

MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE EN NEUROLOGIE

UE 6.5 Semestre 6

« L'ergothérapeute dans l'accompagnement d'une réinsertion socio-professionnelle d'un adulte jeune atteint d'un traumatisme crânien sévère »

VEYSSIERE Aurore

Numéro étudiant : 32114701

Promotion : 2022-2025

Sous la direction de TAILLEFER Chantal

Juin 2025

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

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

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

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

Le mémoire peut être :

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

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

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

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

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

A Cachan , le 08/05/2025

Signature :



« Note aux lecteurs : ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné »

Remerciements

Je tiens à remercier Chantal Taillefer, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement tout au long de cette année. Merci pour sa disponibilité, ses conseils toujours justes, sa bienveillance et sa capacité à m'écouter avec attention. Elle a su me rassurer dans les moments de doute et m'a fait confiance dès le début, ce qui a compté énormément pour moi.

Merci également aux membres du jury d'avoir pris le temps de lire et d'évaluer mon travail, avec tout ce que cela représente.

Je voudrais aussi adresser un grand merci à l'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil, pour leur accompagnement tout au long de ces quatre années. Ce parcours n'a pas toujours été simple, mais leur présence et leur implication ont fait toute la différence.

Un merci tout particulier aux ergothérapeutes qui ont accepté de participer à ce mémoire. Leur disponibilité et la richesse de leurs partages ont donné vie à ce projet. Sans eux, ce travail n'aurait tout simplement pas été possible.

Merci à Solenn, une amie en or sur laquelle on peut compter à n'importe quel moment. Tu m'as aidé dans la voie de l'ergothérapie toi qui l'es depuis 1 an déjà. Merci pour ton soutien et tes précieux conseils.

Et puis, bien sûr, merci à ma famille et mes amis. Leur soutien a été un vrai pilier, surtout dans les moments plus difficiles. Merci à ma mère, mes cousines et mon petit copain, pour leurs mots, leur présence, leurs encouragements et leurs soutiens, qui n'a pas dû être toujours très facile. Vous m'avez toujours poussée à suivre un chemin qui me ressemble, et c'est ce que j'ai fait en choisissant l'ergothérapie. Aujourd'hui, je sais que j'ai trouvé ma voie, et je vous en suis infiniment reconnaissante.

« Une pratique efficace est un art et une science. Notre profession s'appuie sur cela pour le bien des personnes et de leur nature occupationnelle. Nous nous engageons – nous nous impliquons dans des occupations et dans une promesse mutuelle – de façon à ce que les autres puissent aussi s'engager. C'est notre marque distinctive ; c'est notre génie ; c'est notre esprit. »

Suzanne Peloquin

Table des matières

Remerciements.....	1
I. Introduction.....	1
I. Cadre exploratoire	2
1. Données épidémiologiques.....	2
<i>1.1 L'échelle de Glasgow</i>	<i>2</i>
<i>1.2 Définition des traumatismes crâniens.....</i>	<i>3</i>
<i>1.3 Le sujet : adulte jeune</i>	<i>9</i>
<i>1.4 Faire face à un handicap invisible.....</i>	<i>11</i>
<i>1.5 Les problématiques occupationnelles.....</i>	<i>11</i>
<i>1.6 Le parcours de soins</i>	<i>12</i>
<i>1.7 Le parcours de soin et les professionnels de santé</i>	<i>14</i>
2. La réinsertion socio-professionnelle.....	15
<i>2.1 La réinsertion sociale</i>	<i>15</i>
<i>2.2 La réinsertion professionnelle.....</i>	<i>16</i>
<i>2.3 Les différentes structures d'accompagnement dans la réinsertion socio-professionnelle.....</i>	<i>17</i>
3. La performance occupationnelle.....	18
<i>3.1 La performance</i>	<i>18</i>
<i>3.2 L'occupation</i>	<i>19</i>
<i>3.3 La différence entre la performance occupationnelle et la participation occupationnelle ...</i>	<i>19</i>
4. Le rôle de l'ergothérapeute.....	20
<i>4.1 Données générales sur l'ergothérapie</i>	<i>20</i>
<i>4.2 La place de l'ergothérapie en rééducation neurologique.....</i>	<i>21</i>
<i>4.3 L'ergothérapie dans la réinsertion socio-professionnelle</i>	<i>21</i>
<i>4.4 Problématiques occupationnelles rencontrées par les patients en réinsertion socio-professionnelle.....</i>	<i>22</i>
3 Problématique.....	23
4 Cadre théorique et conceptuel.....	24
1. Présentation du modèle conceptuel PEOP :.....	24
2. La personne et sa performance occupationnelle au quotidien.....	25
<i>2.1 L'importance de la participation et de la performance dans les activités de la vie quotidienne pour une personne cérébrolésée</i>	<i>25</i>
<i>2.2 La performance et les traumatismes crâniens en réinsertion socio-professionnelle</i>	<i>26</i>
3. Les UEROS : un dispositif clé pour la réinsertion socio-professionnelle.....	26
<i>3.1 Cadre législatif des UEROS</i>	<i>27</i>
<i>3.2 Objectifs clés des UEROS</i>	<i>27</i>

3.3	<i>Le processus d'admission et d'évaluation</i>	28
5	L'approche professionnelle des UEROS	30
1.	L'équipe interprofessionnelle dans les UEROS	31
2.	Effets de la diversité des structures UEROS	31
6	Hypothèse	33
7	Cadre de recherche	34
1.	Outil d'investigation	34
2.	Objectifs de l'enquête	35
3.	Population cible et critères de recrutement	36
4.	Démarche de recrutement des participants de l'enquête	37
8	Résultats	38
1.	Résultats bruts	38
1.1	<i>Echantillonnage de la population</i>	38
1.2	<i>Profils des personnes interrogées</i>	39
2.	Analyse verticale	39
3.	Analyse horizontale	44
3.1	<i>Thème 1 : L'accompagnement en réinsertion socio-professionnelle en UEROS</i>	44
3.2	<i>Thème 2 : La performance occupationnelle des jeunes adultes en UEROS</i>	45
3.3	<i>L'équipe interprofessionnelle au sein de l'UEROS</i>	47
3.4	<i>L'accompagnement spécifique en ergothérapie dans les structures UEROS</i>	48
4.	Analyse des résultats en fonction des objectifs d'enquête	51
9	Discussions	53
1.	Synthèse et interprétation des résultats	53
2.	Les limites et les biais de l'enquête	54
2.1	<i>Limites méthodologiques</i>	55
2.2	<i>Les biais de l'enquête</i>	55
3.	Ouvertures perspectives	56
10	Conclusion	57
	Références Bibliographiques	58
	ANNEXES :	I
	Annexe 1: Article de lois	I
	Annexe 2: Formulaire de consentement écrit, transmis et rempli par chaque ergothérapeute qui a participé à l'entretien	III
	Annexe 3: Guide d'entretien	IV
	Annexe 4: Retranscription intégrale de l'entretien avec l'ergothérapeute	X
	Annexe 5: Grille d'analyse des résultats en fonction des thèmes de l'enquête	XXII

I. Introduction

Lors de ma réflexion pour choisir un sujet de mémoire, je me suis appuyée sur les différents stages que j'ai pu effectuer au cours de mes études à l'institut de formation des ergothérapeutes (IFE) de Créteil.

Mon second stage en centre de rééducation m'a permis d'échanger avec des patients qui avaient subi un traumatisme crânien et ainsi évoquer leurs rythmes de vie, leurs ressentis et également leurs problématiques qu'ils pouvaient rencontrer au quotidien. Cela m'a interpellée et a fait naître des questions sur la façon dont des personnes pouvaient rebondir après un tel choc et comment pouvaient-elles faire pour reprendre leurs vies.

Pour ce mémoire, je me suis alors penchée sur les traumatismes crâniens sévères, car il y a des questions que j'avais laissées en suspens. En effet, c'est un sujet qui m'intéresse énormément, car j'aimerais me spécialiser dans ce domaine lorsque je serai diplômée. Ce qui m'intéresse dans la pratique en neurologie, c'est l'approche « du patient centrée » qui permet et qui vise à prévenir les complications, à faciliter le rétablissement intrinsèque, à enseigner des approches adaptatives et à promouvoir la fonction dans l'environnement de l'individu. (OT Practice document : neurology, 2024)

Dès le début de mes recherches dans le but de savoir de quelle manière les ergothérapeutes pouvaient accompagner les patients à la suite d'un traumatisme crânien sévère, dans leurs réinsertions socio-professionnelles, mais aussi dans leur vie au quotidien. La littérature que nous verrons plus tard montre une place importante de l'ergothérapie dans pratiquement tous les domaines pour un adulte jeune venant d'être victime d'un traumatisme crânien. La réinsertion sociale et professionnelle est essentielle pour améliorer les conditions de vie de ces patients. Au cours de mes recherches, j'ai identifié divers dispositifs existants tel que les Unités d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle (UEROS), les Etablissements ou Services d'Aide par le Travail (ESAT), ou encore les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH). Mon interrogation principale concerne la place et le rôle spécifique de l'ergothérapeute au sein de ces structures, auprès du jeune adulte ayant subi un traumatisme crânien sévère.

Voici ma question de départ :

“ Quel accompagnement spécifique l'ergothérapeute peut-il proposer aux adultes jeunes avec un traumatisme crânien sévère dans le cadre de leur réinsertion ? ”

Pour y répondre, nous commencerons par un cadre exploratoire qui contextualisera le traumatisme crânien sévère chez l'adulte jeune, ses conséquences et les enjeux de la réinsertion socio-professionnelle. Puis, nous expliquerons le modèle conceptuel choisi en lien avec le sujet et nous aborderons le rôle de l'ergothérapeute et le fonctionnement des structures UEROS. Enfin, nous nous

appuierons sur une enquête de terrain auprès d'ergothérapeutes pour analyser comment ils favorisent la performance occupationnelle lors de la réinsertion.

I. Cadre exploratoire

Pour répondre à cette question et mieux comprendre le cadre de ce travail, il est d'abord nécessaire de définir le traumatisme crânien et ses conséquences ainsi que la notion de réinsertion socio-professionnelle, mais aussi de comprendre le rôle des établissements d'accompagnements socio-professionnelle (ASP), qui évoluent au fil du temps. Ensuite, l'accompagnement, le suivi et le parcours de vie d'une personne ayant subi un traumatisme crânien sévère seront détaillés. (Oppenheim-Gluckman Hélène, 2012)

1. Données épidémiologiques

D'après l'OMS, les traumatismes crâniens sont décrits comme : « toute agression mécanique directe ou indirecte responsable ou non d'une fracture du crâne et/ou de troubles de la conscience ou de signes traduisant une souffrance encéphalique diffuse ou localisée d'apparition secondaire ou retardée ». (Peden, 2004)

Ils peuvent varier de simples maux de tête jusqu'à des comas profonds. Influençant les fonctions cognitives, sensorielles, motrices, émotionnelles et comportementales et sont mesurées par le score de Glasgow (Toulouse, 2019).

Chaque année en France, près de 150 000 traumatismes crâniens sont recensés, avec une majorité de 80 % considérés comme légers et 20 % classés comme modérés ou sévères. Parmi les cas modérés ou sévères, 8 000 décèdent et 30 000 gardent des séquelles importantes, avec plus de 1 800 perdants leur autonomie (ONISR, 2024). En 2023, 70 % des traumatismes crâniens sont liés à des accidents de la route (ICM Institut du cerveau, s.d.).

1.1 L'échelle de Glasgow

L'outil d'évaluation « Glasgow », ou « Glasgow coma scale (GCS) », a été conçu afin de mesurer le niveau de conscience d'une personne. Développée en 1974 par G. Teasdale et B. Jennet à l'Institut de neurologie de Glasgow, en Écosse, cette méthode est largement mise en œuvre dans les situations

d'urgence, spécifiquement pour les traumatismes crâniens, afin de guider les choix médicaux relatifs à la préservation des fonctions vitales.

L'état de conscience d'une personne est présenté par rapport à 3 critères principaux : la réaction verbale, la réaction motrice et l'ouverture des yeux. Chaque critère est noté, et la notation des 3 critères nous donne un total qui varie entre 3 et 15. Si le score est de 3, cela indique que la personne est dans un état de coma profond. En revanche, un score de 15 signifie que la personne est pleinement consciente.

On distingue également 3 niveaux de gravité selon les traumatismes crâniens :

- Léger : score entre 15 et 13
- Modéré : score entre 12 et 9
- Sévère : score entre 8 et 3

(Score de Glasgow, 2019)

	Réponse Motrice (M)	Réponse Verbale (V)	Réponse Oculaire (O)
6	Exécution des ordres simples		
5	Orientée à la douleur	Orientée	
4	Retrait à la douleur	Confuse	Spontanée
3	Flexion anormale/ Décortication	Inappropriée	A la parole
2	Extension à la douleur/ Décérébration	Incompréhensible	A la douleur
1	Aucune	Aucune	Aucune

Figure 1 : Schéma illustrant le score de Glasgow

1.2 Définition des traumatismes crâniens

Un traumatisme crânien est reconnu comme une « pathologie dévastatrice » par rapport au nombre de morbidités et de mortalités (Vigué B., 2014). Les traumatismes crâniens peuvent aller de légers à sévères en fonction du choc, de la localisation et de la gravité. Généralement, les commotions cérébrales proviennent d'explosions ou d'ondes de choc, entraînant des traumatismes légers. Cela ne veut pas dire que le traumatisme crânien n'aura pas d'impact important sur l'état de la personne, puisqu'un traumatisme, même léger, qui n'est pas pris en charge peut provoquer des troubles cognitifs, émotionnels et comportementaux. (Auxéméry, 2012)

Un traumatisme crânien léger peut se manifester par divers symptômes. Immédiatement, on observe souvent des maux de tête, des vertiges, des nausées, une légère confusion, et parfois une brève perte de connaissance ou un saignement. Le patient peut également présenter une amnésie des événements précédant ou suivant l'incident. A plus long terme, de la fatigue, des troubles de la mémoire, du sommeil et de la concentration, de l'irritabilité, de la dépression ou de l'anxiété peuvent survenir. La persistance de ces symptômes est appelée syndrome post-commotionnel. (Mao, 2023)

Lorsqu'un traumatisme est modéré à sévère, les symptômes sont souvent plus intenses, avec des troubles cognitifs importants pouvant affecter la vision, l'audition, la concentration, le langage ou la motricité. Dans un traumatisme modéré à sévère, on peut retrouver des pertes de l'équilibre, des crises épileptiques ainsi qu'une paralysie partielle. Dans cette situation, la personne doit avoir une rééducation prolongée et un suivi psychologique pour apprendre à contrôler les changements émotionnels et comportementaux. (ELSAN, 2023)

Un traumatisme sévère peut entraîner une hémorragie cérébrale, augmentant la pression intracrânienne et perturbant la circulation sanguine, avec des conséquences graves comme un coma, voire la mort, si la prise en charge médicale n'est pas rapide. (Mao, 2023)

Les répercussions du traumatisme crânien sévère impactent différents domaines de la vie quotidienne des personnes atteintes (*SOFMER, s.d.*) :

- Les fonctions cognitives (le syndrome dysexécutif, les troubles de la mémoire, de l'attention...)
- Les fonctions physiques (les déplacements, la coordination dans les mouvements, la mobilité, l'endurance, la dextérité et la force)
- Les émotions et le comportement (apprentissage des changements d'émotions et des comportements)
- La communication (les interactions sociales, le langage)
- L'occupation des activités de la vie quotidienne (les soins personnels et les tâches domestiques)
- Le travail et l'éducation (reprise d'emploi, vie familiale)
- Les loisirs et la participation sociale (l'engagement dans une activité significative pour la personne et des relations sociales régulières),
- L'indépendance, l'autonomie et la qualité de vie

Les troubles cognitifs :

Troubles des fonctions cognitives instrumentales : incluent des problèmes de communication verbale, comme la dysarthrie ou la dysprosodie, souvent liés à un syndrome frontal. Environ 30 % des cas graves présentent un discours fragmenté et incohérent, bien que les troubles sévères du langage soient rares, l'aphasie anomique est relativement courante. (P & Azouvi, 2009)

Troubles de la mémoire :

Il existe 2 types dans les troubles de la mémoire :

- L'amnésie post-traumatique (APT) : phase après le traumatisme et le coma, marquée par une confusion ou une désorientation. La personne est donc incapable de retenir de nouvelles informations. La durée de l'amnésie post-traumatique est un indicateur pronostique important.
- Les troubles persistants de la mémoire : touchent la mémoire à long terme et les effets peuvent durer, souvent limitant la réinsertion professionnelle.

Ces déficits semblent liés à un dysfonctionnement frontal et à des troubles de l'attention, entraînant des stratégies d'apprentissage inefficaces, comme une mauvaise utilisation de l'imagerie mentale et de l'encodage sémantique. (Vakil, 2005) Les performances en rappel libre sont particulièrement touchées, mais elles s'améliorent avec des indices ou en situation de reconnaissance. (P & Azouvi, 2009)

Troubles de l'attention : les déficits d'attention divisée (difficulté à accomplir deux tâches simultanément) sont fréquents, surtout pour les tâches complexes (30 à 50 % des traumatisés crâniens sévères). Les difficultés en attention focalisée et alerte phasique augmentent avec la complexité des tâches, en raison du ralentissement cognitif. (Leclercq M, 2000), (P & Azouvi, 2009)

Troubles de la mémoire de travail : liée à l'attention et aux fonctions exécutives, la mémoire de travail permet de maintenir une information à court terme. Selon le modèle de Baddeley (A, 1998), elle comporte trois composantes : un système central, à capacité limitée (administrateur central), et deux systèmes esclaves (la boucle phonologique et le calepin visuospatial). L'administrateur central s'apparente à un système de contrôle attentionnel de type exécutif. Les patients traumatisés crâniens sévères présentent souvent des déficits liés à l'administrateur central, expliquant des difficultés quotidiennes telles que suivre une conversation, comprendre un texte complexe ou effectuer plusieurs tâches simultanément. (P & Azouvi, 2009)

Troubles des fonctions exécutives : fréquents et jouent un rôle majeur péjoratif sur la réinsertion professionnelle. Ces troubles affectent l'initiative, le contrôle, la flexibilité mentale et l'organisation des stratégies. Une évaluation dans des conditions dites « écologiques », proche de celles de la vie de tous les jours, paraît souhaitable, avec des épreuves telles que le test des errances multiples ou le test des six éléments ou le test de recherche d'itinéraire. (P & Azouvi, 2009)

Les modifications du comportement et de la personnalité : touchent 50 à 70 % des patients, avec des impacts sur la vie familiale (équilibre familial, stress pour l'entourage) (*Brooks & McKinlay*). Ils incluent un manque d'initiative (inhibition), une impulsivité, ou même des comportements antisociaux, nécessitant parfois un traitement spécifique (P & Azouvi, 2009).

Anosognosie et troubles de la conscience de soi : fréquent chez les patients, l'anosognosie se manifeste par une faible conscience des difficultés cognitives, bien que la conscience des incapacités physiques soit présente. Elle complique l'évaluation, car les patients se plaignent rarement spontanément. Le témoignage des proches est crucial pour identifier les troubles cognitifs et les changements comportementaux dans la vie quotidienne. (P & Azouvi, 2009)

Fatigue mentale : présente chez 30 à 70 % des patients, la fatigue mentale peut être liée à la dépression, à la douleur, aux troubles du sommeil ou à des désordres neuroendocriniens. Comme Belmont a pu le prouver, certaines tâches demandent plus d'énergie pour une personne atteinte d'un traumatisme que pour une personne saine. Les résultats montrent que l'origine de la fatigue provient du système neurologique. (Chardin-Lafont, 2012)

Les fonctions physiques :

Affectent la motricité, les capacités sensorielles, la sensibilité tactile, algique et proprioceptive. Elles débouchent sur la paralysie (totale ou partielle), la perte d'équilibre, les mouvements involontaires et/ou la difficulté de coordination des membres, les troubles de la vision, de l'ouïe, de l'odorat et/ou du toucher ainsi que les troubles d'élocution. (CHUV, 2019)

Les émotions :

Atténuation ou disparition des mimiques émotionnelles : les expressions spontanées (joie, peur, colère, tristesse, etc.) peuvent être altérées par des lésions neurologiques (paralysies, atteintes cortico-nucléaires) ou neuropsychologiques (lésions frontales, temporales ou thalamiques), affectant principalement les mimiques spontanées.

Non-perception des mimiques émotionnelles d'autrui : les troubles de reconnaissance des mimiques sont indépendants de ceux des visages. Ils sont liés à des lésions des lobes pariétaux, temporaux, du cortex orbito-ventral ou des amygdales, entraînant des handicaps sociaux significatifs.

Perte de la prosodie émotionnelle : la prosodie (intonations, débit vocal, gestes) peut être altérée dans des lésions de l'hémisphère droit, entraînant une aprosodie motrice (difficulté à s'exprimer avec des nuances émotionnelles) ou sensorielle (difficulté à percevoir celles des autres).

Tristesse ou dépression : si la tristesse est normale, la dépression est fréquente après un traumatisme crânien. Les lésions frontales gauches et les difficultés de réinsertion sociale en augmentent le risque, nécessitant un suivi médical.

Alexithymie : l'incapacité à communiquer ses émotions est fréquente chez les cérébrolésés. Elle peut être liée à des lésions du corps calleux, réduisant la communication entre les hémisphères, ou à des apathies empêchant l'exploration cognitive des émotions.

(Pernot, 2022)

Le comportement :

Les personnes qui ont subi un traumatisme crânien présentent souvent des changements de comportement et d'émotion, impactant leur vie sociale et professionnelle :

- Mauvaise humeur, agitation, dépression, anxiété et irritabilité : ces modifications, souvent perçues comme une responsabilité lourde par l'entourage, sont associées à des troubles des fonctions exécutives (impulsivité, apathie, difficultés à commencer une action)
- Colère et agressivité : la colère devient pathologique lorsqu'elle est injustifiée ou associée à de l'agressivité. Les lésions orbitofrontales perturbent le contrôle social et émotionnel, tandis que celles des structures temporales, incluant les amygdales, peuvent influencer la réactivité émotionnelle.
- Cognition sociale : les patients rencontrent des difficultés à comprendre les nuances sociales, comme les maladroitness, les allusions ou les mimiques émotionnelles, ce qui complique leurs échanges

Ces symptômes correspondent aux **troubles dysexécutifs comportementaux**, se manifestant par une mauvaise régulation émotionnelle, une impulsivité accrue et une difficulté à gérer les interactions sociales. (Chardin-Lafont, 2012)

La communication :

Les troubles de la communication : présents chez environ 30 % des traumatisés crâniens sévères, affectent leur capacité à maintenir des relations sociales :

- Initiation et maintien des conversations
- Compréhension des gestes, de l'humour et des nuances dans les échanges
- Respect des tours de parole et fluidité du discours

Ces troubles sont liés à des déficits en théorie de l'esprit, attention partagée, mémoire de travail et organisation du discours, résultant de troubles dysexécutifs. Ces difficultés, souvent persistantes, nuisent à l'insertion sociale et professionnelle, exacerbant l'isolement et les incompréhensions. Une évaluation appropriée est nécessaire pour adapter la prise en charge. (Chardin-Lafont, 2012)

La participation sociale :

Vécu émotionnel et relations sociales : les patients ressentent une frustration due aux difficultés à trouver leurs mots, à entendre ou à gérer la fatigue et la douleur. Quand on parle de relation sociale, ce sont des relations qui peuvent devenir compliquées, car les personnes souffrant de traumatismes crâniens peuvent parfois avoir le sentiment d'être jugées ou mal comprises par leur entourage. Cependant, bien que les relations puissent avoir changé à cause de l'accident, certains trouvent encore du réconfort et de la compréhension au sein de leur famille. (Perroux, 2013)

Les occupations des activités de la vie quotidienne et les loisirs :

Toutes ces occupations peuvent être impactées par les conséquences d'un traumatisme crânien. Les statistiques montrent que les fonctions cognitivo-comportementales et sensori-motrices vont impacter les activités occupationnelles, plus précisément les loisirs, l'éducation..., altérant les occupations de la personne. (SOFMER, s.d.)

Après l'accident, beaucoup de personnes rencontrent des difficultés pour effectuer leurs soins personnels, dues à la fatigue, à la dépression, aux troubles sensori-moteurs et cognitifs, aux problèmes de mémoire, ou au syndrome dysexécutif, que peuvent engendrer le traumatisme crânien. Ils ont des difficultés à initier, planifier, exécuter de façon adaptée les activités du quotidien, mais aussi à faire face aux imprévus. Certaines personnes ont alors besoin d'aide pour les tâches quotidiennes (aides ménagères, livraison de panier repas, aide pour se déplacer ou pour faire les courses...). Ces personnes se retrouvent aussi face à des difficultés pour maintenir des relations. Ils se retrouvent alors isolés socialement et incompris en raison de leur handicap invisible. L'entourage de ces personnes rencontre

des incompréhensions pour ce handicap et ne comprennent souvent pas le changement de comportement de leur proche.

Généralement les loisirs sont relégués au second plan, principalement à cause de la fatigue, de la douleur et de la perte de motivation. De plus, certains ne se sentent plus capables d'effectuer un loisir puisqu'ils n'arrivent plus à s'occuper de leurs activités de la vie quotidienne sans aide. (Perroux, 2013)

Il est évident que les personnes qui rencontrent des difficultés pour les activités de la vie quotidienne et les loisirs rencontreront également des difficultés pour l'aspect professionnel.

Indépendance et qualité de vie :

« Le blessé TCC sait et peut réaliser les actes de la vie courante mais il est dépendant d'une tierce personne pour le stimuler, l'inciter, le contrôler, le surveiller et parfois même faire à sa place. Il n'est donc pas autonome... » (AFONSO)

Certaines personnes ayant subi un traumatisme crânien sévère sont autonomes pour les activités de la vie quotidienne mais se retrouve en difficulté lorsque l'environnement est différent ou lors d'un événement non prévu. Elle peut également, si elle a des troubles cognitifs, oublié de faire une tâche ou prendre beaucoup plus de temps.

Une personne indépendante, est une personne dans la capacité de faire des activités sans être autonome, c'est-à-dire qu'elle est dans l'incapacité de décider toute seule et donc de pouvoir réaliser une activité. L'autonomie est au cœur des difficultés rencontrés par les personnes ayant un traumatisme crânien. (AFONSO)

Les troubles neuropsychologiques après un traumatisme crânien sévère influencent l'autonomie des personnes, ce qui rend parfois la gestion de leur vie quotidienne complexe. Bien que certaines personnes réussissent bien lors des tests standardisés, les troubles impactent leur qualité de vie (tâches domestiques, administratif, relations sociales).

Les troubles affectent l'autonomie et l'indépendance de la personne, sa perception de lui-même est déformée et il ne s'identifie plus à ses attitudes, à ses comportements ou même sur le plan physique. (Chardin-Lafont, 2012)

1.3 Le sujet : adulte jeune

Dans le cadre de ce mémoire, il est essentiel de cibler une population avec les enjeux de réinsertion sociale et professionnelle après un traumatisme crânien sévère. Ainsi la population étudiée

est celle des adultes jeunes, hommes ou femmes, en âge d'exercer une activité professionnelle. Le terme « adulte jeune » permet de mieux saisir la transition entre l'entrée dans l'âge adulte et la stabilisation de la vie professionnelle, familiale ou sociale.

Le psychanalyste Simruy Ikiz, suggère que cette période se caractérise par la recherche d'autonomie, comme habiter seul, subvenir à ses besoins et construire un projet de vie, notamment le fait de faire émerger un projet dans le milieu professionnel. (Ikiz, 2023)

Ici, lorsque l'on cible la population pour la recherche de ce mémoire, on cible les sujets adultes jeunes de 18 à 40 ans.

On remarque que même si les traumatismes crâniens peuvent survenir à tout âge, deux pics d'incidence sont observés. Le premier, aux alentours de 65 ans, ce qui concerne une population dont les enjeux professionnels ne sont plus d'actualité. Le second pic se situe entre 15 et 35 ans. Cette population est représentée dans les parcours de réinsertion. On constate également que le taux d'homme touché équivaut à 3 fois le nombre de femmes. (Masson, 2000)

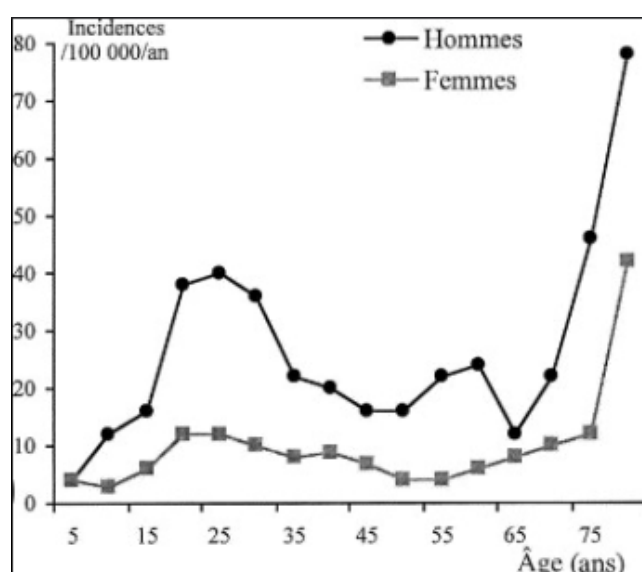


Figure 2 : Schéma illustrant l'épidémiologie des traumatismes crâniens sévères en France (Masson, 2000)

L'appui d'un article concernant la réinsertion sociale et professionnelle, nous montre également un âge moyen de 34 ans dans leur structure. (Carolyne François-Guinaud, 2009)

Nous pouvons alors comprendre le choix de ma population ciblée pour la recherche de mon mémoire, dans leur parcours vers la réinsertion, en ciblant principalement ceux âgés de 18 à 40 ans.

1.4 Faire face à un handicap invisible

Les traumatismes crâniens sévères (TCS) entraînent des troubles cognitifs complexes, incluant des déficits de mémoire, d'attention, des ralentissements cognitifs, des altérations des fonctions exécutives, ainsi que des changements dans le caractère et le comportement. Ces déficits peuvent être difficiles à détecter, notamment en raison de l'anosognosie fréquente chez les patients, menant à ce que l'on qualifie de « handicap invisible ». Ces troubles peuvent nuire à la réinsertion sociale et professionnelle des patients (P & Azouvi, 2009).

Les séquelles invisibles les plus fréquentes incluent la fatigue, la lenteur et les troubles de l'humeur. La fatigue, présente de manière constante, se manifeste par des difficultés de concentration, des maux de tête et une irritabilité accrue. La lenteur cognitive se traduit par un traitement ralenti de l'information, affectant aussi bien les fonctions physiques que psychiques. Les troubles de l'humeur, tels que l'anxiété, la tristesse et l'irritabilité, peuvent être une réponse à la maladie ou à la perturbation des mécanismes chimiques du cerveau, affectant la motivation et le moral. Ces troubles peuvent s'accompagner de symptômes physiques comme des troubles du sommeil et des changements dans l'appétit (Cano Muriel, 2020).

1.5 Les problématiques occupationnelles

Les traumatismes crâniens sévères peuvent avoir un impact significatif sur la réintégration sociale et professionnelle des personnes touchées, entraînant des difficultés variées :

- **Difficultés sociales** : troubles de la compréhension et de l'expression, associés à des problèmes d'élocution, des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration ou de planification
- **Interactions sociales** : incapacité à reconnaître les indices sociaux, comportements inadaptés ou inappropriés dans certaines situations, troubles de la communication
- **Régulation émotionnelle** : instabilité émotionnelle, difficultés à exprimer de l'empathie ou à comprendre les émotions des autres
- **Maintien des relations** : isolement social, tensions relationnelles et incapacité à entretenir des liens durables
- **Difficultés professionnelles** : troubles cognitifs, notamment des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, de prise d'initiative, de contrôle ou de planification, mais également des difficultés pour réaliser des tâches multiples, pour terminer leurs tâches et maintenir leurs occupations

- **Limitations physiques** : fatigue chronique, troubles de la mobilité ou autres séquelles physiques
- **Emotions et comportement** : difficulté à gérer le stress, comportements impulsifs ou inappropriés

« Les symptômes neurologiques peuvent variés mais ce sont les troubles cognitivo-comportementaux qui sont majoritairement à l'origine de la perte d'autonomie. » (Bayen Eléonore, L'information psychiatrique, 2012)

Les activités élémentaires de la vie quotidienne sont généralement récupérées rapidement (se nourrir, se laver, aller aux toilettes, s'habiller, prendre soin de son apparence). Ce sont les activités plus élaborées comme faire ses courses, faire son ménage, gérer son budget, prendre les transports en commun ou encore pratiquer un sport ou un loisir qui reste complexes pour les personnes atteintes. (Bayen Eléonore, L'information psychiatrique, 2012)

Ces complications peuvent fortement entraver non seulement la réinsertion sociale et professionnelle, mais aussi la vie quotidienne des personnes atteintes. (SOFMER, s.d.)

Bien que les troubles soient parfois subtils, ils ont un impact significatif sur leur vie quotidienne et leur aptitude à réintégrer le monde du travail ou à se réinsérer socialement. (P & Azouvi, 2009).

Il est crucial de fournir un soutien pluriprofessionnel pour aider ces personnes à franchir les barrières, améliorer leur bien-être et encourager leur indépendance. Les troubles cognitifs peuvent être difficiles à identifier, surtout lorsque l'on suppose que la guérison de la personne semble satisfaisante. Pour permettre d'assurer un accompagnement et un suivi régulier face aux séquelles à long terme qu'une personne peut avoir à la suite d'un accident, une prise en charge spécialisée serait bénéfique tout au long de la réadaptation. (BARBIER, 2022).

Cela met en évidence l'importance de prendre en compte les aspects psychométriques et les évaluations écologiques pour une prise en charge intégrale. (SOFMER, s.d.), (ICM Institut du cerveau, s.d.).

1.6 Le parcours de soins

Le parcours de soin d'une personne ayant subi un traumatisme crânien léger dépend de la gravité de l'accident.

« La conférence de consensus du National Institutes of Health (NIH) « NDLR » : de 1999 recommande qu'ils bénéficient d'un programme multidisciplinaire et individualisé de rééducation » (Bayen Eléonore, L'information psychiatrique, 2012)

Dans un premier temps, la personne est adressée à un service d'urgence adapté où, si nécessaire, elle est orientée vers un service de neurochirurgie. Si son état s'améliore et qu'elle retrouve son autonomie respiratoire, elle peut être dirigée vers une rééducation en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR), pour préparer son retour à domicile ou l'orienter vers des structures d'hébergement spécialisées. Si la rééducation n'est pas encore possible pour la personne, un accompagnement peut être envisageable afin de bénéficier d'un éveil graduel. (BELAMAN Elodie, 2013) ; (TC-AVC, s.d.)

Les services de réinsertion socio-professionnelle incluent les SAMSAH, les UEROS, les ESAT, les hôpitaux de jour et l'hospitalisation à domicile ; ils proposent tous un accompagnement adapté pour chaque étape du parcours de réinsertion de la personne.

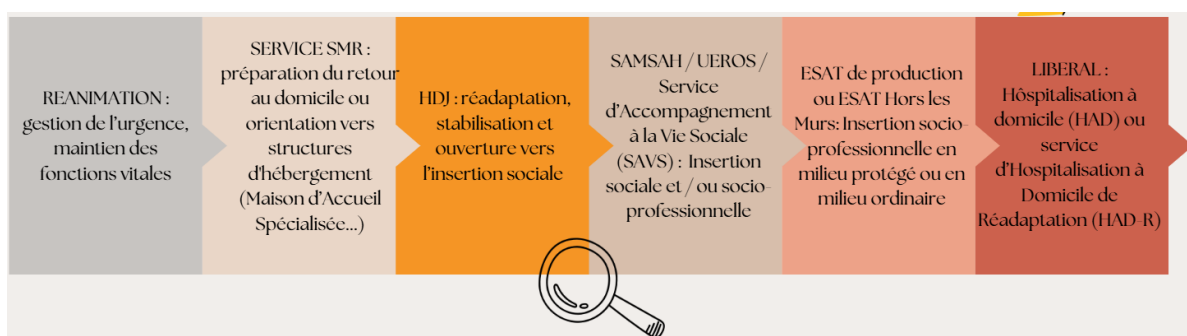


Figure 2 : Schéma illustrant le parcours de soins d'une personne ayant subi un traumatisme crânien sévère

Le processus se divise en différentes phases après ou à la suite des soins d'urgences : soins d'urgence en phase aiguë, réadaptation précoce avec des interventions médicales et rééducation, puis réhabilitation intensive avec rééducation cognitive et physique. Lors de la phase de réinsertion sociale et professionnelle, des thérapies de groupe, un soutien psychologique et des programmes de réadaptation professionnelle sont mis en place. Il est crucial d'assurer un suivi sur le long terme en réalisant des visites régulières au domicile ou en hôpital de jour et en instaurant des thérapies continues. (ELSAN, 2023) Si des séquelles permanentes sont présentes, une orientation vers un centre de rééducation spécialisé peut être envisagée pour garantir une prise en charge des troubles de la personne.

Avant chaque retour au domicile, la sortie doit être acceptée par le médecin et son équipe, afin que la personne puisse rentrer chez elle en toute sécurité. Généralement, le médecin demande une visite à

domicile par un ergothérapeute et/ou une assistante sociale. Cette visite est nécessaire pour la personne pour programmer des adaptations si besoins. (Bayen Eléonore, L'information psychiatrique, 2012)

« R117 : La préparation de la sortie doit s'appuyer sur la conférence de consensus : « Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteurs et/ou neuropsychologique » de septembre 2004 et dans le respect du parcours de soins du TC » (AE) (SOFMER, s.d.)

Si toutefois le retour à domicile n'est pas envisageable, la personne sera dirigée vers les structures de vie, comme les foyers d'hébergement, les maisons d'accueil spécialisée, des foyers d'accueils médicalisés... (Bayen Eléonore, L'information psychiatrique, 2012)

Dans le cadre de mon mémoire, je m'appuie sur le moment de vie de la personne lorsqu'elle peut être dirigée vers un service d'accompagnement dans le but de la réinsertion socio-professionnelle.

1.7 Le parcours de soin et les professionnels de santé

Un dépistage avec diagnostic et intervention précoce, suivi d'une évaluation continue tout au long de la vie, est essentiel. Prévention, remédiation et réadaptation doivent être proposées pour informer et accompagner le patient. (Toulouse, 2019)

L'intervention repose sur une équipe pluriprofessionnelle :

- Médecin rééducateur : coordination du plan de rééducation, surveillance médicale et ajustement des traitements
- Neuropsychologue et psychologue : évaluation cognitive et émotionnelle, thérapie cognitive et soutien psychologique
- Orthophoniste : rééducation des troubles de communication et de déglutition
- Kinésithérapeute : rééducation physique pour mobilité, gestion de la douleur et prévention des complications musculosquelettiques
- Ergothérapeute : évaluation des répercussions fonctions cognitives et physiques, adaptation des environnements domestique et professionnel, planification de programmes de réadaptation
- Assistant social : aide à l'accès aux services sociaux et démarches administratives et financières
- EAPA (éducateur d'activité physique adaptée) : interventions pour améliorer la condition physique et le bien-être global
- Equipe de soins : cadre de santé, infirmiers, pharmaciens, aides-soignants

2. La réinsertion socio-professionnelle

La réinsertion, instaurée par la loi de décembre 1988 sur le RMI (allocation dite « différentielle », revenu minimum d'insertion), vise l'intégration sociale et professionnelle des personnes, en tant que droit universel du système de protection sociale. Elle comprend des composantes universelles (prestations familiales, couverture santé, minima sociaux) et celles dépendant d'une cotisation (assurance chômage).

L'insertion sociale englobe l'accès au logement, à la formation, aux droits civiques, etc., tandis que l'insertion professionnelle se concentre sur l'accès à l'emploi et aux minima sociaux pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion. (BARBIER, 2022)

La réinsertion pour les cérébrolésés s'adapte à leurs séquelles, à leurs ressources et à leurs souhaits. Le projet de vie du patient reste primordial pour assurer son succès. (Pernot D. F., 2022)

« Les troubles du comportement des patients traumatisés crâniens sont un des principaux obstacles à l'insertion sociale ou professionnelle des patients cérébrolésés ». (Hélène Oppenheim-Gluckman, 2012)

L'évaluation neuropsychologique permet une orientation rééducative pour l'aspect cognitif et pour leurs futurs projets de vie. Cet aspect cognitif est complexe lors de la réinsertion. (Bayen Eléonore, L'information psychiatrique, 2012)

2.1 La réinsertion sociale

« Action visant à rendre à une personne la plénitude des relations familiales, sociales, professionnelles qu'elle entretenait avant une maladie ou un accident ou lui assurer des relations aussi proches que possible des précédentes ». (*Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*, 2020)

La socialisation est une démarche qui permet de regrouper les normes sociales et les aspects individuels, facilitant l'élaboration d'un projet de vie et la manière dont on se rapporte à soi-même, aux autres et à la société. La qualité de cette socialisation dépend de l'intégration des normes, des ressources et des désirs de la personne ainsi que de sa place dans la société et les groupes d'appartenance. Elle ne se limite pas simplement à l'adaptation à des comportements sociaux ou à des activités dites sociales, mais implique un sentiment d'appartenance à une communauté humaine, renforcé par les rapports intersubjectifs et les projets communs.

Pour les personnes cérébrolésées, ce processus devient d'autant plus important, car leurs troubles cognitifs les exposent à une perte d'identité subjective et compliquent les relations avec autrui.

Dans ce contexte, la réinsertion sociale vise à restaurer cette connexion à la société, en tenant compte des séquelles et des souhaits des patients. (Pernot D. F., 2022)

La réinsertion sociale est primordiale pour les jeunes adultes, car parmi eux, il y en aura qui rencontreront des difficultés dans la reprise du travail. L'emploi leur offre la possibilité de regagner leur indépendance, d'établir des relations amicales et sentimentales, tout en employant leur temps libre de façon productive. (Oppenheim-Gluckman, 2006)

La réinsertion socio-professionnelle est un droit universel qui vise à intégrer les individus dans la société et l'emploi, incluant un accès aux services sociaux et un soutien à la réadaptation. (BARBIER, 2022)

Le traumatisme crânien sévère peut impacter cette réinsertion, entraînant des troubles cognitifs, émotionnels et comportementaux qui compliquent les interactions sociales, l'adaptation aux règles sociales et la réintégration professionnelle. Sans une réinsertion sociale, les risques d'isolement sont importants. (Pernot D. F., 2022), (Bayen Eléonore, L'information psychiatrique, 2012)

Il existe des associations pour soutenir les familles et les aidants dans la réinsertion de leurs proches atteints de traumatisme crânien sévère, comme l'Association de familles de traumatisés crâniens (AFTC) ou encore l'Union nationale des Associations des Familles des Traumatisés Crâniens (UNAFTC). (Bayen Eléonore, L'information psychiatrique, 2012)

2.2 La réinsertion professionnelle

La réinsertion des jeunes qui étaient scolarisés où qui étaient en recherche de leurs premiers emplois ont une grande incertitude de pouvoir récupérer leurs fonctions cognitives et comportementaux dû aux difficultés importantes d'apprentissage. On remarque que plus la personne est jeune, plus les résultats cognitifs sont faibles. (Boissel, 2017)

=La réinsertion professionnelle des cérébrolésés est complexe en raison des troubles cognitifs générés par les traumatismes crâniens, environ 30% des traumatisés crâniens sévères reprennent leur travail d'origine. (Pernot D. F., 2022), (Bayen Eléonore, L'information psychiatrique, 2012)

Après un long arrêt, une reprise à mi-temps ou un bénévolat dans l'entreprise d'origine est souvent recommandée, avec le soutien du médecin du travail. Si la reprise de l'ancien travail est impossible, une reconversion professionnelle sera mise en place. Cela demandera pour la personne atteinte du temps et de l'assiduité auprès des structures de reconversion (Toulouse, 2019).

Le service des UEROS (Unités d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou Professionnelle) proposent un programme de réinsertion avec des stages dans plusieurs entreprises, ce

qui permet à 40 % des personnes de retrouver une activité professionnelle satisfaisante. (Pernot D. F., 2022)

La réinsertion doit être personnalisée pour répondre aux demandes et aux envies de la personne. (Toulouse, 2019)

2.3 Les différentes structures d'accompagnement dans la réinsertion socio-professionnelle

Les structures d'accompagnement pour la réinsertion socio-professionnelle sont variées. Le choix du lieu de vie du patient est fait avec l'équipe médicale et la famille, en prenant en compte l'autonomie et les aides disponibles des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les prestataires de compensation du handicap. Parmi les structures d'accompagnement, l'UEROS, le SAMSAH, le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), le réseau associatif COMETE assurent des services d'évaluation, de réentraînement et d'orientation pour guider les démarches d'insertion socio-professionnelles, Centre d'Activités de jour Médicalisé (CAJM), et l'Hospitalisation à Domicile (HAD). (Bayen Eléonore, Les cérébro-lésés, 2012).

En cas d'impossibilité de retour au domicile, des structures comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les foyers d'accueil médicalisés (FAM) sont des solutions pour les personnes ayant besoin d'une surveillance médicale constante.

Pour les patients plus autonomes, les foyers occupationnels offrent des activités sociales (sport, art, informatique), et les services comme les SAMSAH coordonnent les interventions pour faciliter la réinsertion (Pernot D. F., 2022).

Les UEROS, en lien avec les SAMSAH, accompagnent la réinsertion professionnelle des personnes cérébrolésées, souvent en collaboration avec des structures comme les associations intermédiaires (AI) et les ateliers chantiers d'insertion (ACI). Des dispositifs comme les entreprises adaptées (EA), les Groupements d'Employeurs pour l'Insertion et la Qualification (GEIQ) ou les Établissements pour l'insertion dans l'emploi (EPIDE) permettent aux personnes éloignées de l'emploi de trouver un travail dans un environnement soutenant. D'autres structures, telles que les ESAT et les écoles de la 2^e chance (E2C), soutiennent la réinsertion dans des milieux adaptés. (Les structures d'insertion, 2024)

Enfin, des centres comme le Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC) coordonnent la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes en développant des outils et des formations pour optimiser leur parcours de santé et de vie. (L'ARTC IDF, 2023)

Afin de répondre à la réinsertion sociale et professionnelle, il est important de comprendre comment la personne peut s'investir dans cette étape. Pour cela, il est intéressant de s'appuyer sur la performance occupationnelle.

3. La performance occupationnelle

Le concept de performance occupationnelle est en constante évolution, il permet à la personne d'être active dans sa performance, mais également dans son bien-être et dans son amélioration par rapport à sa qualité de vie. (Morel-Bracq, 2017)

D'après Joan Rogers et Margo Holm de l'Université de Pittsburg E.U, l'évaluation de l'état occupationnel permet d'analyser la performance des rôles occupationnels, la performance dans le travail en général, ainsi que les différentes composantes de cette performance. Meyer précise qu'en s'appuyant sur ces travaux, définir l'état occupationnel revient à analyser les répercussions de l'état de santé d'un individu sur ses performances. (Dubois Bénédicte T. S., 2017)

La performance occupationnelle offre à la personne la possibilité de mieux se connaître et de créer la vie qu'elle souhaite. En effet « *par leurs performances occupationnelles, les individus modifient les divers aspects de leur environnement et, réciproquement, ceux-ci influencent leurs occupations et leurs performances* ». (Meyer, 2020)

Pour Anne Fisher la performance occupationnelle est « *ce que fait la personne à ce moment, son comportement observable* ». (Gauthier, 2018)

3.1 La performance

La performance peut être abordée sous deux angles distincts : la performance organisationnelle, qui se manifeste lorsque la personne est sur son lieu de travail, et la performance individuelle, qui concerne les tâches de la vie quotidienne. (Bernard Nathalie, 2022)

En ce qui concerne les personnes ayant subi un traumatisme crânien, la performance permet d'évaluer « la manière banale de manifester publiquement leurs capacités ». Cette évaluation joue un rôle clé afin de comprendre leur niveau de capacité, ce qui est essentiel pour maximiser leur récupération lors de la rééducation, mais également pour atteindre les objectifs fixés, en reliant l'ensemble des tâches quotidiennes et en sollicitant les aspects cognitifs et comportementaux de la personne. (Kerzil, 2009)

3.2 L'occupation

L'occupation est au cœur de l'ergothérapie et représente le concept fondamental autour duquel cette discipline s'organise. Elle se définit comme « l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification ». Ces occupations sont uniques à chaque individu, peuvent évoluer au cours du temps et se manifestent dans tous les domaines de l'existence, qu'ils soient liés à la sphère professionnelle, domestique, sociale ou récréative. Elles constituent le moyen par lequel une personne s'identifie, se projette dans l'avenir et forge son identité personnelle. En effet, l'occupation n'est pas seulement un ensemble d'activités à accomplir, elle est aussi un vecteur de sens et de bien-être.

Selon (Meyer, 2020) « toute occupation est située dans une succession d'occupations dans un contexte social, physique et intentionnel qui lui donne du sens ». Cela implique que chaque activité, qu'elle soit perçue comme significative ou anodine, est le produit d'une interaction entre l'individu et son environnement. Cette dynamique fait l'occupation un élément fondamental dans la manière dont une personne interagit avec le monde, participe à la société et construit son parcours de vie.

3.3 La différence entre la performance occupationnelle et la participation occupationnelle

Il est intéressant de montrer la différence entre ses deux notions qui paraissent assez similaire pour beaucoup de personne.

Performance occupationnelle : Pour Fisher la performance occupationnelle est « ce que fait la personne à ce moment, son comportement observable ». (Fisher, 2009)

Participation occupationnelle : Elle est définie comme le fait de s'engager dans des occupations situées dans un contexte socio-culturel, désirées et/ou nécessaires pour le bien-être de la personne. La participation occupationnelle correspond à un engagement qui implique non seulement la réalisation d'activités mais aussi l'expérience subjective dans l'agir. (Kielhofner, 2008)

Critère	Performance occupationnelle	Participation occupationnelle
Définition	Capacité d'une personne à exécuter une activité de manière efficace, sécuritaire et satisfaisante, sur l'exécution ou la réalisation d'une tâche précise.	Implication active dans des situations de vie significatives dans un contexte social ou culturel donné, sur l'engagement global dans les rôles et les activités de la vie quotidienne.

Critère	Performance occupationnelle	Participation occupationnelle
Mesure	Évaluée par des tests de performance ou l'observation d'habiletés.	Évaluée par l'analyse de l'implication dans des contextes de vie réels (évaluation écologique).
Lien avec l'environnement	Moins dépendante du contexte social ou communautaire.	Fortement influencée par l'environnement social, culturel et physique.
But thérapeutique	Améliorer les habiletés motrices, cognitives ou sociales spécifiques.	Favoriser l'engagement dans des activités significatives malgré les limitations.
Perspective	Fonctionnelle et individuelle.	Holistique et contextuelle.

(Dubois Bénédicte S. T., 2027)

4. Le rôle de l'ergothérapeute

4.1 Données générales sur l'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel de santé intervenant dans les domaines sanitaires, médico-social et social. L'objectif de l'ergothérapie est de promouvoir l'autonomie et le bien-être des personnes, en rétablissant du sens dans leurs occupations quotidiennes (*ANFE, 2015 in WFOT, 2017*).

Créée en 1961, l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) définit l'ergothérapeute comme un acteur clé dans la rééducation, la réadaptation et la réinsertion, visant à améliorer la qualité de vie des personnes (*Delaisse et al., 2022*). Régie par le décret du 21 novembre 1986, la pratique de l'ergothérapie en France a évolué depuis ses bases historiques, influencées par les blessures de guerre au XXe siècle et les approches écologiques des années 2000 (*Pibarot, 2016*), (*Delaisse et al., 2022*).

La Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (WFOT) définit l'ergothérapie comme une profession centrée sur le client, visant à promouvoir la santé et le bien-être grâce aux occupations. En France, l'ANFE souligne l'importance de l'interaction entre la personne, l'activité et l'environnement, un concept renforcé par l'approche anglo-saxonne du terme « occupation » (*WFOT, 2017*). Selon le réseau européen ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education), une occupation se définit comme un ensemble d'activités culturellement reconnues, ayant une valeur sociale et un sens personnel, favorisant la participation à la société. L'activité, quant à elle, correspond à une séquence structurée de tâches ou d'actions nécessaires à la réalisation des occupations (*Meyer, 2005, p 5*).

4.2 La place de l'ergothérapie en rééducation neurologique

L'ergothérapie neurologique accompagne les personnes souffrant de handicaps moteurs, sensoriels ou cognitifs. Elle repose sur une combinaison de connaissances et de cadres de référence pour améliorer la fonction de l'individu en évaluant les facteurs physiques, cognitifs, environnementaux et sociaux influençant sa fonction. L'ergothérapeute, expert dans l'évaluation de ces facteurs complexes, travaille à rétablir la fonctionnalité et la qualité de vie des personnes vivant avec des troubles neurologiques. (OT Practice Document : Neurology, 2024)

En réadaptation, lorsque la rééducation seule ne suffit plus, l'ergothérapeute propose des aides techniques et peut intervenir en visite à domicile pour aménager le domicile. L'ergothérapeute peut mettre en place des travaux au domicile pour faciliter l'autonomie de la personne (aménagement d'une douche à l'italienne à la place d'une baignoire) ou si les travaux ne sont pas possibles, une mise en place d'aide technique est possible (barre d'appui, chaise de douche, tapis antidérapants...). (Hercberg, 2012)

4.3 L'ergothérapie dans la réinsertion socio-professionnelle

Après avoir bénéficié d'une rééducation intensive et d'une prise en charge pluriprofessionnelle, certaines personnes cérébrolésées peuvent acquérir une autonomie suffisante pour retourner à domicile et reprendre le travail. Toutefois, les personnes ayant des séquelles cognitives et comportementales, telles que des difficultés dans les tâches complexes ou des problèmes relationnels, peuvent freiner la réinsertion socio-professionnelle. (RIBAS, 2015)

Un bilan écologique centré sur l'activité professionnelle est essentiel, et il doit être précoce et structuré (*Durand MJ., 2010*). Les ergothérapeutes doivent avoir une formation spécialisée pour effectuer des bilans validés auprès des traumatismes crâniens (RIBAS, 2015), (ARTC, 2013).

Face aux défis de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées, l'accompagnement écologique sur le lieu de travail se développe. Des recherches menées au Québec pourraient servir de modèle pour les interventions en France et démontrer l'impact de cette méthode sur l'activité professionnelle et la participation sociale. Il est possible de développer un modèle d'intervention précis qui guide l'intervention de l'ergothérapeute. (RIBAS, 2015)

4.4 Problématiques occupationnelles rencontrées par les patients en réinsertion socio-professionnelle

Les patients cérébrolésés rencontrent des difficultés majeures dans leur réinsertion socio-professionnelle, liées notamment à des troubles de la communication, de l'identité et des liens sociaux. La norme sociale et comportementale, qui fait partie intégrante de l'insertion dans divers groupes (familial, professionnel, amical), exige un effort constant de représentation mentale. Cependant, pour certains patients, cette norme devient difficile à appréhender en raison des atteintes à leur sensation d'identité et de leur capacité à établir des liens.

La réciprocité dans l'échange social devient souvent impossible, car ces patients deviennent dépendants des autres, ne trouvant plus leur place dans des processus d'échange où leur apport est reconnu et attendu. Cette difficulté à penser et à se représenter leur place dans la société entraîne des troubles du comportement et de l'inadaptation sociale.

La possibilité pour ces patients de se penser comme sociables repose sur deux éléments essentiels : d'une part, des repères identitaires et un sentiment de sécurité psychique qui permettent de s'inscrire dans une relation à l'autre, et d'autre part, des espaces où ils peuvent être acteurs de leur vie et engager un échange réciproque, malgré leurs handicaps. (Oppenheim-Gluckman, 2006)

3 Problématique

Les adultes jeunes atteints de traumatisme crânien sévère rencontrent des obstacles dans leur retour à la vie professionnelle et sociale. Leur réadaptation est souvent marquée par des séquelles cognitives et comportementales qui affectent leur capacité à interagir avec autrui, à suivre des formations et à reprendre une activité professionnelle. Ainsi, la réinsertion sociale et professionnelle devient un véritable défi qui nécessite une approche spécifique et personnalisée. C'est dans ce cadre que l'ergothérapeute joue un rôle clé, en permettant à ces individus de retrouver leur autonomie, de se réadapter à leur environnement et de pratiquer pleinement leurs activités significatives, tant sociales que professionnelles. C'est dans ce contexte de recherches qu'est apparue ma problématique.

“De quelle manière un ergothérapeute peut-il favoriser la performance occupationnelle d'un adulte jeune ayant eu un traumatisme crânien sévère pour améliorer son intégration socio-professionnelle ? “

Cette question permettra d'explorer comment les ergothérapeutes, peuvent contribuer à la réintégration de ces adultes jeunes dans la société et dans le monde du travail.

Pour y répondre, certains concepts clés, qui structureront ma réflexion, devront être explicités.

Concepts : performance occupationnelle, réinsertion sociale et professionnelle

4 Cadre théorique et conceptuel

Pour prolonger l'exploration et répondre à la problématique, le modèle conceptuel choisi est le modèle Personne, Environnement, Occupation, Performance (PEOP). Il permet de mettre en lien les concepts évoqués plus haut. Ainsi, nous nous intéresserons à la performance occupationnelle qui fait du lien entre la personne et sa vie quotidienne, pilier important pour une personne atteinte de traumatisme crânien sévère, afin qu'elle puisse retrouver une autonomie et une indépendance au quotidien. Puis, nous nous intéresserons à une structure précise d'accompagnement en réinsertion socio-professionnelle : l'UEROS. Nous approfondirons alors l'accompagnement, les outils d'évaluations, le rôle des professionnels de santé et la place de l'ergothérapie pour la réinsertion socio-professionnelle.

1. Présentation du modèle conceptuel PEOP :

Le modèle PEOP est apparu à la fin des années 80 aux États-Unis. Il a été créé par C. CHRISTIANSEN, C. BAUM et J. BASS. Ce modèle vise à centrer les actions en ergothérapie sur la performance occupationnelle. On considère ce modèle comme écologique, systémique et transactionnel, en raison de son insistance sur les échanges entre les attributs individuels et environnementaux. Le modèle PEOP fait le lien entre performance, participation et bien-être, il place ces interactions au centre de son fonctionnement.

Ce modèle est totalement centré sur la personne, il favorise une planification collaborative de l'intervention. Il reconnaît que seul le client peut identifier les résultats qu'il juge essentiels et prioritaires pour lui. Le terme « client » dans ce cadre englobe non seulement les individus, mais également les familles, les collectivités, les institutions ou encore les communautés.

Ce modèle, basé sur l'occupation, utilise une stratégie dite « top-down », visant à améliorer la performance occupationnelle comme objectif ultime de l'intervention. Il met l'accent sur la signification cruciale de l'occupation en tant qu'élément central de l'ergothérapie.

Le modèle PEOP se base sur 3 principes clés et leurs interactions :

- **Les facteurs individuels** : aspects personnels qui affectent la performance (capacités physiques, cognitives, émotionnelles, etc.)
- **Les facteurs de l'environnement** : éléments externes qui peuvent soutenir ou limiter les performances (environnement physique, social, culturel ou institutionnel)

- **Les occupations** : activités significatives et spécifiques pour la personne, qui reflètent ses valeurs, ses intérêts et ses rôles sociaux, les occupations de la personne se retrouvent impactées

Ce modèle offre une structure générale qui facilite l'analyse et la promotion de l'engagement ainsi que la performance au travail des clients dans leur contexte environnemental.

L'ergothérapeute utilise ce modèle pour personnaliser les interventions et favoriser un retour adapté dans la société et dans le travail, en fonction des besoins et des capacités de la personne.

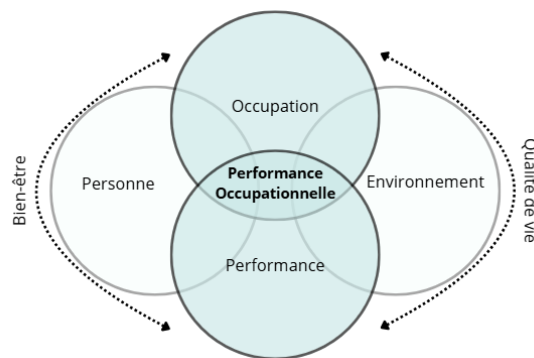


Figure 3 : Schéma illustrant le modèle PEOP avec ces 3 concepts principaux et la performance occupationnelle (D'après Morel-Bracq, 2017)

2. La personne et sa performance occupationnelle au quotidien

2.1 L'importance de la participation et de la performance dans les activités de la vie quotidienne pour une personne cérébrolésée

La performance occupationnelle au sein des activités de la vie quotidienne (AVQ) joue un rôle crucial dans le maintien ou la récupération de l'intégration sociale, ainsi que dans le maintien de la personne dans son environnement habituel. (Caire Jean-Michel, 2012)

Les séquelles physiques, cognitives et émotionnelles consécutives à ce type de traumatisme altèrent leur capacité à accomplir des tâches essentielles, telles que l'hygiène personnelle, la gestion des finances ou encore la préparation des repas (Ponsford J., 2014). Ces déficiences ont un impact direct sur leur indépendance et leur qualité de vie globale. (Brown D., 2004).

Ainsi, l'engagement dans les activités de vie quotidienne est fondamental non seulement pour l'indépendance physique des personnes cérébrolésées, mais aussi pour leur bien-être psychologique et social. En effet, la participation active à ces activités favorise la restauration de leur autonomie et

contribue à la prévention de l'isolement. Dans cette optique, Meyer, dans sa première conférence de la Société Nationale d'Ergothérapie en 1921, soulignait l'importance de l'occupation quotidienne. Il affirmait : « Notre conception de l'homme est celle d'un organisme se maintenant et s'équilibrant lui-même dans la réalité et l'actualité, en vivant activement et par une utilisation active de son organisme ». Meyer insistait ainsi sur le rôle crucial de l'occupation dans la vie quotidienne, expliquant que la participation et la performance dans ces activités soutiennent non seulement le développement, mais aussi le rétablissement des personnes. (Lisa Tabor Connor, 2016)

2.2 La performance et les traumatismes crâniens en réinsertion socio-professionnelle

Les jeunes adultes, particulièrement vulnérables aux traumatismes crâniens, sont souvent confrontés à des risques accrus d'invalidité et de perte d'emploi, ce qui peut entraîner des répercussions profondes sur leur qualité de vie et leur projet de vie à long terme. (Bayen Eléonore, Les cérébro-lésés, 2012) En effet, les conséquences d'un traumatisme crânien sur la fonction cognitives, émotionnelle et physique peuvent considérablement compliquer le processus de réinsertion socio-professionnelle. Cependant, bien que ces obstacles soient nombreux, des stratégies de réhabilitation centrées sur la performance occupationnelle et les activités de la vie quotidienne peuvent aider les individus à regagner une certaine indépendance. Le modèle conceptuel PEOP, en est un exemple, car il met en lumière l'interaction entre l'individu, son environnement et ses occupations, permettant de mieux comprendre comment des interventions ciblées peuvent améliorer la performance occupationnelle.

De plus, le retour à l'emploi constitue un objectif majeur des programmes de réadaptation, en particulier pour les personnes cérébro-lésées. Au-delà de l'aspect financier qu'il procure, l'activité professionnelle joue un rôle essentiel dans le bien-être global de l'individu, qu'il soit physique, psychologique ou sociale. En effet, elle contribue à renforcer l'identité personnelle et à favoriser l'inclusion sociale, des éléments souvent fragilisés après un traumatisme crânien. (Leclercq, 2007) Ainsi, la réinsertion professionnelle ne se limite pas à un simple retour au travail, mais participe pleinement au processus de réadaptation, soutenant le patient dans sa reconstruction personnelle et sociale.

3. Les UEROS : un dispositif clé pour la réinsertion socio-professionnelle

Les UEROS ont été créées par la circulaire ministérielle DAS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien. En l'espace de quatre ans, 22 unités ont vu le jour, et

aujourd'hui, elles sont au nombre de 32 en France. Ces unités s'adressent à toute personne de plus de 18 ans (ou 16 ans avec dérogation) souffrant de lésions cérébrales acquises, et souhaitant entamer un parcours de réinsertion sociale ou professionnelle (Julie Mantel, 2015)

Les participants doivent être en phase de rééducation achevée ou en voie de stabilisation. En cas de pathologie psychiatrique associée, cette dernière doit être stabilisée pour garantir une vie en collectivité et la construction d'un projet de vie réaliste. Si une personne ne remplit pas les critères d'inclusion, une pré-évaluation réalisée par un ergothérapeute ou un assistant social permet de déterminer la faisabilité de son admission. (Gros, 2014)

3.1 Cadre législatif des UEROS

Les UEROS s'inscrivent dans un cadre législatif précis :

- « **La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** de rénovation de l'action sociale et médico-sociale et ses décrets d'applications, puis celle plus récente n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui ont profondément transformé le paysage médico-social en rénovant les fonctionnements et les organisations institutionnelles et en renforçant les Droits des personnes en situation de handicap. »
- « **Le décret n°2009-299 du 17 mars 2009** relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS) pour personnes cérébrolésées. »

3.2 Objectifs clés des UEROS

Les UEROS poursuivent plusieurs objectifs clés (Gros, 2014) :

- **Évaluation pluridisciplinaire** : analyser les capacités médicales, cognitives, sociales et professionnelles des patients
- **Programme transitionnel** : renforcer les compétences en réadaptation tout en élaborant un projet d'insertion sociale, éducative ou professionnelle, tout en adaptant les activités en fonction du degré d'autonomie de la personne

- **Développement du réseau** : travailler avec les établissements de santé, sociaux et d'insertion afin de constituer un réseau social d'accompagnement performant
- **Suivi individualisé** : accompagner, soutenir et apporter une écoute auprès des personnes pour permettre des échanges profonds avec le vécu et les conséquences du traumatisme, afin de connaître leurs motivations professionnelles et d'aider la personne à ajuster son projet entre ses motivations, ses capacités et ses compétences.

Selon l'Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses de l'Assurance Maladie (UGEAM), l'objectif principal des UEROS est de : « soutenir et accompagner les personnes atteintes de traumatismes crâniens afin de favoriser leur réinsertion sociale et/ou professionnelle. Tout en tenant compte de l'état de santé, de la situation personnelle et des contraintes de l'environnement socio-économique ». (UGEAM, 2024)

3.3 Le processus d'admission et d'évaluation

Le processus d'admission commence par être majeur et par une demande d'orientation à l'aide de la MDPH ou de la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA). Ensuite une pré-admission se met en place avec la réception de la notification d'orientation de la MDPH ou de la MDA.

La pré-admission nécessite un entretien individuel qui permet de faire connaissance avec la personne et son entourage, ce qui inclut le parcours de vie avant l'événement traumatique, après l'événement, le vécu de la personne et la phase initiale du traumatisme. Ensuite, les missions et les exigences du stage UEROS leur sont présentées, ainsi que la finalité du stage. Cet entretien est important pour savoir si la personne correspond au stage UEROS, tant sur le plan physique que psychologique. L'entretien est dirigé par l'adjointe de direction et la psychologue clinicienne. Un examen auprès du médecin neurologue est obligatoire afin d'accepter la personne au sein du stage UEROS. (Gros, 2014)

Une fois l'ouverture du dossier, le premier rendez-vous, l'entretien médico-psycho-social (si besoin) et la commission technique, la personne est envoyée ou non dans le parcours UEROS. Si cela est le cas, le parcours UEROS débute avec une évaluation globale approfondie, puis un réentraînement des aptitudes et enfin une co-construction de projet socio-professionnel.

Le parcours débute par une période d'évaluation de 3 semaines, suivie d'un programme de réentraînement de 3 à 5 mois. Cela permet à la personne de reconstituer son histoire personnelle et professionnelle depuis son traumatisme. Les évaluations sont des tests homologués et des mises en situations écologiques.

Durant tout le processus, des évaluations sont mis en place pour comprendre et voir les progrès des personnes. (UGE CAM, 2024)

Cela permet également aux personnes participantes d'avoir une vision transversale dans sa prise en charge grâce à l'équipe pluridisciplinaire. Durant le stage, un professionnel référent est désigné afin d'accompagner la personne au mieux dans son projet futur. Il permet une aide constante dans la création de ses objectifs et il peut être en communication avec l'entourage de la personne afin de l'accompagner globalement.

Des réunions sont mises en place avec la personne atteinte, sa famille ainsi que l'équipe pluridisciplinaire qui l'accompagnent afin d'avoir une discussion en rapport avec les objectifs de cette prise en charge. (Gros, 2014)

Il existe des différents modules dans le parcours UEROS :

- Modules d'évaluations en individuelle : permettent de comprendre l'état de santé, les ressources psychologiques, les compétences cognitives, les capacités fonctionnelles et la situation sociale de la personne,
- Modules d'évaluations en groupe : permettent d'approfondir les aptitudes gestuelles et techniques, les aptitudes physiques et sportives, les connaissances générales, les capacités communicationnelles et relationnelles des personnes entre elles,
- Modules de réentraînement : portent sur le réentraînement moteur, cognitif et pour les habiletés sociales,
- Programme de réentraînement à la vie active avec des séances individuelles en fonction des besoins identifiés, des ateliers et des activités collectives,
- Modules d'élaborations d'un projet social et/ou professionnel : sont obligatoires avec des Projets d'Accompagnement Personnalisé (PAP) et la participation de chaque bénéficiaire dans l'élaboration du PAP.

C'est durant les diverses évaluations que l'on peut mesurer les progrès réalisés, que l'on peut comprendre si la personne a amélioré sa performance occupationnelle durant le stage UEROS.

Lorsque le programme est terminé, une synthèse finale se déroule avec des propositions d'orientation sociale et/ou professionnelle, ainsi que des préconisations de parcours. Ce bilan complet est alors envoyé à la Commission des Droits et de l'Autonomie de la Personne Handicapées (CDAPH).

Et pour finaliser le dossier de la personne atteinte de traumatisme crânien sévère, la MDPH ou la MDA valide l'orientation ou la formation professionnelle et permet à la personne de pouvoir travailler

soit en milieu ordinaire soit en milieu protégé. Des services d'accompagnement sont alors proposés comme des foyers d'accueils médicalisés. (Montreuil, 2012), (UGECAM, 2024)

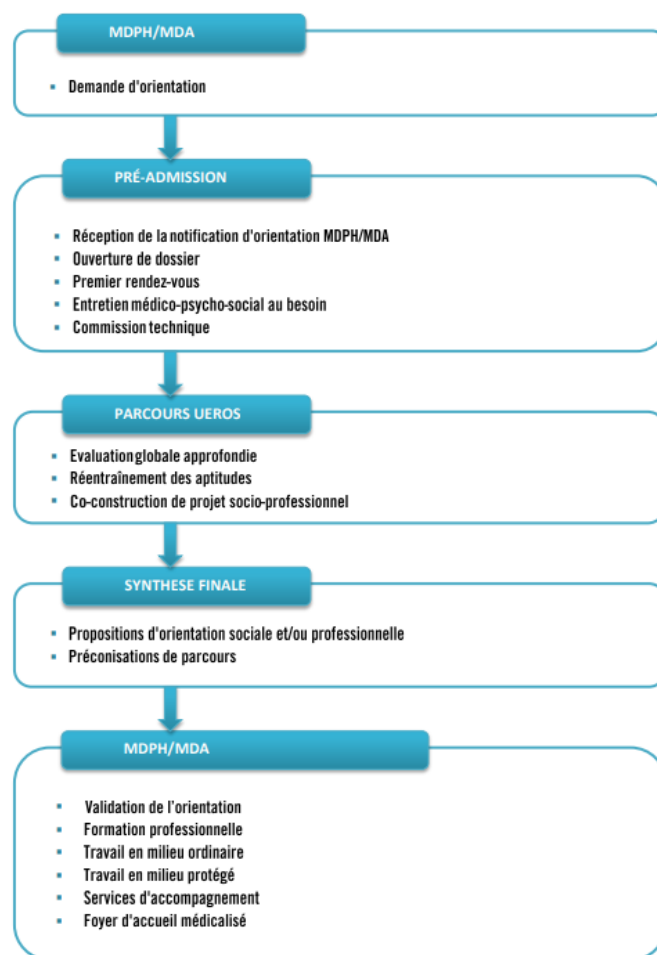


Figure 4 : Le parcours de suivi des établissements UEROS d'après (UGECAM, 2024)

5 L'approche professionnelle des UEROS

Les UEROS permettent une transdisciplinarité dans un travail en équipe, puisque cet accompagnement aide les personnes qui participent à ce programme à retrouver leur identité qui a pu être impacté à la suite d'un traumatisme crânien sévère. C'est un travail qui prend du temps puisque pour les traumatisés crâniens, le handicap invisible apparaît que lors des mises en situations écologiques. (Gros, 2014)

Lorsque les évaluations ont été effectuées, la réadaptation débute. Des adaptations peuvent être mis en place afin que la personne puisse reprendre ses loisirs, sa vie sociale et sa reprise professionnelle. Pour ce faire une collaboration interprofessionnelle est nécessaire. (Camille Gamain, 2020)

1. L'équipe interprofessionnelle dans les UEROS

L'équipe interprofessionnelle au sein des structures permet un accompagnement global et complet.

L'équipe interprofessionnelle comprend, le directeur, l'adjoint de direction, des médecins, des neurologues, des neuropsychologues, des assistant des services, des ergothérapeutes, des psychologues, des orthophonistes, des kinésithérapeutes, des infirmières, des professeurs d'activités physiques adaptées, des éducatrices techniques spécialisées, des éducateurs spécialisés sous la responsabilité d'un chef de service, des travailleurs sociaux, des chargés d'insertion, des assistantes sociales et des secrétaires.

Cette équipe est cruciale pour aider les patients à retrouver leur identité, souvent impactée par les traumatismes crâniens, et à favoriser leur réadaptation dans un environnement sécurisé.

« Une collaboration marquée entre l'ergothérapeute et certains membres de l'équipe interdisciplinaire (médecin, assistante sociale, neuropsychologue mais également chargée d'insertion-ergonome) est instaurée et va suivre un déroulement en plusieurs étapes distinctes dans l'objectif de favoriser un retour au travail en milieu ordinaire le plus précocement possible » (Camille Gamain, 2020)

2. Effets de la diversité des structures UEROS

Il existe une diversité concernant les structures UEROS, qu'elles soient urbaines, rurales, publiques ou privées. Les structures UEROS sont toutes différentes, ce qui peut influencer la qualité des interventions. L'impact de cette diversité sur les soins reste peu étudié. Comment cette diversité affecte-t-elle la qualité des interventions proposées ?

L'absence de standardisation entre les structures UEROS peut freiner, dans une certaine mesure, la mise en place d'une évaluation globale et comparative des pratiques, tout en rendant plus complexe l'analyse de leur influence sur les professionnels, en particulier les ergothérapeutes.

Il existe un manque d'information concernant ces structures. Nous ne pouvons pas avoir des informations standardisées puisque chaque structure fonctionne différemment. (François-Guinaud Carolyne, 2009)

Pour mieux comprendre l'impact des UEROS dans la réinsertion socio-professionnelle des personnes atteintes de traumatisme crânien sévère, on peut se poser plusieurs questions : comment l'accompagnement spécifique en ergothérapie se déroule dans les structures UEROS. Est-ce que les ergothérapeutes favorisent la performance occupationnelle pour un adulte jeune atteint de traumatisme crânien sévère, comment s'organise l'approche interprofessionnelle au sein d'une structure d'accompagnement spécialisée et enfin quelles sont les répercussions de l'accompagnement spécifique des structures UEROS sur la performance occupationnelle et de fait sur la réinsertion sociale et professionnelle d'une population atteinte d'un traumatisme crânien sévère ?

Ces questionnements permettent d'analyser le fonctionnement de ces structures pensées pour répondre aux enjeux complexes de réinsertion. Il s'agit ici de comprendre leur rôle dans l'amélioration de la performance occupationnelle et du retour à une vie sociale et professionnelle.

6 Hypothèse

A titre de rappel, la phase exploratoire m'a conduite à l'élaboration de la problématique suivante :

“De quelle manière un ergothérapeute peut-il favoriser la performance occupationnelle d'un adulte jeune ayant eu un traumatisme crânien sévère pour améliorer son intégration socio-professionnelle ? “

A travers l'analyse du cadre théorique et conceptuel, j'ai introduit le modèle de la PEO (Personne, Environnement, Occupation et Performance) qui m'a permis de comprendre la performance occupationnelle et son rôle pour améliorer la réinsertion socio-professionnelle des personnes dans les structures UEROS qui peuvent accompagner les personnes ayant subi un traumatisme crânien sévère.

Afin de répondre à cette problématique, l'hypothèse suivante est émise :

« Dans des structures d'accompagnement spécialisées telles que les UEROS, l'ergothérapeute favorise la performance occupationnelle des adultes jeunes atteints d'un traumatisme crânien sévère. »

7 Cadre de recherche

1. Outil d'investigation

Pour débiter avec mon outil d'investigation, je choisis la méthodologie d'enquête qualitative qui a pour objectif d'explorer et de comprendre les perceptions des structures UEROS par les ergothérapeutes qui travaillent dans ces établissements ou qui ont pu y travailler. L'enquête qualitative permet également d'obtenir des retours d'expériences sur les relations avec les patients ayant subi un traumatisme crânien sévère, et ayant suivi un parcours de réinsertions socio-professionnelles.

L'entretien qualitatif est une « façon de regarder la réalité sociale ». (Kohn Laurence W. C., 2014)

Pour ce faire, un entretien semi-structuré sera proposé aux ergothérapeutes interviewés, qui prendra en compte leurs vécus et leurs ressentis au sein des structures.

L'entretien qualitatif permet d'avoir les informations recherchées à conditions de poser les bonnes questions. Les questions sont ouvertes et centrées sur la problématique de l'enquête pour permettre une interaction directe, un dialogue, entre l'interviewé et l'intervieweur. Cela permet également de reformuler une question si la réponse ne prend pas correctement en compte la question posée ou alors de pouvoir rebondir avec le participant en favorisant une exploration approfondie des sujets traités, a fortiori mal connus ou encore inconnus. Pour ce faire, il sera procédé à des entretiens individuels semi-directifs afin de recueillir un seul avis à la fois sur les questions posées. Un focus groupe ou un entretien en groupe serait de nature à influencer certaines réponses et compliquerait l'analyse des résultats.

Le cadre sera posé avec une présentation de l'étude, les modalités de recueil des données, le temps de l'entretien (40 minutes environ) et les principes déontologiques à respecter. L'entretien sera structuré grâce à un guide d'entretien (*Annexe 2*) en forme de sablier, ce qui permet une liberté pour ouvrir à d'autres pistes de réflexion. Les questions iront d'abord du général vers le particulier, pour ensuite revenir au général. (Imbert, 2010). Afin de garder une neutralité dans les questions, une double vérification sera faite.

En amont de l'entretien, une organisation sera mise en place concernant : la date, l'heure et le lieu du rendez-vous. Si la personne ne se trouve pas en capacité de m'accueillir, l'entretien s'effectuera en visio-conférence. Le format choisi dépendra de l'interviewer. Le recueil de consentement écrit sera présenté au début de chaque entretien, ainsi que l'autorisation d'enregistrement.

Et pour la suite, les entretiens seront analysés dans une approche thématique transversale, complétée par une analyse formelle et structurale.

2. Objectifs de l'enquête

L'objectif de l'enquête consiste donc à identifier de quelle manière les UEROS permettent l'intégration socio-professionnelle des adultes jeunes atteints d'un traumatisme crânien sévère en favorisant leur performance occupationnelle. Les objectifs prédéfinis qui seront les piliers de mes entretiens sont au nombre de 4

Objectif N°1 : Au début de l'entretien, identifier les modalités d'accompagnement spécifique en ergothérapie dans les structures UEROS.

Variables : Identifier les variables en lien avec l'accompagnement spécifique en ergo (outils d'évaluation, intervention, suivi, facilitateurs, freins...)

Indicateurs : Analyse du champ lexical se rapportant à la pratique ergothérapique dans les UEROS.

Objectif N° 2 : Au cours de l'entretien, repérer comment l'ergothérapeute favorise la performance occupationnelle pour un adulte jeune atteint de traumatisme crânien sévère.

Variables : critères des personnes (âge, profession, projet de réinsertion), degré de la motivation des personnes, objectifs de rééducation/réadaptation, approches et méthodes utilisées, travail interprofessionnel avec échanges,

Indicateurs : accompagnement personnalisé, suivi et réalisation des projets individuels, utilisation d'outils d'évaluation, adaptation de l'environnement, niveau d'autonomie des personnes, mise en place de compensations cognitives et motrices, maintien des acquis après les UEROS, partage des informations entre les professionnels (analyse du champ lexical se rapportant à la performance occupationnelle)

Objectif N°3 : Au cours de l'entretien, comprendre et analyser l'approche interprofessionnelle au sein de l'UEROS et son impact sur la performance occupationnelle.

Variables : équipe interprofessionnelle impliquée, intervention (missions de chaque professionnel), outils de communication, avantages et obstacles, accompagnement personnalisé

Indicateurs : description des tâches interprofessionnelles, réunions, transmissions, difficultés rencontrées, améliorations souhaitées, adaptation des projets individualisés

Objectif N°4 : A la fin de l'entretien, comprendre les répercussions de l'accompagnement spécifique des structures UEROS sur la performance occupationnelle et, de fait, sur la réinsertion sociale et professionnelle d'une population atteinte d'un traumatisme crânien sévère.

Variables : objectifs mis en place, interventions envisagées, renforcement des capacités fonctionnelles, cognitives et sociales, collaboration interprofessionnelle, dispositifs facilitant l’insertion socio-professionnelle, évaluations des interventions à moyens et long terme, organisation des suivis, différenciation entre les structures UEROS,

Indicateurs : programme individualisé de rééducation de réadaptation, activités proposées pour favoriser la performance occupationnelle, entraînement aux habiletés sociales et professionnelles, outils de suivi communs avec l’équipe interprofessionnelle, accompagnement vers un emploi ou vers des formations.

3. Population des professionnels ciblées et critères de recrutement

Afin de répondre aux objectifs décrits auparavant, un tableau des critères d’inclusions, de non-inclusions et d’exclusion est présenté ci-dessous.

Critères d’inclusions	Critères de non-inclusions	Critères d’exclusions
- Être ergothérapeute diplômé d’état - Travailler dans un UEROS avec des jeunes adultes atteints de traumatisme crânien sévère - Travailler sur le territoire Français	- Autres professionnels de santé qui n’est pas un ergothérapeute - Avoir des ergothérapeutes qui se connaissent car peuvent avoir les mêmes avis donc les mêmes réponses ou bien qui travaillent dans la même structure	Les critères d’exclusions apparaitront une fois l’enquête effectuée auprès d’ergothérapeute travaillant dans des structures UEROS

Tableau I : Population cible et critères de recrutement

La population cible pour cette enquête se base sur des entretiens avec des ergothérapeutes de différentes structures UEROS. Afin de limiter le biais de structure, d’échantillonnage et de sélection, un seul ergothérapeute par structure pourra participer à l’entretien car cela pourrait affecter la fiabilité des réponses. Pour identifier des participants répondant aux critères de l’étude, ma méthode de recrutement se fera de manière non aléatoire pour me baser sur des ergothérapeutes travaillant en structure UEROS. J’ai déjà pu effectuer une recherche préalable des contacts professionnels des ergothérapeutes sur les sites internet des établissements, ce qui m’a permis d’avoir quelques mails de certaines structures UEROS.

Le règlement général sur la protection des données (RGPD), impose que les entretiens effectués soient anonymes. Les interviewés seront prévenus que leurs données seront récoltées dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Pour ce fait, un pré-test sera envoyé afin que tous les interviewés soient prévenus du sujet de l'entretien et que leurs réponses répondent à la réglementation RGPD. Ce message comportera une présentation concise de l'auteur de l'étude ainsi qu'un aperçu du projet de recherche, tout en veillant à ne pas influencer les réponses potentielles afin d'éviter un biais de désirabilité sociale.

Si plusieurs candidatures correspondent aux critères établis, la sélection sera restreinte à cinq participants afin de garantir une cohérence méthodologique avec l'outil d'analyse choisi.

4. Démarche de recrutement des participants de l'enquête

Pour identifier des participants répondant aux critères de l'étude, le recrutement s'est fait de manière non aléatoire pour s'appuyer sur des ergothérapeutes travaillant en UEROS.

En m'appuyant sur un article traitant des évaluations de l'activité des UEROS, datant de 2009, j'ai effectué une recherche préalable des contacts professionnels des ergothérapeutes sur les sites internet des établissements, ce qui m'a permis d'obtenir les adresses électroniques de certaines UEROS.

J'ai alors établi un premier contact en expliquant le but de mon approche, sans fournir mon hypothèse afin de ne pas créer un biais de désirabilité sociale (« influent sur les réponses des individus et créent un écart quasi inévitable entre la réalité et la réponse de l'individu » (Coron, 2020). J'ai demandé aux ergothérapeutes contactés une présentation condensée, afin de pouvoir analyser mes critères d'inclusions et d'exclusions.

A partir de ce premier contact avec les ergothérapeutes UEROS, j'ai analysé le profil des répondants par quelques questions par mail, à savoir où ils travaillent, afin de ne pas avoir deux ergothérapeutes travaillant au même endroit, pour ne pas biaiser les résultats. J'ai demandé également à quel moment nous pourrions fixer le rendez-vous et quels supports leur convenait le mieux pour passer l'entretien (visioconférence ou appel téléphonique).

Le règlement général sur la protection des données (RGPD), impose que les entretiens effectués soient anonymes. Les interviewés ont été prévenus que leurs données seront récoltées dans le cadre de ce mémoire de fin d'étude. Un pré-test a été envoyé, afin que tous les interviewés soient informés du sujet de l'entretien et de ce que le traitement de leurs réponses répondra au RGPD. Ce message a comporté une présentation concise de l'auteur de l'étude, ainsi qu'un aperçu du projet de recherche, tout en veillant à ne pas influencer les réponses potentielles, afin d'éviter un biais de désirabilité sociale.

8 Résultats

Afin d'avoir des données concrètes sur le sujet de mémoire, des ergothérapeutes ont répondu à mon questionnaire lors de rendez-vous, tous tenus par visioconférence. Les données recueillies ont été traitées en suivant les étapes de l'analyse qualitative. Le traitement des informations a débuté dès ma première lecture et durant la retranscription des entretiens conduits. Un tableau de comparaison a été dressé lors de l'analyse horizontale. Cela a permis d'avoir un point de vue critique sur les données recueillies lors des entretiens, ce qui a aiguillé l'analyse des résultats pour répondre aux objectifs de l'enquête.

1. Résultats bruts

1.1 Echantillonnage de la population professionnelle

Ma démarche de recrutement a débuté par courrier électronique en avril 2025. J'ai expédié 39 courriers électroniques à différentes UEROS. J'ai reçu 6 réponses en 1 semaine, dont 3 ne répondaient pas aux critères d'inclusion.

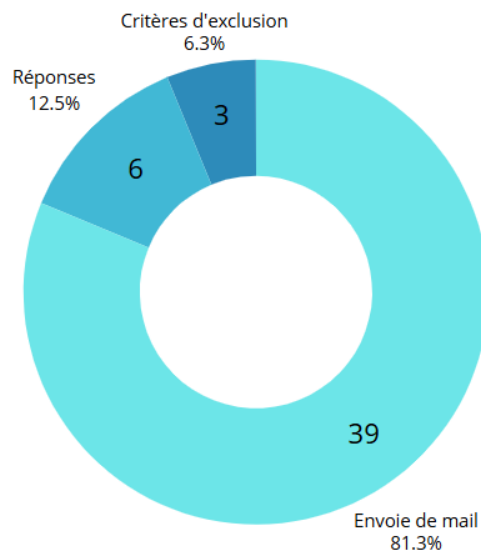


Figure 5 : Graphique de la démarche de recrutement auprès d'ergothérapeute travaillant dans les structures UEROS

1.2 Profils des personnes interrogées

Quatre ergothérapeutes diplômés entre 1999 et 2017 ont été interviewés. Leur expérience professionnelle en UEROS s'étendait de 8 mois à 5 ans.

	E1	E1 bis	E2	E3
Date de l'entretien	11/04/2025	15/05/2025	18/04/2025	19/05/2025
Durée de l'entretien	1h08	42 min	46 min	49 min
Année d'obtention du diplôme	1999	2013	2017	2015
Expérience en UEROS	8 mois	4 ans	5 ans	2 ans

Tableau II : Données des ergothérapeutes E1, E1 bis, E2 et E3 interviewés dans les quatre entretiens

La population des ergothérapeutes interrogés est constituée de trois femmes et d'un homme travaillant dans trois UEROS répartis en France. Chaque entretien s'est déroulé en visioconférence, via un lien Zoom ou via un lien Google Meet.

Afin de mieux comprendre la structure de E1, j'ai interrogé un collègue de cette ergothérapeute, spécialisé dans la réinsertion professionnelle. Cet entretien s'est limité à des questions complémentaires à celles posées à E1 pour éviter des réponses similaires et limiter le biais d'analyse, nous le nommerons E1 bis.

2. Analyse verticale

La première ergothérapeute interviewée (E1) est une ergothérapeute diplômée depuis 2000. Elle travaille dans un établissement UEROS depuis août 2024. Avant de travailler dans cette structure, elle était en service de rééducation, pendant 25 ans, auprès des personnes cérébrolésées, dont des traumatisées crâniens. Elle explique avoir souhaité exercer dans le domaine médico-social, en UEROS, pour voir autre chose et pour aider les personnes dans la suite de leurs parcours de soins avec

des retours à domicile. Dans son poste au sein de cette structure, plus particulièrement sur le plan social, E1 identifie la population qu'elle peut accueillir, notamment des personnes ayant une problématique cérébrale stabilisée, 1 à 5 an(s) après leurs accidents. E1 précise que l'accompagnement est à un moment clé, après les soins, quand il faut reconstruire un projet de vie. E1 poursuit en décrivant le processus en UEROS. Les personnes présentes en stage se nomment les stagiaires. Elles sont par groupes de 6 et cela dure 14 semaines, ou plus, en fonction des besoins et des demandes des stagiaires. L'ergothérapeute explique l'entrée en structure UEROS, qui débute par une période d'évaluation avec l'ensemble des professionnels, d'une durée de 5 semaines. « Ici on a un hébergement, où les personnes peuvent rester à la semaine, ils peuvent dormir ». Puis E1, continue en parlant des synthèses effectuées une fois les évaluations passées, cela permet de faire une conclusion de chaque bilan par chaque professionnel. En fonction des attentes des stagiaires, E1 précise, que des objectifs sont fixés en accord avec le stagiaire, sous forme de contrat, en présence d'un référent qui se trouve être l'un des professionnels présents dans la structure. Cela permet le suivi durant les 7 à 8 semaines suivantes, désignées comme la période de réentraînement. L'ergothérapeute explique son accompagnement auprès des stagiaires : elle les accompagne sur le plan social en lien avec les projets d'autonomie, quel que soit le type d'activité, au niveau d'aide technique, d'aménagement de domicile, vraiment en lien avec l'aspect de l'ergothérapie en phase de rééducation, ou afin de réactualiser la situation du stagiaire que l'on accueille et qui aurait évolué, afin de réajuster les objectifs en fonction de ses besoins. Concernant les professionnels présents en UEROS, E1 nous explique qu'il y a une directrice, une coordinatrice responsable de l'ensemble des professionnels, une neuropsychologue, une secrétaire médicale, un médecin de réadaptation, une psychologue, deux ergothérapeutes, deux moniteurs d'éducatifs, un chargé en insertion professionnelle, trois chargés d'insertion et un enseignant de la conduite adaptée. Concernant les missions de l'UEROS, E1 nous fait part que c'est l'accompagnement des personnes dans leurs projets sociaux et professionnels, l'évaluation des capacités d'autonomie et le suivi ou l'accompagnement plus spécifique dans leur quotidien, en fonction des stagiaires. L'ergothérapeute explique les différents partenaires sociaux qui existent, comme les SAMSAH, les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ou encore des partenaires professionnels comme les ESAT ou des établissements en milieu ordinaire, afin que les stagiaires soient en immersion et qu'ils puissent découvrir des métiers. Les objectifs des ergothérapeutes, comprennent : l'accompagnement dans les demandes spécifiques, les activités manuelles, les capacités motrices, les capacités cognitives, le travail d'attention et de mémorisation, l'orientation, la prise de transport en commun, la reprise de la conduite ou le logement. Le rôle de l'ergothérapeute est de pouvoir amener les stagiaires à être autonomes. Elle adapte toujours son accompagnement aux objectifs définis en équipe pluridisciplinaire, et reste en lien constant avec les autres professionnels. Tout est pensé pour coller au plus près des projets personnels ou professionnels des stagiaires. La communication au sein de l'équipe se fait principalement par mail, mais aussi via un logiciel sécurisé, Ojiris, qui permet de transmettre des informations sur les stagiaires de façon

confidentielle. Chaque vendredi après-midi, des synthèses sont organisées avec l'équipe des professionnelles, pour faire un point régulier sur les stagiaires, ajuster les accompagnements et maintenir une continuité. Elle se fonde aussi beaucoup sur l'observation en situation et l'entretien. Concernant la notion de performance occupationnelle, elle l'aborde surtout à travers l'adaptation aux imprévus et la capacité du stagiaire à mettre en place ses propres stratégies. L'approche reste très personnalisée, en fonction des besoins et demandes des stagiaires. L'ergothérapeute observe plusieurs freins à la performance occupationnelle des stagiaires, souvent d'ordre cognitif, comportemental ou psychologique, avec des troubles psychiatriques ou des addictions pouvant interrompre prématurément le stage. L'amélioration passe par un réentraînement, l'apprentissage de stratégies adaptées et l'accompagnement des stagiaires pour gérer leurs traitements ou adapter leur environnement. Cependant, l'ergothérapeute souligne un manque dans l'accompagnement des familles et des proches, notamment en ce qui concerne la sensibilisation aux troubles des stagiaires. Beaucoup de proches ne sont pas pleinement conscients des difficultés auxquelles sont confrontés les stagiaires, ce qui complique la réinsertion des personnes concernées. Selon E1, il existe aussi un besoin de renforcer l'éducation thérapeutique du patient (ETP), un domaine qu'elle aimerait développer davantage en UEROS. Selon elle, l'ETP pourrait jouer un rôle essentiel pour aider les stagiaires à mieux comprendre leurs troubles de santé, à s'investir dans leur suivi médical et à mieux gérer leur quotidien.

Afin de collecter des éléments plus précis sur la réinsertion sociale, j'ai pu interviewer son collègue de travail qui se consacre plus particulièrement à la réinsertion professionnelle. Lors de cet entretien, je rappelle que seules des questions qui pouvaient compléter le premier entretien ont été posées.

L'ergothérapeute, E1 bis, débute en présentant son parcours professionnel en ergothérapie, débuté en 2013, avec une évolution au sein de la Fondation Opale. Il détaille les différents services traversés : rééducation fonctionnelle, éveil de coma, puis clinique de positionnement, jusqu'à son poste actuel à l'UEROS, occupé depuis 2021. L'ergothérapeute explique que le parcours montre une spécialisation croissante et une adaptation aux besoins spécifiques des publics accompagnés. Dans sa pratique actuelle, il décrit une évaluation fonctionnelle construite de manière « maison », basée sur des situations proches du travail (accroupissement, port de charge, travail en hauteur). Il explique l'importance d'objectiver les capacités physiques en lien avec le projet professionnel. Ces évaluations sont croisées avec une grille utilisée par le médecin lors d'une consultation en 5e semaine du stage. Il mentionne l'absence d'outils standardisés totalement adaptés au champ de la réinsertion professionnelle, bien que des solutions émergent, comme l'ERGO Kit, qu'il n'utilise pas encore. Il regrette un manque d'accessibilité financière et de formation à ce type d'outil. L'évaluation ne s'effectue pas en lien direct avec les kinésithérapeutes ou les éducateurs APA, faute de moyens financiers. Cependant, une coordination existe avec les neuropsychologues et les moniteurs-éducateurs, qui apportent d'autres dimensions d'analyse, notamment cognitives et sociales. Un outil original de sa

pratique est l'atelier menuiserie, qu'il utilise comme mise en situation de travail, permettant d'évaluer plusieurs compétences : planification, initiative, endurance, coordination, autonomie. Il le considère comme un révélateur du profil de travailleur, complémentaire aux autres bilans. Il souligne que l'enjeu principal de l'UEROS est d'aider les stagiaires à mieux se connaître et à construire un projet réaliste, en lien avec leurs capacités actuelles. Il insiste sur la notion de compatibilité immédiate avec un métier, et non sur le réentraînement. Il regrette le cloisonnement entre les évaluations physiques et cognitives, notamment lors du bilan en semaine 5 avec le médecin. Il souhaiterait un croisement plus systématique des regards professionnels pour mieux orienter les stagiaires. Enfin, il souligne que les capacités physiques sont souvent moins bloquantes que les troubles cognitifs ou comportementaux, qui restent plus difficiles à compenser et à intégrer dans un projet professionnel viable.

Dans les prochaines analyses, E1 bis sera mentionné avec E1, afin que l'on comprenne qu'il n'y a qu'une seule structure UEROS analysée. Son témoignage sera néanmoins décrit en *Annexe 5*.

La seconde ergothérapeute (E2), partage son parcours professionnel, son expérience en UEROS et sa vision de la performance occupationnelle. Travaillant depuis 2017, elle est en poste dans la structure UEROS depuis 2020, un environnement qui lui permet de confronter ses expériences passées en réorientation professionnelle et en aménagement de postes pour des handicaps moteurs et visuels avec la spécificité des lésions cérébrales. E2 décrit l'UEROS comme une structure médico-sociale où des personnes cérébrolésées, sur orientation de la MDPH, sont reçues pour des sessions de formation professionnelle. Au sein de l'équipe, l'ergothérapeute fait partie d'un groupe interdisciplinaire, composé principalement de psychologues, de neuropsychologues, d'assistantes sociales et de médecins, afin de travailler sur les difficultés spécifiques des stagiaires, mais aussi sur l'insertion socio-professionnelle. E2 souligne que l'un des principaux axes de travail est l'autonomie, notamment pour les jeunes adultes cérébrolésés ayant vécu peu ou pas du tout en autonomie avant l'accident. L'ergothérapeute décrit les mises en situation, telles que des exercices de préparation des repas, pour observer les capacités cognitives et exécutives des patients, et aider à développer des stratégies de compensation. E2 explique que les tâches quotidiennes comme se nourrir, gérer ses médicaments ou son hygiène de vie sont évaluées afin d'identifier les besoins spécifiques de chaque stagiaire. L'ergothérapeute parle des outils comme des grilles d'évaluation, des observations et des mises en situation qui sont utilisés, bien que l'ergothérapeute indique qu'il n'existe pas d'outils spécifiques standardisés au sein de l'UEROS, comme le bilan d'Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie (EF2E), pour évaluer ces aspects. L'ergothérapeute précise que l'accompagnement se fait aussi avec les familles, en particulier pour ceux vivant en couple ou avec des proches. L'équipe s'assure que ces derniers participent activement à l'évaluation afin de comprendre le vécu du stagiaire et d'ajuster l'accompagnement en fonction de leur feedback. E2 dit inclure l'adaptation des outils de

gestion de l'organisation quotidienne comme des plannings ou des stratégies pour mieux structurer le quotidien, surtout dans les cas où le patient présente de lourdes séquelles exécutives. E2 précise que l'équipe ergothérapeutique joue un rôle essentiel dans ce suivi, bien que de nombreuses démarches se fassent en coordination avec les autres membres de l'équipe. E2 explique que les réunions d'équipe, ont lieu chaque semaine. Cela permet de suivre les progrès et de définir des objectifs à court et moyen terme. L'ergothérapeute insiste sur les échanges, puisqu'elles sont souvent faites oralement et que les notes ne sont pas systématiquement prises lors des réunions. Elle dit qu'il manque une trace de l'évolution de chaque stagiaire pour les personnes extérieures. Enfin, l'ergothérapeute met en avant le rôle primordial de l'entourage des stagiaires dans l'accompagnement et la prise de conscience des difficultés. L'ergothérapeute affirme que le soutien familial, est parfois désorganisé et peut être un frein à l'autonomie, notamment pour ceux qui ont des difficultés à anticiper ou à organiser leurs journées. E2 explique que la prise de conscience des difficultés par certains stagiaires, notamment en termes de gestion de ses activités, est un autre facteur crucial de réussite, car elle permet de mieux anticiper les obstacles et de mettre en place des stratégies de compensation efficaces. L'ergothérapeute conclut en soulignant l'importance de l'approche globale et interdisciplinaire de l'UEROS, où l'accompagnement des stagiaires ne se limite pas à la réinsertion professionnelle, mais vise également à restaurer une autonomie dans tous les aspects de la vie quotidienne. Enfin, E2 précise, que l'accompagnement est en équipe, mais elle déplore parfois la difficulté à cloisonner les rôles et à suivre de manière systématique, les compensations mises en place, ce qui peut créer des ambiguïtés dans les responsabilités et les interventions.

La troisième ergothérapeute (E3), travaille depuis deux ans à l'UEROS après un parcours en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en pédiatrie. Elle dit mobiliser aujourd'hui son expérience en neurologie dans un cadre médico-social. Elle décrit l'UEROS comme une structure bien établie, accueillant des personnes cérébrolésées orientées par la MDPH pour un parcours structuré en trois phases : évaluation, réentraînement, et projet professionnel, avec un suivi post-parcours. E3 met en avant le travail interdisciplinaire, essentiel à la prise en charge globale. L'ergothérapeute intervient dès l'évaluation avec des bilans fonctionnels et écologiques, observant notamment l'autonomie dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), la gestion des transports et l'organisation du quotidien. Elle anime ensuite des ateliers pratiques sur les compensations et la gestion de la vie quotidienne, et utilise des approches comme CO-OP pour aider les stagiaires à élaborer leurs propres stratégies. La performance occupationnelle est décrite comme la capacité à atteindre ses objectifs dans un contexte donné. E4 insiste sur l'importance des mises en situation réelles pour évaluer les capacités fonctionnelles. Elle identifie trois leviers majeurs : les capacités personnelles, l'environnement et l'apprentissage de stratégies de compensation. Cependant, E3 explique que la coordination entre

professionnels peut être complexe, le partage d'informations n'est pas toujours structuré, E3 dit que cela peut nuire au suivi des compensations mises en place. Les échanges sont souvent oraux et non tracés, l'ergothérapeute précise un manque de formalisation des évolutions, notamment pour les partenaires extérieurs. Ensuite, E3 explique que l'environnement constitue un autre défi, les stagiaires viennent de zones géographiques très étendues, avec parfois des contraintes de transport ou d'hébergement. Enfin, E4 souligne que certains stagiaires présentent des troubles cognitifs sévères, rendant la mise en place de stratégies de compensation complexe et longue, notamment en l'absence d'outils spécifiques standardisés adaptés à cette population. E3 insiste sur l'importance de l'accompagnement individualisé, visant à reconstruire une autonomie dans tous les domaines de la vie quotidienne, et non uniquement en vue d'un retour à l'emploi.

3. Analyse horizontale

Pour une meilleure visibilité, l'analyse horizontale va être présentée sous forme de tableau avec les thématiques les plus importantes concernant les entretiens effectués et en fonction de la grille d'analyse thématique présente en *Annexe 5*.

3.1 Thème 1 : L'accompagnement en réinsertion socio-professionnelle en UEROS

L'accompagnement en réinsertion socio-professionnelle en UEROS	
La structure	E1 : « Dans le médico-social, on accueille des stagiaires... »
	E2 : « Alors sur l'UEROS, donc, on est une structure médico-sociale... quand ils viennent chez nous, ils font un stage... »
	E3 : « Tous les UEROS sont définis par le même décret, mais dans la mise en œuvre. Il y a pas mal de variabilités. Donc, plus sur le fonctionnement qu'on a ici, un fonctionnement général, l'UEROS a été créée en 1997. »
Le fonctionnement	E1 : « C'est généralement un groupe de 6 qu'on accueille à chaque fois, généralement ils sont une douzaine présente... ils arrivent... normalement pour 14 semaines... Un hébergement est sur place... On débute toujours par une période d'évaluation, ... avec l'ensemble des professionnels, cette période-là dure 5 semaines... puis... une synthèse... en fonction des conclusions de chaque bilan et de chaque professionnel et par rapport à leurs attentes... , fixer des objectifs qui vont nous permettre de les accompagner... défini sous forme de contrat entre le référent et le stagiaire pour débiter la phase de réentraînement »
	E2 : « Donc des fois je vais dire stagiaire et c'est normal, je parle bien des patients. On reçoit alors je crois que c'est je crois qu'on a un agrément pour 6 stagiaires à temps plein... Quand les personnes rentrent, elles ont un mois d'évaluation... à plein temps c'est des journées de 9h à 17h... à la suite de cette période d'évaluation, on aménage le temps... leur stage va durer 840h ça correspond à 6 mois temps plein... »

	E3 : « Un parcours de 4 mois et demi de stage en présentiel ici, avant le stage, il y a tout ce qui est suivi, un travail de préparation à l'entrée au stage UEROS... 3 semaines d'évaluation, 7 semaines de réentraînement. Et le reste, c'est la phase projet... Nous, ils sont 5, ils peuvent aller jusqu'à 6 par groupe et normalement c'est une entrée tous les mois... Donc 4-5 groupes en permanence. »
Les missions	E1 : « C'est d'accompagner les personnes... dans leurs projets sociaux... s'il y a le besoin d'un suivi et d'un accompagnement plus spécifique... les aider à trouver des structures, des établissements... pour travailler cette autonomie... d'être accompagnées dans leur quotidien... »
	E2 : « A la suite de cette période d'évaluation souvent on aménage le temps et comme il y a ... souvent beaucoup de fatigue, parce que ça fait partie des séquelles très fréquentes après une lésion cérébrale, souvent les personnes passent à temps partiel... On voit l'ensemble des stagiaires a minima sur l'évaluation et après, selon les projets, ça va être plutôt l'un ou plutôt l'autre... »
	E3 : « On intervient, on va faire des immersions... et sur l'identification des besoins aussi... les aider... à formuler des besoins... Sur le suivi en aval... ça va être en fonction des objectifs fixés sur la mise en œuvre du projet... Il y a un référent pour chaque usager... sur la continuité du parcours. »
Les partenaires	E1 : « Partenaires sociaux tels que les SAMSAH, SAVS... qui souhaitent partir dans le bénévolat... ça peut être du milieu ordinaire... milieu protégé type entreprise adaptée ou même des ESAT... faire des journées découvertes, voire des stages aussi en immersion... vers des organismes de formation... »
	E2 : « On fait aussi beaucoup d'appel à des relais... on sollicite beaucoup les SAMSAH et les SAVS... »
	E3 : « Si on fait une orientation sociale sur un SAVS ou un SAMSAH, on les accompagne en fonction des besoins, mais dans les démarches, dans le dossier MDPH, dans la prise de contact avec un service... qui les accompagnerait, jusqu'à la mise en œuvre du lien du service... »

Tableau III : Résultats bruts du thème 1, en fonction de chaque ergothérapeute

L'accompagnement à la réinsertion socio-professionnelle en UEROS se caractérise par une diversité d'approches selon les ergothérapeutes interrogés. Malgré ces divergences, tous partagent un objectif commun : proposer un accompagnement spécifique et adapté aux besoins des stagiaires tout au long de leur parcours au sein de la structure. Certains fonctionnements des UEROS sont différents par rapport au fonctionnement. Tous accueillent entre 4 et 6 stagiaires, mais le temps de stage varie, y compris les périodes d'évaluation et de réentraînement. E1 précise que c'est 14 semaines de stage avec 5 semaines d'évaluation, E2 explique que c'est 24 semaines de stage et 4 semaines d'évaluation et E3 mentionne que c'est 18 semaines de stage avec 3 semaines d'évaluation. Concernant les partenaires, E1, E2 et E3 soulignent les structures comme les SAMSAH et les SAVS. Néanmoins E1 explique en plus des immersions dans des organismes comme dans des ESAT ou des milieux protégés ou adaptés.

3.2 Thème 2 : La performance occupationnelle des jeunes adultes en UEROS

La performance occupationnelle

Compréhension de la performance occupationnelle	E1 : « C'est... de voir... ce qui émane de la personne, ce qu'elle souhaite... quels sont ses objectifs... personnels... c'est justement la capacité peut-être de pouvoir faire les choses de soi-même en autonomie... à ce qu'eux souhaitent réacquérir... en trouvant leurs propres stratégies... la personne puisse retrouver ... cette capacité à pouvoir s'adapter, à ces changements... savoir... comment procéder pour ne pas se laisser dépasser... »
	E2 : « Je pense que c'est simplement être en capacité de réaliser les activités de la vie quotidienne... sur l'organisation et l'entremêlement de ses activités... du fait de la fatigue, du temps, des difficultés d'organisation... ce serait ... de pouvoir gérer son quotidien, tant au niveau des savoir-faire, de pouvoir réaliser les activités de façon... indépendante... sur le plan physique, d'être en capacité de les faire, mais aussi d'avoir cette capacité à les organiser les unes par rapport aux autres, pour que ce soit équilibré... Pour moi, c'est quelqu'un de performant sur le plan des occupations. »
	E3 : « Déjà, c'est l'usager pour moi qui va auto-évaluer sa performance occupationnelle sur une activité. Comment il réalise l'activité. Est-ce que son objectif sur l'activité est atteint ? Pour moi, c'est ça. »
Evaluation de la performance occupationnelle	E1 : « Pour évaluer... l'autonomie de la personne... j'utilise un outil... qui est canadien, c'est le profil des activités de vie quotidienne... plus en termes d'autonomie généralement... au domicile des personnes... voir un petit peu comment elle planifie, comment elle exécute. Et après, si elle est en capacité justement, de réajuster, de trouver des alternatives... La MCRO... je ne l'ai pas réutilisée depuis que je suis arrivée ici... »
	E2 : « C'est un travail qui est long... mettre en place des routines, il faut que ce soit systématisé... ça demande de répéter... pendant longtemps... ça reste quand même la mise en situation... »
	E3 : « Il faut que je mette en situation... Comment la personne va se débrouiller sur une activité... le MCRO... une échelle de 1 à 10... en fonction d'où il se situe. Pour moi, il n'y a que de la mise en situation pour vraiment l'évaluer précisément. »
Facteurs qui influencent la performance occupationnelle	E1 : « Ça peut être de l'ordre cognitif ou même comportemental... et même peut-être même des fois psychologique... des problématiques, des fois, d'addiction assez importante... Malheureusement, le stage va être arrêté... Il y a d'autres problématiques avant à traiter... Il faut que la personne qui fait la démarche soit investie et soit demandeuse... »
	E2 : « Un premier facteur, la prise de conscience des difficultés, on n'arrive pas à accompagner les personnes qui... sont complètement anosognosiques et qui pensent qu'elles n'ont aucun problème... Le deuxième facteur, l'entourage a un rôle très important... mais ça peut aussi avoir l'effet inverse... quand il y a déjà des dysfonctionnements... Certaines séquelles qui vont ... être plus difficiles... je pense notamment aux troubles de l'initiative... ça dépend aussi de la personne, de ce qu'elle faisait avant... sur son autonomie... »
	E3 : « Ses capacités, ses difficultés, sa motivation, son état d'esprit, la personne, au sens large, l'environnement... Les apprentissages, l'habitude, l'entraînement. Pour la personne, c'est une grosse catégorie. »

Tableau IV : Résultats bruts du thème 2, en fonction de chaque ergothérapeute

La compréhension de la performance occupationnelle tourne autour de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et de ce que le stagiaire aimerait faire par la suite, pour E1 et E2. E3 nous explique plus l'auto-évaluation, si la personne est capable de comprendre si elle réussit à effectuer une tâche lors d'une activité. Ensuite, concernant l'évaluation, E1 et E3 parlent de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), même s'il y en a une qui ne l'utilise pas en UEROS. La totalité des ergothérapeutes expose néanmoins la mise en situation pour évaluer la performance occupationnelle. A propos des facteurs, chacune nous fait part d'éléments divers. E1

évoque les séquelles d'un traumatisme crânien sévère, tandis que E2 décrit une anosognosie des troubles et un manque de soutien familial et E3 expose tout l'aspect de la personne qui peut s'avérer être un frein en fonction de l'utilisateur.

3.3 L'équipe interprofessionnelle au sein de l'UÉROS

L'équipe interprofessionnelle	
Constitution de l'équipe	E1 : « On a une directrice, la responsable de l'ensemble des professionnels, une coordinatrice, un neuropsychologue, une secrétaire médicale, un médecin de réadaptation, une psychologue, deux ergothérapeutes, deux moniteurs éducateurs, un chargé d'insertion professionnel, trois chargés d'insertion... Il n'y a pas de kiné... Il pourrait y avoir un APA, c'est en réflexion »
	E2 : « Sur la structure, on est 3 ergothérapeutes, on a une neuropsychologue, un poste de coordination sur l'UÉROS, on a une psychologue du travail, une assistante sociale, une psychologue clinicienne, un médecin et une secrétaire... »
	E3 : « L'équipe est assez nombreuse... Je suis la seule paramédicale de l'équipe..., le médecin, l'assistante sociale, la chargée d'insertion, les formateurs, l'adaptation de l'informatique, la neuropsychologie, la psy aussi, l'éduc, les secrétaires... Tout le monde, pour moi, est maillé et intervient et se complète en fait... »
Transmissions et réunions	E1 : « On communique par mail... un logiciel qui s'appelle Ojiris et qui nous permet de transmettre des messages... On essaie vraiment de toujours communiquer... On a des synthèses... chaque vendredi après-midi est dédié à des synthèses... »
	E2 : « On a des staff tous les lundis matin, après on a des réunions sur chaque stagiaire, des synthèses qui sont organisées à la fin du mois d'évaluation... Après... nous ça passe vraiment quasiment, systématiquement à l'oral. Ça nous a souvent été reproché... dès qu'il faut transmettre à quelqu'un d'autre il y a aucune trace écrite... mais ça passe à l'oral, on débrieife entre les séances, sur les temps du midi, en fin de journée, avant de partir, bah avec telle personne j'ai fait ça, faudra que tu reprennes avec elle, voilà ça passe principalement à l'oral... »
	E3 : « Beaucoup d'orales, il y a un logiciel qui est en train d'être mis en œuvre, qui est en train d'être déployé, qui s'appelle Imago. Mail, comptes rendus d'accompagnement qui sont complétés, qui sont dans le dossier unique informatisé de l'utilisateur. On a beaucoup de moyens de communication, des fois un peu trop. On a les bannettes aussi au secrétariat où on peut nous déposer les papiers... »
L'interprofessionnalité et la performance occupationnelle	E1 : « ça peut passer par un travail de réentraînement, réapprendre à la personne... à utiliser les bonnes stratégies, une façon de faire... De retravailler... en lien avec l'organisation... la mise en place de moyens d'aide matérielle humaine... Où la personne aura peut-être la capacité de mettre en place seule. Les moyens de compensation qu'on pourra lui préconiser, et etc..., ou les stratégies qu'on lui aura apprises. Pour pouvoir justement gagner, gagner en autonomie, que ce soit dans son quotidien, mais aussi par rapport à l'aspect, l'aspect professionnel. »
	E2 : « De prendre conscience des difficultés... qui impactent cette performance et... sur le travail de donner une compensation de mise en place de moyens de compensation... »
	E3 : « Chaque usager est unique, et il y a tellement de parcours possible et d'orientation possible qu'on est moins sûr quelque chose de calibré comme de la rééducation. C'est assez structurel, certains font du social, certains du pro, pour travailler un projet global... Donc,

	l'équipe interprofessionnelle aide la performance occupationnelle, mais après je ne pense pas de la même façon avec tous les usagers. »
L'accompagnement à long terme après l'UEROS	E1 : « Donc on peut prolonger en fait le stage, on peut le prolonger donc ici en présentiel pour poursuivre un peu les démarches... chaque professionnel donne un compte-rendu final... qui va être remis à la chargée d'insertion du secteur où habite la personne. Les chargés d'insertion peuvent accompagner la personne sur les 2 ans suite à sa sortie du stage UEROS s'ils le souhaitent. Bien sûr ce n'est pas une obligation, c'est fortement recommandé et parfois il y en a quelques-uns qui refusent pour des raisons X ou Y »
	E2 : « nous on a un suivi à 2 ans, l'avantage qu'on a c'est que tous les stagiaires qu'on reçoit, ils sont suivis sur notre pôle sur l'hôpital... ils sont toujours suivis par un médecin référent... Après, c'est dur d'évaluer l'efficacité... Il y en a certains qui passent nous voir, il y en a certains à qui on passe des coups de fil... on organise des cafés, des anciens à peu près 2 à 3 fois par an... Après, au niveau de l'efficacité, c'est dur à dire... Après c'est les retours des patients eux-mêmes... Les familles aussi des fois peuvent vous faire des retours... »
	E3 : « C'est 6 mois, il y a l'accompagnement avant, l'accompagnement après, mais c'est transitoire... On travaille un projet, on oriente, mais on ne va pas jusqu'à l'insertion au contrat. Ça peut arriver, mais au final, ce n'est pas ça l'objectif. Je pense que l'efficacité, la pertinence, pendant le suivi aval. Après le parcours UEROS, quand on les accompagne à la mise en œuvre de leur projet. Si on fait une orientation sociale sur un SAVS ou un SAMSA, on les accompagne en fonction des besoins, mais dans les démarches, dans le dossier MDPH, dans la prise de contact avec un service qui serait potentiellement le service qui les accompagnerait, jusqu'à la mise en œuvre du lien du service... »

Tableau V : Résultats bruts du thème 3, en fonction de chaque ergothérapeute

Chaque structure UEROS décrite par les ergothérapeutes, montre des équipes interprofessionnelles variées. On retrouve généralement des médecins, des ergothérapeutes, des psychologues, des assistants sociaux, des chargés d'insertion, mais avec des différences de composition selon les structures. E1 et E2 décrivent une équipe bien structurée, tandis qu'E3 souligne une organisation dense, où chaque membre intervient de manière complémentaire. Les transmissions se font principalement à l'oral, comme l'indiquent E2 et E3, ce qui peut poser problème pour la traçabilité des informations concernant les stagiaires. Concernant le suivi à long terme, E1 évoque un relais possible par des professionnels extérieurs, tandis qu'E2 parle d'un suivi sur deux ans et E3 insiste sur l'aspect transitoire de l'accompagnement, avec une orientation vers les structures sociales ou médico-sociales adaptées.

3.4 L'accompagnement spécifique en ergothérapie dans les structures UEROS

L'accompagnement spécifique en ergothérapie	
Rôle de l'ergothérapeute	E1 : « A mon poste d'ergo, moi j'accompagne plus sur le plan social ... en lien avec des projets d'autonomie, quel que soit le type d'activités, en termes de besoins, au niveau d'aide technique, en termes de besoins d'aménagement de domicile aussi... Vraiment l'aspect de l'ergo qu'on peut retrouver... en phase de rééducation... pour réactualiser la situation du stagiaire de l'utilisateur qu'on accueille, qui aurait évolué et qui amènerait à réactualiser, réajuster... par rapport à ses besoins. »

	E2 : « Moi, sur l'UEROS, je m'occupe de faire un des entretiens pour évaluer... l'autonomie dans la vie quotidienne, préparer les repas, faire les courses, s'habiller, se laver, gérer ses médicaments, etc... Je fais une liste à domicile pour voir le logement et il y a très ... d'aménagement de domicile sur l'UEROS... Voilà, après, on a des mises en situation en ergothérapie, donc une mise en situation cuisine... qui permet juste de voir sur le plan moteur et sur le plan cognitif comment la personne, elle se débrouille sur les fonctions exécutives, principalement sur les fonctions attentionnelles aussi... »
	E3 : « Je peux travailler aussi en individuel ou en groupe. Ça va dépendre de tout ce qui est transport et déplacement, que ce soit la planification des transports, se déplacer avec un GPS. Après, en individuel, tout ce qui va avoir pu être relevé dans la phase d'évaluation, notamment sur les activités de la vie quotidienne quand il y a un besoin qui est identifié, une envie d'un changement qui est identifié par l'utilisateur... »
Objectifs en ergothérapie	E1 : « Alors par rapport à l'aspect pro, s'il y avait une demande spécifique, voir en termes de véhicules personnels, ou en termes de transports en commun, et... en termes d'activité manuelle... ça peut amener en termes de capacité motrice, notamment fine, et... en termes de capacité cognitive aussi, si ça demande justement un travail d'attention important, et... en termes de mémorisation... Moi... ça va être plus sur le projet social. Avant d'entamer les évaluations, on fait un entretien... généralement dans l'entretien, je reprends un petit peu les différents points... notamment en termes d'autonomie, en termes d'accessibilité, de logement... en termes aussi de mobilité... »
	E2 : « La spécificité de l'ergothérapie ça reste quand même la mise en situation dans notre cas avec la mise en place des moyens de compensation... rendre systématique l'utilisation de ce moyen de compensation, le construire avec la personne, apprendre la personne à l'utiliser... Voilà, comprendre son fonctionnement, mieux anticiper les difficultés sur des nouvelles activités etc... »
	E3 : « Ça peut être la compréhension, la mémoire, la fatigue, l'attention, l'organisation, la gestion des rendez-vous, la gestion des documents... Après, ça dépend vraiment du besoin. On travaille à partir d'un livret qu'on essaie de mettre en œuvre de façon transversale pour que les usagers puissent avoir leurs notes à eux, remplir au fur et à mesure les outils qui vont être pertinents pour eux. En phase de projet, on va utiliser des mises en situation. Je peux prendre part à certaines mises en situation quand il y a besoin de développer, notamment, des compensations en fonction du projet de la personne... »
Utilisation de bilan ou d'évaluation	E1 : « Pas de choses, normes validées... Au niveau des évaluations... j'aborde plus l'aspect fonctionnel... on regarde plus au niveau de l'aspect sensitif, voire au niveau de la motricité involontaire s'il y a des gênes en termes de spasticité, une problématique orthopédique, et... s'il y a des douleurs, notamment neuropathiques... donc, moi, je fais les gestes test. Je vois un petit peu au niveau des capacités de préhension, dextérité... le purdue. Tout ce qui est aussi force de préhension avec le dynamomètre de Jamart... l'évaluation de l'autonomie... On essaie de mettre en place des petits moyens de compensation... pour les aider. On évalue aussi justement, bah, les courses, la réalisation d'un repas. Moi, je fais aussi tout ce qui est un petit peu des activités ménagères du quotidien, tout ce qu'est l'entretien du linge. Et puis, après tout ce qui est en lien avec la mobilité, les déplacements à pied, éventuellement les transports en commun, enfin, l'aide à la conduite, l'évaluation avec le CECA... Et si besoin, je peux être amenée aussi à faire des visites à domicile pour pousser un petit peu plus loin justement l'évaluation au niveau de l'autonomie, mais dans leur contexte. »
	E2 : « On n'utilise pas beaucoup de tests validés, c'est vraiment des activités de la vie quotidienne... des évaluations sur les activités du quotidien... après sur du réentraînement... faire l'évaluation, c'est pour voir le fonctionnement cognitif... On fait des activités manuelles... sur le plan moteur et sur le plan cognitif... sur le plan du comportement, on reprend le parcours professionnel et scolaire... Il existe aussi toute une partie de réentraînement, de mise en place de moyens de compensation, de prise de conscience des difficultés par le biais de mise en situation de divers exercices et on a quand même un gros axe de travail sur l'autonomie... »
	E3 : « Je fais... un bilan fonctionnel... tout ce qui va de capacité motrice à sensitive. J'évalue l'équilibre... bilan articulaire, moteur, algique, bilan fonctionnel d'épaule, bilan des préhensions, éventuellement un perdu, un test de sensibilité, l'équilibre unipodal... Et puis après, en fonction..., bilan cérébelleux, bilan des praxies... un test écologique, pour voir l'impact des troubles cognitifs... »

	Et donc, en général, je fais soit le test des émergences multiples, soit le EF2E... je choisis les deux tests en fonction du profil de la personne... »
Défis rencontrés	E1 : « Ça peut être de l'ordre cognitif ou même comportemental... il peut y avoir une problématique psychiatrique... Les évaluations médicales..., je trouve... je ne devrais pas me trouver seul avec le stagiaire... L'aspect cognitivo-comportemental ou cognitif pur est vraiment bloquant parfois... Parfois, il y a des problématiques non réglées qui font arrêter le stage UEROS... Ça peut être des problématiques de ce type-là... »
	E2 : « C'est toujours la prise de conscience des difficultés... Le défi, c'est de pouvoir négocier, faire comprendre à la personne que c'est pas le mieux pour elle et que du coup ça pourra pas se concrétiser. C'est pouvoir aussi les aider à identifier leurs compétences, leurs capacités... On a eu des fois des personnes qui étaient quand même très en difficulté, que ce soit sur le plan du langage, sur le plan moteur, sur le plan cognitif. Bon, bah, c'est vrai que quand c'est très cumulé, le projet d'insertion, il en est d'autant plus compliqué... Donc le défi, c'était aussi de pouvoir trouver des alternatives quand les projets d'insertion, ils sont pas, ils sont pas possibles, quand la personne, elle peut pas s'insérer parce, il y a trop de difficultés et trop, trop de besoin d'adaptation. »
	E3 : « Pour moi, administrative, on est dans les structures du médico-social... Le genre de choses très fastidieuses... La pluri pro aussi... Qui travaille quoi, comment, pour aller dans le même sens pour l'usager... Après, à l'UEROS, on est limité dans le temps. Il y a des gens qui ont besoin d'un accompagnement plus long... Des fois, 6 mois, ça ne suffit pas. On oriente sur d'autres types de structures qui permettent des accompagnements plus longs. Des fois, la conclusion du projet, c'est de continuer à travailler votre projet. Ce sont des contraintes structurelles et administratives. »
Amélioration de la pratique en UEROS	E1 : « Il n'existe pas vraiment d'outils très, très validés... Je pense que chacun fait un peu à sa façon... La mise en place d'ETP, ça pourrait être quelque chose d'intéressant... pour informer, pour guider... »
	E2 : « On est vraiment cloisonné, les champs d'action, ça fait qu'on peut se retrouver en difficulté... Avoir un peu plus de variété un petit peu ses champs d'action, je pense que ce serait quelque chose d'important, nous sur l'UEROS »
	E3 : « Commander l'OTIOP pour aider à l'entretien. J'aimerais bien développer tout ce qui est travail sur l'autonomie... Préparer l'entrée à l'hébergement, pour qu'ils puissent tester, se rendre compte et qu'on puisse évaluer un peu plus que sur du déclaratif... Tout ce qui est CAAA aussi... J'ai aussi fait un appel à projets avec une autre structure UEROS, ils font des projets 3P... aussi tout ce qui est matériel, technique d'adaptation post-informatique. Aujourd'hui, on n'a pas beaucoup d'outils... »

Tableau VI : Résultats bruts du thème 4, en fonction de chaque ergothérapeute

Le rôle de l'ergothérapie au sein de l'UEROS varie selon les structures. Néanmoins, il reste centré sur l'autonomie et l'adaptation à la vie quotidienne. E1 insiste sur les projets d'aménagement, tandis qu'E2 et E3 mettent en avant les mises en situation, plus particulièrement autour de la cuisine, des transports ou des déplacements. Les objectifs de l'ergothérapie se focalisent sur les moyens de compensation, la prise de conscience des difficultés et l'accompagnement au niveau du projet de la personne. Les évaluations et les bilans sont majoritairement fonctionnels et non standardisés, ce qui sont des bilans moteurs, sensoriels ou cognitifs adaptés aux usagers. La mise en situation reste l'outil central des ergothérapeutes. Plusieurs difficultés sont expliquées par les ergothérapeutes, comme les troubles cognitifs ou psychiatriques pour E1, le manque de prise de conscience des stagiaires pour E2 et les contraintes administratives et temporelles pour E3. Enfin, les 3 ergothérapeutes démontrent un manque

d'outils validés et proposent des pistes d'amélioration, comme l'ETP, varier les champs d'actions avec les professionnels et s'intéresser de plus près à des outils validés et normés.

4. Analyse des résultats en fonction des objectifs d'enquête

	E1, E2, E3
Objectif 1 : Au début de l'entretien, identifier l'accompagnement spécifique en ergothérapie dans les structures UEROS	Malgré la diversité de pratiques, nous observons un point commun entre les ergothérapeutes pour repérer les freins à l'autonomie et proposer des pistes concrètes d'adaptation, en lien avec le projet global de réinsertion. Puis, on observe également la posture professionnelle qui varie selon les structures et les besoins. Certains ergothérapeutes ont une mission plus ciblée sur l'évaluation fonctionnelle, d'autres élargissent leur rôle vers la coordination, voire l'orientation sociale. Cette diversité témoigne à la fois de l'adaptabilité de la profession en UEROS, mais aussi du manque de cadre homogène d'intervention spécifique à l'ergothérapie dans ces dispositifs.
Objectif 2 : Au cours de l'entretien, repérer comment l'ergothérapeute favorise la performance occupationnelle pour un adulte jeune atteint de traumatisme crânien sévère	Lors des entretiens, nous avons pu comprendre que la notion de « performance occupationnelle » avait été comprise comme la capacité à accomplir une tâche de façon efficace, sécuritaire et satisfaisante, ce qui correspond bien à sa définition. Toutefois, les ergothérapeutes interrogés évaluent cette performance principalement à travers des mises en situation, dans un cadre structuré, et non dans le milieu de vie réel de la personne. Certains ergothérapeutes utilisent le profil des AVQ, le test des errances multiples ou encore l'EF2E. Mais généralement, ces observations sont principalement informelles, conduites selon l'expérience de l'ergothérapeute, avec des grilles d'analyse personnelle, sans recours systématique à des outils standardisés et normés. De plus, le suivi ne semble pas inclure de réévaluation formalisée permettant de mesurer l'évolution de la performance occupationnelle dans le temps, durant la fin du stage afin de voir la progression durant le stage, aucun ergothérapeute n'en a mentionnée. Une clarification conceptuelle et une structuration plus rigoureuse des évaluations permettrait de renforcer la pertinence des interventions et de cibler les objectifs en ergothérapie, en lien avec le projet de vie du stagiaire.

Objectifs 3 : Au cours de l'entretien, comprendre et analyser l'approche interprofessionnelle au sein d'une structure d'accompagnement spécialisée : l'UEROS et son impact sur la performance occupationnelle	L'approche interprofessionnelle permet le bon déroulement et constitue un élément facilitant dans les structures UEROS. Les trois ergothérapeutes interviewés expliquent un accompagnement interdisciplinaire riche auprès des stagiaires présentant un traumatisme crânien sévère, puisque cela permet de croiser les observations et les avis de chaque professionnel. Des obstacles sont précisés comme des contraintes organisationnelles, administratives et des cloisonnements entre les champs d'action qui peuvent limiter les échanges dans la coopération. Il semble également ressortir un manque de traçabilité au sein de l'équipe, ce qui peut nuire à la continuité et à la cohérence du suivi. Cette collaboration a pourtant un effet direct et indirect sur la performance occupationnelle, même si l'accompagnement n'est pas réalisé dans ce but. Elle peut favoriser l'identification des capacités, des limites, une adaptation des activités et des outils de compensation, ce qui permet un accompagnement global et un ajustement des besoins des stagiaires.
Objectif 4 : A la fin de l'entretien, comprendre les répercussions de l'accompagnement spécifique des structures UEROS sur la performance occupationnelle et de fait sur la réinsertion sociale et professionnelle d'une population atteinte d'un traumatisme crânien sévère	A la suite des entretiens, il semble que l'accompagnement au sein des UEROS en ergothérapie, permet un socle d'évaluation des capacités pour les personnes ayant subi un traumatisme crânien sévère. Néanmoins, cela ne permet pas automatiquement une amélioration de la performance occupationnelle, ni une réinsertion professionnelle aboutie. Les stagiaires doivent connaître leurs difficultés afin de pouvoir comprendre réellement ce qu'ils sont capables de faire pour avancer dans leur réinsertion sociale et professionnelle. Il faudrait également évoquer d'autres limites liées à la symptomatologie, notamment l'anosognosie, soit l'inconscience des difficultés, qui constitue un frein important à la progression. Les séquelles liées au traumatisme crânien sévère sont multiples, surtout lorsque les troubles sont cumulés, comme : la fatigue, les troubles attentionnels, les difficultés exécutives. Certains usagers ont besoin d'un accompagnement plus long et plus spécialisé, au-delà de 6 mois en fonction des besoins. La réinsertion professionnelle pour des stagiaires avec des difficultés de fatigabilité ou d'attention reste rarement atteinte. De plus, l'absence du suivi après l'UEROS ne permet pas de mesurer durablement l'effet sur la performance occupationnelle et de consolider les acquis. Seules les orientations vers d'autres structures semblent être un des rares objectifs identifiés comme atteints par les ergothérapeutes.

Tableau VII : Résultats de l'analyse des objectifs d'enquêtes, en fonction de chaque ergothérapeute

9 Discussions

1. Synthèse et interprétation des résultats

L'objectif de cette enquête était de comprendre comment l'accompagnement en ergothérapie, au sein des structures UEROS, contribue à favoriser la performance occupationnelle afin d'améliorer la réinsertion sociale et professionnelle, des adultes jeunes atteints de traumatisme crânien sévère.

Pour cela, des ergothérapeutes ont été interrogés. L'analyse des échanges permet d'identifier plusieurs constats, limites et biais. Pour cette discussion je vais croiser les résultats des ergothérapeutes interviewés avec ceux de deux articles parlant des UEROS.

Les entretiens montrent que les ergothérapeutes interrogés évaluent effectivement la performance occupationnelle, mais principalement à travers des mises en situation réalisées dans le cadre de la structure. Ces mises en situation portent sur des activités concrètes comme la cuisine, la menuiserie, ou encore l'utilisation de moyens de compensation (téléphone, agenda...). Toutefois, les outils utilisés sont pour la plupart conçus en interne (grilles maison), non standardisé et normé, à l'exception de quelques outils mentionnés tels que le profil des AVQ, l'EF2E ou le test des errances multiples. Cette approche soulève un enjeu important, concernant la performance occupationnelle qui est observée, mais des évaluations de progression manquent au suivi. Comme l'indiquent Hamonet-Torny (2013) et François-Guinaud (2009), certaines UEROS, comme celle de Limoges, utilisent aussi des outils développés en interne, tout en soulignant la nécessité qu'ils soient standardisés et normés afin de renforcer leur fiabilité. (Hamonet-Torny J., 2013), (Carolyne François-Guinaud, 2009)

En outre, aucune réévaluation formalisée n'a été mentionnée à la fin du réentraînement. Cela empêche de mesurer l'évolution ou l'amélioration de la performance occupationnelle après plusieurs mois d'accompagnement. Pour une réévaluation, l'étape essentielle pour ajuster les objectifs, c'est de vérifier la progression et d'objectiver les effets des interventions en ergothérapie. (Hamonet-Torny J., 2013) Comme le montre également l'article concernant l'UEROS de Limoges, certaines structures prévoient un « livret de stage » contenant des autoévaluations hebdomadaires du stagiaire, réévaluée conjointement avec un référent. Ce type de dispositif favorise la traçabilité des progrès, renforce l'implication de la personne et permet un ajustement à la fin du projet de réinsertion. Cependant, cette auto-évaluation ne ressort pas des témoignages des ergothérapeutes recueillis lors des interviews. L'absence de réévaluation à la fin du stage, limite la possibilité d'affirmer que la performance occupationnelle est effectivement favorisée au sein des UEROS, même si un réentraînement a été réalisé.

Les trois ergothérapeutes décrivent un accompagnement interdisciplinaire riche, permettant un croisement des regards sur les capacités et les besoins des stagiaires. Cette dynamique de travail en équipe est bien en phase avec les préconisations du décret relatif aux UEROS, qui met en avant

l'approche pluridisciplinaire. Cependant, malgré cette collaboration, certaines limites ont été évoquées, dont les cloisonnements organisationnels, le manque de temps pour les réunions d'équipe, ou encore l'absence d'outil commun de traçabilité des actions. Il semble qu'il n'existe pas de système partagé permettant de formaliser les observations ou les suivis, comme un carnet de bord ou une grille de progression commune à toute l'équipe, ce qui peut nuire à la cohérence de l'accompagnement. (François-Guinaud Carolyne, 2009), (Hamonet-Torny J., 2013)

Il semblerait également que les ergothérapeutes interrogés ne seraient pas impliqués dans le suivi à long terme, notamment le suivi à deux ans après l'UEROS. Ce suivi est pourtant jugé essentiel pour évaluer l'impact réel des accompagnements sur la vie des usagers. Bien que 89% des UEROS déclarent assurer un suivi du projet d'insertion, seuls 58% planifient des rendez-vous pendant deux ans. (François-Guinaud Carolyne, 2009) Cette hétérogénéité pourrait expliquer l'absence de formalisation observée dans les témoignages. Cela rejoint également l'absence d'information sur la suite professionnelle des stagiaires après leur sortie. Certains reviennent refaire un stage en UEROS, cela nous questionne sur la pertinence ou la temporalité des premières orientations et sur la capacité des stagiaires à transférer les acquis en situation réelle. Les entretiens montrent aussi que les séquelles cognitives comme la fatigue, les troubles attentionnels ou l'anosognosie joue un frein majeur sur la progression de la personne. L'anosognosie en particulier, limite la capacité de la personne à s'engager dans un projet réaliste. Ces éléments rappellent que la performance occupationnelle ne dépend pas uniquement d'un entraînement technique, mais aussi d'une prise de conscience des difficultés. Là encore, une évaluation continue et adaptée permettrait d'ajuster l'accompagnement en UEROS. L'orientation vers d'autres structures comme les SAMSAH ou encore les SAVS, semble être l'un des seuls objectifs atteints de manière régulière. Cela montre une certaine efficacité, mais démontre également que l'accompagnement se concentre surtout sur la suite du parcours, plutôt que sur un retour direct à l'emploi.

Enfin, les ergothérapeutes interviewés témoignent d'une diversité marquée selon la structure UEROS. Certaines structures réalisent des évaluations dans des lieux de vie (hébergement), d'autres non. Certaines semblent proposer des outils formalisés, d'autres non. Cette variabilité est aussi soulignée dans la littérature (Hamonet-Torny J., 2013), et doit être prise en compte dans l'interprétation des résultats, les données recueillies ici ne prétendent pas représenter l'ensemble des UEROS.

2. Les limites et les biais de l'enquête

Cette enquête qualitative présente plusieurs limites et biais méthodologiques que nous allons aborder.

2.1 Limites méthodologiques

Tout d'abord, la première limite repose sur le caractère restreint de l'étude, puisque seulement trois ergothérapeutes (deux témoignages ont été regroupés pour l'analyse) ont été interrogés, dont deux avec une expérience inférieure à deux ans. Cela ne permet pas de représenter l'ensemble des pratiques des UEROS en France. Ce sont des points de vue individuels, propres à trois structures spécifiques. De plus, chaque UEROS fonctionne de façon autonome, avec ses propres outils, méthodes et partenariats. Cela rend difficile la comparaison entre les structures, car les pratiques sont très variées.

La seconde limite se trouve dans le guide d'entretien pour les interviews. Certaines questions auraient pu être formulées plus clairement, pour aider les professionnels à répondre de façon plus précise. Cela aurait permis d'obtenir des données plus détaillées et plus exploitables.

La troisième limite se rapporte au sujet de la performance occupationnelle. Les ergothérapeutes l'évaluent, mais principalement dans le domaine professionnel, en oubliant parfois d'autres aspects comme la vie sociale. L'évaluation est souvent faite au début du parcours, mais rarement à la fin, ce qui rend difficile la mesure des progrès ou l'efficacité de l'accompagnement. De plus, les outils utilisés sont souvent des grilles créées par les ergothérapeutes eux-mêmes, ce qui limite la fiabilité et la comparaison entre les structures.

La quatrième limite relevée se situe après la sortie en UEROS, où le suivi du stagiaire n'est toujours pas assuré ou formalisé, et les ergothérapeutes ne semblent pas souvent impliqués dans cette étape. De même, concernant les échanges avec les autres professionnels ou partenaires, qui ne sont pas systématiquement organisés ou tracés.

2.2 Les biais de l'enquête

Le premier biais concerne certains professionnels qui ont pu donner des réponses trop générales ou consensuelles, ce qui limite la précision des données. C'est ce qu'on appelle un biais d'acquiescement.

Le second biais est en rapport avec les ergothérapeutes interrogés. Ils peuvent avoir donné des réponses valorisantes, correspondant à ce qu'ils pensent être attendu ou bien vu, plutôt qu'à leur pratique réelle. C'est ce qu'on appelle un biais de désirabilité sociale.

Le troisième biais se rapporte au choix des professionnels interrogés, qui peut ne pas être représentatif. Les entretiens se sont déroulés avec des personnes volontaires, motivées ou disponibles, mais pas

forcément les plus expérimentées. Cela limite la diversité des points de vue, c'est ce qu'on appelle un biais de sélection.

3. Ouvertures perspectives

Cette recherche m'a permis d'explorer comment les ergothérapeutes en UEROS participent à la favorisation de la performance occupationnelle, en lien avec la réinsertion socio-professionnelle. Toutefois, les entretiens menés montrent que leur implication directe dans le volet professionnel reste limitée, laissant cet accompagnement à d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Ainsi, une piste d'approfondissement serait de s'intéresser plus spécifiquement aux professionnels chargés de l'insertion professionnelle, comme les chargés d'insertion ou les conseillers en emploi, afin de mieux comprendre comment s'organise concrètement l'accompagnement vers l'emploi, quels outils sont utilisés et comment le lien est fait avec les structures professionnelles, qu'elles soient ordinaires ou adaptées.

En élargissant la recherche à ces professionnels ; il serait possible de mieux cerner les leviers et les freins à la réinsertion, mais aussi de comprendre comment leur action s'articule avec celle des ergothérapeutes, dans une logique de complémentarité interprofessionnelle.

10 Conclusion

Ce mémoire visait à comprendre comment les ergothérapeutes, au sein des structures UEROS, participent à la favorisation de la performance occupationnelle des personnes ayant subi un traumatisme crânien sévère, dans une réinsertion socio-professionnelle. A travers trois entretiens semi-directifs, cette enquête a permis de recueillir des témoignages riches mais non généralisé, en raison d'un échantillon restreint et d'expériences professionnelles encore récentes.

Les résultats montrent que la performance occupationnelle est bien prise en compte par els ergothérapeutes, principalement à travers des observations, des mises en situation et l'utilisation d'outils non standardisé et normé, seuls quelques outils d'évaluation sont standardisés. L'évaluation de la performance occupationnelle reste donc assez variable, souvent subjective, et peu formalisée. De plus, comme il n'y a pas de réévaluation ou de suivi après la fin du stage en UEROS, il est difficile de savoir si les capacités des usagers se sont vraiment améliorées. Cela limite la possibilité de montrer que l'accompagnement a eu un impact positif sur leur parcours.

L'enquête montre aussi que l'implication des ergothérapeutes dans le domaine professionnel est inégale. Dans les témoignages recueillis, ce rôle est souvent pris en charge par d'autres professionnel comme les chargés d'insertion ou les psychologues. Les ergothérapeutes interrogés interviennent plutôt sur les aspects sociaux et les capacités fonctionnelles. Cela questionne leur rôle dans l'accompagnement vers l'emploi et met en lumière l'importance du travail en équipe pluridisciplinaire.

Cette recherche présente plusieurs limites : le nombre limité de participants, leurs faibles expériences dans la fonction, le manque de diversité des UEROS interrogées, ainsi que des réponses parfois influencées par des biais, d'acquiescement, de désirabilité sociale ou de sélection. Malgré cela, ces résultats donnent des pistes utiles pour améliorer les pratiques et pour poursuivre les recherches.

En résumé, l'hypothèse selon laquelle les ergothérapeutes favorisent la performance occupationnelle est partiellement confirmée. Ils évaluent bien certains aspects, mais sans outil de mesure standardisé et normé, on ne peut pas affirmer que cette performance progresse réellement. Il semble donc nécessaire de mieux structurer les évaluations, de renforcer les outils utilisés et d'améliorer les liens avec les autres professionnels en laissant une traçabilité.

Enfin, une ouverture possible serait d'interroger les professionnels spécialisés dans l'insertion professionnelle, afin de mieux comprendre leur rôle, leurs outils, et leur collaboration avec les ergothérapeutes. Cela permettrait d'avoir une vision plus complète de l'accompagnement des personnes atteinte de traumatisme crânien sévère vers le monde du travail.

Références Bibliographiques et Sitographiques

- (s.d.). Récupéré sur ICM Institut du cerveau: <https://institutducerveau-icm.org/fr/traumatismes-craniens-symptomes-causes-tests-traitements/#:~:text=Un%20traumatisme%20cr%C3%A2nien%20l%C3%A9ger%20peut%20confusion%20peuvent%20%C3%AAtre%20pr%C3%A9sent>
- (s.d.). Récupéré sur [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03797549/document#:~:text=Selon%20l'OMS%2C%20les%20traumatismes,ou%20retard%C3%A9%20%C2%BB%20\(1\)](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03797549/document#:~:text=Selon%20l'OMS%2C%20les%20traumatismes,ou%20retard%C3%A9%20%C2%BB%20(1)).
- A, B. (1998). Recent developments in working memory. *Curr Opin Neurobiol*, 234-238.
- Accompagner le retour à l'emploi d'un salarié : les dispositifs*. (2023, août 4). Récupéré sur L'Assurance Maladie : <https://www.ameli.fr/entreprise/vos-salaries/arret-de-travail/reprise-travail-apres-long-arret-maladie/retour-emploi>
- AFONSO, M.-E. (s.d.). Une série du journal de médecine légale . *Spécificité de l'indemnisation de l'aide humaine chez le blessé ayant subi un traumatisme crânio-cérébral*, pp. 71-89.
- ANFE. (2023, janvier). Récupéré sur ANFE: https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- ARTC. (2013, octobre 3). *Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée*. Récupéré sur Evaluation ergothérapique et cérébrolésion : Enjeux et spécificité.
- Auxéméry, Y. (2012, septembre). Traumatisme crânien léger et syndrome post-commotionnel : un questionnaire ré-émergeant lésion traumatique cérébrale légère et syndrome post-commotionnel. *L'Encéphale*, pp. 329-335.
- Azouvi P, C. J. (2004). Divided attention and mental effort after severe traumatic brain injury. *Neuropsychologia*, 1260-1268.
- BARBIER, J.-C. (2022, octobre). *Accompagnement vers l'insertion sociale et professionnelle*. Récupéré sur CNLE: https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-03/03_avis_accompagnement_vers_l_insertion_sociale_et_professionnelle_20-10-2022-2.pdf
- Bayen Eléonore, C. J.-J.-D. (2012). Les cérébro-lésés. *Prise en charge après lésion cérébrale acquise de type traumatisme crânien*, pp. 331-337.
- Bernard Nathalie, E. A. (2022). GRH. *Quand le bien-être au travail rencontre la performance : une analyse des représentations sociales d'assistants sociaux*, pp. 83-114.
- Bloch Marie-Aline, H. L.-C. (2014). La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. *HAL open science*, 242.
- Boissel, A. (2017, 03). La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. *Reprise de la scolarité après un traumatisme crânien*, pp. 173-185.
- Brown D., J. S. (2004). Journal of Head Trauma Rehabilitation. *The impact of traumatic brain injury on social and occupational functioning*, pp. 1-9.

- Caire Jean-Michel, I. M.-C. (2012). Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités. *Chapitre 7. Dynamique d'évaluation en ergothérapie*, pp. 157-177.
- Camille Gamain, F. L. (2020, décembre). Approche collaborative, partenariats avec l'ergothérapie . *Démarche précoce d'insertion : focus sur une approche multi-collaborative*, pp. 1-19.
- Cano Muriel, M. C. (2020). Le handicap invisible dans les suites d'une lésion cérébrale acquise : Accident Vasculaire Cérébral, Traumatisme Crânien... la face cachée du handicap. *Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes*, 1-36.
- Carolyne François-Guinaud, A. L. (2009, Septembre). UEROS GOIF Stasques - Document d'Analyse de l'Acvité UEROS. *Evaluation de l'activité des UEROS Analyse des données*, pp. 1-42.
- Chardin-Lafont, V.-A. e. (2012, mai). L'information psychiatrique. *Les troubles neuropsychologiques des traumatisés crâniens sévères*, pp. 365-373.
- CHUV, s. d. (2019, mai 8). *Les conséquences d'un traumatisme crânio-cérébral*. Récupéré sur Service de neurologie: <https://www.chuv.ch/fr/neurochirurgie/nch-home/patients-et-familles/maladies-traitees/le-traumatisme-cranio-cerebral/les-consequences-dun-traumatisme-cranio-cerebral>
- CNSA. (2024, juin 27). *Avis du conseil de la CNSA sur la représentation des personnes et leur participation directe dans le champs de l'autonomie*, pp. 1-11.
- Coron, C. (2020). La boîte à outils de l'Analyse de données . *Outil 11. Le questionnaire : les biais* , pp. 38-41.
- D. Sonrier, M. V. (2013, octobre 3). Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée. *Evaluation et prise en charge en groupe des difficultés de cognition sociale chez des patients cérébrolésés : une expérience en centre de rééducation*, pp. 37-41.
- Dubois Bénédicte, S. T. (2027). Guide du diagnostic en ergothérapie. *L'objet du diagnostic : définir et expliquer l'état occupationnel d'une personne ou d'un groupe de personnes*, pp. 19-32.
- EHESP. (2018, janvier). *Présentation CIF*. Récupéré sur Centre Collaborateur OMS FCI Inserm-EHESP pour la CIF en français: <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/Presentation-CIF-2018.pdf>
- Elodie Belaman, E. B. (2013, octobre 3). Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée. *Parcours de la personne cérébrolésée*, pp. 33-36.
- ELSAN. (2023). Récupéré sur <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-neurologiques/traumatismes-craniens-definition-traitements>
- Ergothérapie et santé mentale*. (2021, juillet). Récupéré sur ANFE: https://anfe.fr/wp-content/uploads/2024/10/contribution_asmp_anfe.pdf
- Fillion, F. (2019, mars 17). *Légifrance*. Récupéré sur République Française: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020407220>

- François C., N. V. (2002, février). *Thérapie Familiale*. Récupéré sur Après l'accident, les familles de traumatisés crâniens: <https://shs.cairn.info/revue-therapie-familiale-2002-2-page-175?lang=fr&tab=texte-integral>
- François-Guinaud Carolyne, A. L. (2009). UEROS GOLF Stasques - Document d'Analyse de l'Acvté UEROS. *Evaluation de l'activité des UEROS - Analyse des données*, pp. 1-42.
- Gauthier, A. (2018, décembre). ANFE. *Sciences de l'occupation de la théorie à la pratique*, pp. 1-5.
- Geneviève, I. (2010, mars). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Cairn*, pp. 23-24.
- Gros, N. (2014). Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et socio-professionnelle de Franche-Comté. *AFTC de France-Comté*, 66.
- HAL. (2019). Récupéré sur [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03797549/document#:~:text=Selon%20l'OMS%2C%20les%20traumatismes,ou%20retard%C3%A9%20%C2%BB%20\(1\)](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03797549/document#:~:text=Selon%20l'OMS%2C%20les%20traumatismes,ou%20retard%C3%A9%20%C2%BB%20(1).).
- Hamonet-Torny J., P. F.-J. (2013). Annals of Physical and Rehabilitation Medicine . *Réhabilitation des traumatisés crâniens : quel programme à l'UEROS ? Description de l'expérience de Limoges*, pp. 1-19.
- Hélène Oppenheim-Gluckman, P. P.-D. (2012, 05). L'information psychiatrique. *Les troubles psychiques des patients cérébro-lésés : un problème de santé publique*, pp. 327-329.
- Hendricks A., T. B. (2008). Brain Injury. *Psychological consequences of brain injury and their impact on participation*, pp. 1-8.
- Hercberg, E. (2012). Ergothérapie en pédiatrie. *Chapitre 14. L'évaluation du domicile et de l'environnement : Quelles réalités ?*, pp. 207-220.
- Ikiz, S. (2023). Devenir adulte . *De la rêverie au projet*.
- Imbert, G. (2010, 03). L'entretien semi-directif . *A la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*, pp. 23-24.
- Julie Mantel, C. R. (2015, novembre 5). Ergothérapie, du sanitaire au médico-social : missions et pratiques. *UEROS : 2 fonctionnements en Iles de France*, pp. 30-33.
- Kerzil, J. (2009). L'ABC de la VAE. *Performance*, pp. 170-171.
- Kohn Laurence, W. C. (2014, 4). Reflets et perspectives de la vie économique. *Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins desanté : apports et croyances*, pp. 67-82.
- L'ARTC IDF. (2023). Récupéré sur Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien: <https://www.crftc.org/artc-idf/>
- Leclercq, M. (2007). *Le traumatisme crânien*. Solal.
- Leclercq M, C. J. (2000). Dual task performance after severe diffuse traumatic brain injury or vascular prefrontal damage. *J Clin Exp Neuropsychol*, 339–350.

- Lermuzeaux, C. (2012, mai). *Les troubles psychiatriques post-traumatiques chez le traumatisé crânien*. Récupéré sur Cairn: <https://shs.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-5-page-345?lang=fr>
- Les structures d'insertion*. (2024, 01 29). Récupéré sur Code du travail numérique: <https://code.travail.gouv.fr/themes/les-structures-dinsertion>
- Lisa Tabor Connor, T. J. (2016). La science de l'occupation pour l'ergothérapie. *Chapitre 9. Participation et engagement dans les occupations des adultes en situation de handicap*, pp. 125-137.
- Mao, G. (2023, mars). *Présentation des traumatismes crâniens*. Récupéré sur Manuel MSD: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/l%C3%A9sions-et-intoxications/traumatismes-cr%C3%A2niens/pr%C3%A9sentation-des-traumatismes-cr%C3%A2niens>
- Masson, F. (2000, avril). Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. *Epidémiologie des traumatismes crâniens graves*, pp. 261-269.
- Meyer, S. (2020, avril). ErgOthérapies. *L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation*, pp. 37-44.
- Migeot, H. (2013). Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée. *Présentation du programme de réadaptation cognitive et comportementale pour patients cérébrolésés*, pp. 1-56.
- Montreuil, C. e. (2012, avril). L'information psychiatrique. *Traumatisés crâniens graves adultes : quel rétablissement ?*, pp. 287-294.
- Morel-Bracq. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. ANFE.
- Normandie, C. (2014, 12). Récupéré sur file:///C:/Users/conta/Downloads/Synthese_CREAI_Normandie_TCC.pdf
- Olivier Cras, A. L. (2015, novembre 5). Ergothérapie, du sanitaire au médico-social : missions et pratiques. *Pratique de l'ergothérapie dans le cadre de l'hospitalisation à domicile de réadaptation*, pp. 9-11.
- ONISR. (2024, 03 20). Récupéré sur <https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/etat-de-linsecurite-routiere/bilans-annuels-de-la-securite-routiere/bilan-2023-de-la-securite-routiere>
- Oppenheim-Gluckman Hélène, P.-D. P. (2012, mai). L'information Psychiatrique. *Les troubles psychiques des patients cérébro-lésés : un problème de santé publique*, pp. Volume 88, Numéro 5, Pages 325 à 404.
- Oppenheim-Gluckman, H. (2006). Psychopathologie des patients cérébro-lésés et réinsertion sociale. *Cairn*, 268-273.
- OT Practice Document : Neurology*. (2024). Récupéré sur ACE - CAOT: <https://caot.ca/document/8224/Neurology%20FR.pdf>
- P, & Azouvi. (2009). Cognitive deficits after severe traumatic brain injury. *Lett Med Phys Readapt*, 1-3.

- Peden, M. (2004). *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. Genève. Récupéré sur <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42927/9242591319.pdf;jsessionid=5A5D3F2A82F2E5BC1B301E739062F3EC?sequence=1>
- Pernot. (2022). *Emotions et ses pathologies dans les cérébrolésions*. Récupéré sur A.F.T.C Gironde: <https://aftc-gironde.org/emotions-et-ses-pathologies-dans-les-cerebrolesions/>
- Pernot, D. F. (2022). *La réinsertion*. Récupéré sur A.F.T.C. Gironde (Association des Familles de Traumatisés Crâniens et Cérébrolésés: <https://aftc-gironde.org/la-reinsertion/>
- Perroux, L. L. (2013, juin). Santé publique. *Besoins perçus et participation sociale des personnes ayant un traumatisme crânien léger*, pp. 719-728.
- Ponsford J., S. S. (2014). *Traumatic brain injury : Rehabilitation, treatment, and case management*. Elsevier Health Sciences.
- Privation et occupation*. (2021). Récupéré sur Ergopsy: <https://www.ergopsy.com/concepts-a992.html#:~:text=Equilibre%20et%20d%C3%A9s%C3%A9quilibre%20occupationnel,r%C3%B4le%20%5B...%5D>.
- Réinsertion Professionnelle*. (s.d.). Récupéré sur TV5 Monde: <https://langue-francaise.tv5monde.com/decouvrir/dictionnaire/r/reinsertion%20professionnelle#:~:text=D%C3%A9finition%20%22r%C3%A9insertion%20professionnelle%22,%C3%A0%20lemprisonnement%2C%20etc>.
- REY, C. (2013). Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée. *Complexité tout au long du parcours*, p. 56.
- ergothérapeutes. (2022). Récupéré sur <https://www.ergotherapie.net/reeducation-neurologique/>
- Ribas, C. (2015). Ergothérapie, du sanitaire au médico-social : missions et pratiques. *Rééducation et réadaptation de la personne cérébrolésée: quel accompagnement en libéral ?*, pp. 1-41.
- RIBAS, C. (2015, novembre 5). Rééducation et réadaptation de la personne cérébrolésée : quel accompagnement en libéral ? *CRFTC "Ergothérapie, du sanitaire au médico-social : missions et pratiques"*, pp. 14-16.
- Rolland, J.-P. (2004). L'évaluation de la personnalité. *Chapitre 5. Effets des biais de réponses*, pp. 95-108.
- Sarralié, C. (2013, 01). Cliopsy. *D'une rencontre avec des élèves cérébrolésés à un questionnaire de recherche*, pp. 93-111.
- Score de Glasgow*. (2019, 09 13). Récupéré sur CHUV Service de chirurgie viscérale: <https://www.chuv.ch/fr/chirurgie-viscerale/chv-home/personnel-de-la-sante/score-de-glasgow>
- SOFMER. (s.d.). Récupéré sur <https://polecapneuro.sante-idf.fr/files/live/sites/poleCapNeuro/files/Maladies/TC/Guides/Troubles%20du%20Comportement%20chez%20les%20Traumatis%C3%A9s%20Cr%C3%A2niens.pdf>

- Sophie Crop, L. D. (2015, novembre 5). Ergothérapie, du sanitaire au médico-social : missions et pratiques. *Equipe mobile AVC / neuro réadaptation et réinsertion en Iles-de-France*, pp. 12-13.
- TC-AVC, R. (s.d.). Récupéré sur <https://www.reseautcavc-hdf.org/le-traumatisme-cranien/quel-est-le-parcours/#:~:text=%E2%96%BA%20Dans%20un%20premier%20temps,dans%20un%20service%20de%20r%C3%A9animation>
- Toulouse, C. (2019). Récupéré sur <https://www.chu-toulouse.fr/-traumatismes-craniens-optimips-tc->
- UGECAM. (2024, octobre). U.E.R.O.S. *Se reconstruire avec une lésion cérébrale*, pp. 1-2.
- Vakil, E. (2005). The effect of moderate to severe traumatic brain injury (TBI) on different aspects of memory: a selective review. *J Clin Exp Neuropsychol*, 977–1021.
- Vigué B., R. C. (2014, février). Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. *Treatments and outcome, the point in head trauma*, pp. 110-114.
- Zeltzer, L. (2011, octobre 15). *Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF)*. Récupéré sur Info AVC: <https://strokengine.ca/fr/assessments/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>

ANNEXES :

Annexe 1: Articles de lois.....	I
Annexe 2: Formulaire de consentement écrit, transmis et rempli par chaque ergothérapeute qui a participé à l'entretien ..	II
Annexe 3: Guide d'entretien	II
Annexe 4: Retranscription intégrale de l'entretien avec l'ergothérapeute	II X
Annexe 5: Grille d'analyse des résultats en fonction des objectifs d'enquête	II X

Annexe 1: Articles de lois

(1) : « **Art.D. 312-161-7.**-Les équipes pluriprofessionnelles des unités mentionnées à l'article **D. 312-161-1** comprennent ou associent tout ou partie des professionnels suivants : Des médecins, avec, dans la mesure du possible, un médecin de soins de suite et de réadaptation et un psychiatre ; Des psychologues ; Des auxiliaires médicaux tels que mentionnés au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, notamment un orthophoniste, un psychomotricien et un ergothérapeute ; Des travailleurs sociaux, notamment un assistant social et un éducateur spécialisé ; Des professionnels des secteurs de l'insertion, de l'orientation et de la formation professionnelles, issus de préférence des établissements mentionnés au b du 5° du I de l'article L. 312-1. »
(Fillion, 2019)

(2) : « **Art.D. 312-161-3.**-Les unités mentionnées à l'article **D. 312-161-1** ont pour mission d'accueillir, d'informer ou de conseiller les personnes mentionnées à l'article D. 312-161-2. L'accueil, l'information et le conseil peuvent être assurés de manière individuelle ou collective.

« Ces unités ont également pour mission :

« 1° A la demande d'un professionnel intervenant de sa propre initiative ou d'une maison départementale des personnes handicapées :

« a) De réaliser des évaluations préliminaires médico-psychologiques de courte durée afin de déterminer si l'intéressé peut bénéficier d'un programme de réentraînement ;

« b) D'aider l'intéressé à élaborer son projet de vie ;

« c) D'informer les professionnels.

« 2° D'apporter, lorsqu'elles en font la demande, leur concours aux équipes pluridisciplinaires mentionnées à l'article L. 146-8, notamment dans le cadre de conventions passées avec les maisons départementales des personnes handicapées ;

« 3° Sur décision d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées :

« a) D'évaluer de manière approfondie les potentialités et les difficultés de l'intéressé, notamment en identifiant les troubles neuropsychiques en termes cognitif, comportemental, relationnel ou affectif ; de construire et mettre en œuvre un programme de réentraînement qui doit permettre de consolider et d'accroître l'autonomie de l'intéressé ; de construire avec l'intéressé et son entourage un projet d'insertion sociale incluant, le cas échéant, une intégration scolaire ou professionnelle en milieu ordinaire, adapté ou protégé en se fondant sur l'évaluation et le programme de réentraînement mentionnés précédemment.

« Cette phase d'accompagnement se fait sur une période et un rythme adaptés aux besoins de la personne. Elle peut être réalisée à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel.

« Elle ne peut excéder une durée cumulée de six mois par période de trois ans, sauf dérogation par décision motivée de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ;

« b) De mettre en place un suivi du projet d'insertion sociale et, le cas échéant, scolaire ou professionnelle et d'intervenir sur demande de l'intéressé ou de son représentant légal pour en faciliter la mise en œuvre. Ce suivi est assuré en liaison notamment avec les établissements et services chargés, le cas échéant, de l'accompagnement de l'intéressé.

« Le suivi du projet est assuré pendant une durée de deux ans, au terme de laquelle il est proposé à l'intéressé de faire le point sur sa situation et de procéder, si nécessaire, à une nouvelle évaluation. »

Annexe 2: Formulaire de consentement écrit, transmis et rempli par chaque ergothérapeute qui a participé à l'entretien

Annexe 1 : Formulaire de consentement dans le cadre de la collecte de données personnelles

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DANS LE CADRE DE LA COLLECTE DE DONNÉES PERSONNELLES

Ce formulaire est destiné à recueillir votre consentement pour la collecte des données vous concernant. Celles-ci seront collectées lors d'un entretien semi dirigé réalisés pour le mémoire portant sur les traumatismes crâniens piloté par Aurore Veyssière dans le cadre de son projet d'enquête d'initiation à la recherche en ergothérapie à l'Université-Paris-Est-Créteil.

Un entretien semi-directif sera réalisé afin de recueillir vos propos, votre avis en lien avec divers thèmes et questions abordés. Afin de retranscrire cet entretien pour alimenter son expérience et sa réflexion autour de ce projet, j'ai besoin de votre autorisation à procéder aux enregistrements.

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez :

- Que vous avez lu et compris les éléments communiqués dans ce formulaire ;
- Que l'on a répondu à vos questions de façon satisfaisante ;
- Que l'on vous a informé(e) que vous étiez libre de retirer votre consentement ou de vous retirer de ce projet en tout temps, sans préjudice.

À remplir par la personne interrogée :

- J'ai lu et compris les renseignements fournis dans ce formulaire et j'accepte de plein gré de participer à ce projet.
☐ OUI ☐ NON
- J'accepte que mes propos soient enregistrés et exploités dans le cadre de ce projet. Les bandes audios sont conservées dans une source informatique à laquelle seul(e) l'étudiant(e) en ergothérapie a accès.
☐ OUI ☐ NON
- J'accepte que mon image et mes propos soient filmés et exploités dans le cadre de ce projet. Les enregistrements vidéos sont conservés dans une source informatique à laquelle seul(e) l'étudiant(e) en ergothérapie a accès.
☐ OUI ☐ NON
- Si concerné(e) ; j'accepte que les « données sensibles » de type données de santé (diagnostic, prise en soins thérapeutique en cours) soient collectées, conservées et exploitées par l'équipe du projet.
☐ OUI ☐ NON ☐ Non-concerné
- J'accepte que les données collectées soient utilisées sous leur format transcrit et anonymisé à des fins de recherche scientifique (mémoires ou thèses, articles scientifiques et/ou de partage d'expériences et de pratiques, exposés à des congrès, séminaires).
☐ OUI ☐ NON

Les renseignements recueillis lors de cet entretien seront traités de façon strictement confidentielle dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche de l'étudiant(e). Aucun résultat ne sera nominatif, personne ne pourra vous identifier, sauf si vous donnez votre accord dans le cadre d'entretien d'expert. Un système de codes sur les entretiens sera mis en place à cette fin. Votre nom et tous les autres renseignements permettant de vous identifier ne seront pas mentionnés.

Nom, Prénom — Date — Signature :

Personne interviewée :

Étudiant(e) en ergothérapie :

Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé par l'étudiant(e). Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, il est rappelé que vous disposez d'un droit d'accès, d'information, de modification, d'opposition, de limitation, d'effacement et à la portabilité de vos données. Pour les exercer, vous pouvez me contacter Aurore Veyssière sur l'adresse mail suivante : aurore.veyssiere@yahoo.com

Annexe 3: Guide d'entretien

Model du guide d'entretien :

Date : 11.04.25 ; 18.04.25 ; 15.05.25 ; 19.05.25

Durée : 1h08 ; 46 min ; 42 min ; 49 min

Objectifs	Thèmes	Questions	Critères d'évaluations	Relances
Au début de l'entretien, j'identifiais mon public et ses caractéristiques	Présentation professionnelle de la personne	Pouvez-vous m'expliquer depuis combien de temps vous travaillez et depuis combien de temps êtes-vous dans les structures UEROS ?	- Expériences professionnelles - Année de diplôme - Année en UEROS	Combien de temps avez-vous travaillé dans ces structures ?
Je recueille les informations principales concernant la structure UEROS	Le fonctionnement de la structure UEROS avec ses missions et ses objectifs	Pouvez-vous décrire les UEROS, ainsi que votre expérience ?	- L'organisation, l'architecture, le cadre institutionnel sont cités - Le nombre d'ergothérapeute et des professionnels au sein de la structure sont cités - Les missions et objectifs des UEROS sont cités	Pouvez-vous me définir brièvement les missions des UEROS ? Avec quels professionnels travaillez-vous ? Quelles personnes accueillez-vous et à quel moment de leur parcours de soins ?

Repérer comment l'ergothérapeute favorise la performance occupationnelle pour un jeune adulte atteint de traumatisme crânien sévère (2)	La performance occupationnelle	En quoi consiste pour vous la notion de "performance occupationnelle" dans le contexte d'un jeune adulte ayant subi un traumatisme crânien sévère ? Comment évaluez-vous la performance occupationnelle des jeunes adultes ?	- Explication du terme « performance occupationnelle » - Evocation de ce que l'ergothérapeute fait en fonction de la personne - Description des bilans ou évaluations qui permet d'évaluer la performance occupationnelle	Quelles compétences ou capacités travaillez-vous particulièrement avec ces jeunes adultes (exemples : motrices, cognitives, sociales) ? Comment évaluez-vous la progression des jeunes adultes dans leurs projets de réinsertion pour l'accompagnement ? Quelles évaluations ou bilans réalisez-vous ? (Par exemple, tests standardisés, observation, entretien avec le patient et/ou sa famille) Quels freins avez-vous observés ? Quelles stratégies mettez-vous en place pour surmonter ces freins ?
---	---------------------------------------	--	--	--

		Quels sont les facteurs clés qui influencent la performance occupationnelle des jeunes adultes dans ce contexte spécifique ?	- Explication des problématiques et comment faire lors des difficultés rencontrer	
Comprendre et analyser l'approche interprofessionnelle au sein d'une structure d'accompagnement spécialisée : l'UEROS et son impact sur la performance occupationnelle (3)	L'accompagnement interprofessionnel	Comment l'équipe interprofessionnelle (médecins, psychologues, éducateurs spécialisés, etc.) travaille-t-elle avec vous dans le cadre de l'accompagnement des jeunes adultes ? Quels sont les modes de communication utilisés au sein de l'équipe interprofessionnelle ? L'approche interprofessionnelle contribue-t-elle à l'amélioration de la performance occupationnelle de la	- Explication du déroulement de l'accompagnement et de l'approche interprofessionnelle - Evocation des modes de communication - Descriptif des transmissions au sein de la structure	Comment ces collaborations se manifestent-elles dans la pratique quotidienne ? Quelles sont, selon vous, les difficultés rencontrées dans la collaboration interprofessionnelle ?

		personne avec un traumatisme crânien sévère ? Si oui de quelle manière ? Avez-vous des exemples de situations où la collaboration interprofessionnelle a été particulièrement bénéfique pour la réinsertion socio-professionnelle d'un jeune adulte ?	- Explication du déroulement d'un suivi et de l'accompagnement d'une personne avec l'équipe interprofessionnelle	
Comprendre les répercussions sur la réinsertion sociale et professionnelle durant et à la fin de l'accompagnement en structure UEROS (4)		De quelle manière l'accompagnement en ergothérapie contribue-t-il à la réinsertion professionnelle et sociale des jeunes adultes après un traumatisme crânien sévère ? Quels résultats obtenus au terme de l'accompagnement estimez-vous comme significatifs pour la réinsertion professionnelle de ces jeunes adultes ?		Y a-t-il des outils ou des programmes spécifiques dans l'UEROS qui facilitent cette réinsertion ? Avez-vous des données ou des observations sur l'autonomie fonctionnelle et l'intégration professionnelle des jeunes adultes après un passage en UEROS ?

		Comment évaluez-vous l'efficacité de l'accompagnement à long terme, après leur sortie de l'UEROS ?		Y a-t-il un suivi post-UEROS pour s'assurer du maintien des acquis ?
Déterminer et comprendre les répercussions de l'accompagnement spécifique des structures UEROS d'une population atteinte d'un traumatisme crânien sévère en répondant à la performance occupationnelle de la personne		Quels sont, selon vous, les principaux défis rencontrés par les ergothérapeutes en UEROS lorsqu'il s'agit de la réinsertion socio-professionnelle des jeunes adultes ? Y a-t-il des outils ou des approches que vous aimeriez voir davantage intégrés dans la pratique ergothérapique en UEROS pour améliorer la réinsertion socio-professionnelle des jeunes adultes ?	-	Quelles améliorations souhaitez-vous dans l'accompagnement des jeunes adultes en UEROS ?

Annexe 4: Retranscription intégrale de l'entretien avec l'ergothérapeute

Transcription n°2

Temps d'échange informel : présentation de mon entretien, vérification du consentement et de l'accord d'enregistrement vocal

« AV : Dans premier temps est-ce que vous pouvez m'expliquer depuis combien de temps vous travaillez et depuis combien de temps vous êtes dans une structure UEROS ? »

Ergo 2 : Je travaille depuis 2017 et sur l'UEROS j'y suis depuis 2020 donc ça fait 5 ans. Avant ça j'ai travaillé, pas du tout dans la cérébro-lésion, voilà.

« AV : D'accord c'était dans quel domaine ? »

Ergo 2 : J'ai travaillé dans un centre de réorientation professionnelle et après j'ai travaillé pour les PEP 06 et je faisais des prestations d'appui spécifiques donc de l'évaluation et de l'aménagement de postes de travail pour handicap moteur et handicap visuel.

« AV : D'accord, c'est intéressant parce que vous avez un lien avec ce que vous faites maintenant en UEROS donc vous avez deux visions différentes »

Ergo 2 : Oui c'est ça c'était déjà sur l'insertion mais pas cérébro-lésion quoi mais par contre ouais c'était déjà le ce domaine-là.

« AV : Est-ce que vous pouvez me décrire la structure UEROS et votre expérience dans cette structure »

Ergo 2 : Alors sur l'UEROS donc on est une structure médico-sociale on reçoit des personnes qui sont donc cérébrolésées sur orientation de la MDPH qui leur donne droit à un lot de 840 heures donc quand on reçoit des patients en fait on les appelle les stagiaires puisqu'ils sont considérés comme stagiaires de la formation professionnelle quand ils viennent chez nous il faut un stage UEROS. Donc des fois je vais dire stagiaire et c'est normal je parle bien des patients. Voilà sur la structure on est 3 ergothérapeutes d'accord on est 2 à temps plein et une à 80%, on a une neuropsychologue à mi-temps qui sur son autre mi-temps a sur un poste de coordination sur l'UEROS c'est elle qui coordonne les parcours en fait tout simplement des stagiaires, on a une psychologue du travail à 20%, une assistante sociale à 50%, une psychologue clinicienne à 10%, un médecin à 10% et une secrétaire à 50% voilà. Donc on est globalement des psy, des ergos et une assistante sociale dans l'équipe. On reçoit alors je crois que c'est je crois qu'on a un agrément pour 6 stagiaires à temps plein. Concrètement en fait sur le stage UEROS, nous quand on les reçoit, tous les stagiaires c'est des entrées et sorties permanentes donc c'est pas des sessions ils rentrent pas six en même temps. On a au fil de l'année des entrées des sorties à tout moment en fonction de l'avancée et des places disponibles. Quand les personnes rentrent elles ont un mois d'évaluation sur l'UEROS, on leur demande de venir à temps plein à temps c'est des journées de 9h à 17h sauf le lundi et le vendredi elles viennent que le lundi après-midi à partir de 14h et le vendredi matin jusqu'à 12h donc voilà. Mais à la suite de cette période d'évaluation souvent on aménage le temps et comme il y a quand même souvent beaucoup de fatigue parce que ça fait partie des séquelles très fréquentes après une lésion cérébrale souvent les personnes passent à temps partiel. Donc ce qui fait que leur va durer 840h ça correspond à 6 mois temps plein mais généralement leur stage dure plus longtemps mais sur du temps partiel ce qui fait aussi qu'on a plus que six stagiaires en même temps a plutôt douze en vrai voilà. Voilà que dire après sur l'UEROS donc on est 3 ergothérapeutes on n'est pas référent d'un stagiaire c'est à dire que les 3 ergothérapeutes voient l'ensemble des stagiaires à minima sur l'évaluation et après selon les projets ça va être plutôt l'un ou plutôt l'autre voilà. Moi sur l'UEROS, je m'occupe de faire un des entretiens pour évaluer bien l'autonomie dans la vie quotidienne préparer les repas faire les courses s'habiller se laver gérer ses médicaments etc... Je fais une liste à domicile pour voir le logement et il y a très peu hein de d'aménagement de de de domicile hein sur l'UEROS ça peut arriver des petits conseils en autre technique mais c'est quand même assez rare. Mais ça permet de voir l'état du logement si la personne elle gère un peu son ménage voilà les choses comme ça et ça permet de faire le lien avec l'entourage par contre avec la famille si la personne ne vit pas seule donc systématiquement. Quand la personne elle vit avec quelqu'un que ce soit ses parents que ce soit ses enfants que ce soit son mari ou sa femme son frère sa sœur peu importe en tout cas quand elle vit pas seule je demande à ce que la famille soit présente et on essaie de s'arranger pour que puisse rencontrer et faire le point pour bah confronter ce que la personne elle m'a dit sur les entretiens et ce que eux ils en pensent. Et puis faire le point sur les projets par la suite. Voilà après on a des mises en situation en ergothérapie donc une mise en situation

cuisine qui n'est pas du tout là pour savoir si la personne elle sait cuisiner mais qui est qui permet juste de de voir sur le plan moteur et sur le plan cognitif comment la personne elle se débrouille sur les fonctions exécutives principalement sur les fonctions attentionnelles aussi. Donc voilà on leur demande de faire rentrer plat en 3h pour 4 personnes enfin bon voilà précis du détail.

« AV : est-ce que c'est le bilan EF2E ? »

Ergo 2 : Non pas du tout non, on n'utilise pas beaucoup de tests validés c'est vraiment des activités de la vie quotidienne que vous mettez en place bah sur la cuisine c'est vraiment je te dis ça correspond pas trop à une tâche habituelle parce que c'est pour 4 personnes c'est entrée, plat, dessert ce qui correspond pas du tout ce que les gens font dans la vraie vie, en fait donc voilà ça peut arriver qu'on fasse des évaluations sur les activités du quotidien s'il y a vraiment des difficultés ou si on a vraiment des interrogations mais ça reste quand même assez rare. Voilà après sur du réentraînement par la suite sur des jeunes qui ont quand même des projets d'autonomie un peu soutenus on peut faire des ateliers pour le coup qui correspondent un petit peu plus à ce qu'on fait le quotidien. Mais le but n'est pas du tout le même, faire l'évaluation c'est pour voir le fonctionnement cognitif après j'ai mes collègues ergo qui font aussi, il y en a une qui fait un test des errances multiples avec la neuropsychologue, elle fait passer une échelle qui s'appelle le colibri qui est une échelle de satisfaction dans les différentes sphères de vie sur les différents aspects des capacités voilà. Je vous laisserai aller voir le test si vous voulez voir à quoi ça ressemble, il me semble bien que c'est spécifique pour la cérébro-lésion en l'occurrence. Voilà qu'est-ce qu'on fait d'autres, on fait des activités manuelles pour voir toujours sur le plan moteur et sur le plan cognitif comment ça se passe donc voilà. Voilà sur l'évaluation après ce mois d'évaluation, on se réunit en équipe on fait la synthèse des difficultés et on se dit bon bah tel stagiaire bon il y a ça qui va bien ça qui va bien mais concrètement les difficultés c'est celle-ci, celle-ci si on rédigeait un gros bilan qui fait une trentaine de pages et qui reprend tous les aspects donc sur le plan de la vie quotidienne comment ça se passe sur le plan de la communication comment ça se passe sur le plan cognitif sur le plan du comportement on reprend le parcours professionnel et scolaire on reprend enfin il y a une évaluation faite par la psychologue clinicienne aussi sur le plan moteur ouais on reprend pas mal de trucs. Et donc voilà pour la partie évaluation et on en dégage donc des objectifs de travail sur l'UEROS on va effectivement s'intéresser à l'insertion socio-professionnelle, mais pas que, on a aussi toute une partie de réentraînement de mise en place de moyens de compensation, de prise de conscience des difficultés par le biais de mise en situation de divers exercices et on a quand même un gros axe de travail sur l'autonomie, même si c'est pas le disons, l'objectif sur papier de l'UEROS, nous on a vraiment développé cet

accompagnement parce que il y avait vraiment du besoin principalement sur pas que hein mais principalement sur des jeunes qui ont très peu ou pas du tout vécu seul au cours de leur vie qui ont eu lésion cérébrale et qui du coup ont des inquiétudes sur leur capacité à prendre leur autonomie et la famille peut aussi avoir des inquiétudes à les laisser partir vivre seul dans un logement. Donc nous on les met en situation dans des appartements qu'on a à disposition et on les accompagnements là-dessus. Voilà donc c'est vrai que je vais te répondre sur l'insertion professionnelle mais je suis préférentiellement sur l'autonomie moi mais après en fait, sur l'UEROS c'est les personnes qui font principalement l'insertion professionnelle en tant que telle, c'est quand même psychologue du travail qui va accompagner bah la définition d'un projet, quels sont les centres d'intérêts professionnels etc... Mais par contre elle fait vraiment le lien avec nous les difficultés et les capacités qui vont ressortir de nos mises en situation et de nos observations sur les groupes, sur les activités etc... Donc elle fait vraiment ce parallèle et à chaque fois qu'on fait des activités qu'on travaille sur la communication qu'on travaille sur la gestion de l'impulsivité bah c'est ça fait aussi le lien avec le projet d'insertion. Donc voilà et après c'est par contre tout ce qui va être orientation vers du milieu protégé donc en ESAT c'est mon collègue ergo qui s'en occupe.

« AV : D'accord donc vous avez chacun un domaine bien spécifique »

Ergo 2 : Oui c'est ça ; on s'est réparti comme ça ouais.

« AV : En parlant de l'équipe d'ergothérapie, je voulais savoir comment l'accompagnement dans cette structure UEROS était abordé enfin la place de l'ergothérapie dans ces structures ? »

Ergo 2 : Ok ben nous bah, comment dire, on va vraiment avoir une part importante sur les mises en situation, en fait, c'est nous qui proposons la majeure partie des activités de réentraînement pour travailler, bon après c'est dur parce qu'il y a beaucoup de choses qu'on fait en binôme aussi avec d'autres professionnels, la spécificité de l'ergothérapie ça reste quand même la mise en situation dans notre cas avec la mise en place des moyens de compensation. C'est à dire que parfois en équipe on va définir que pour telle difficulté pour telle personne il va falloir travailler sur la mise en place de certaines bonnes compensations l'utilisation d'un agent ben l'utilisation d'un planning lister les étapes quand on a quelque chose à faire ou bon peu importe en tout cas voilà. Quels que soient

les moyens de compensation ça se définit quand même en équipe généralement, mais après sur la mise en place c'est l'ergothérapeute qui va vraiment travailler là-dessus, ben rendre systématique l'utilisation de ce moyen de compensation, le construire avec la personne, apprendre la personne à l'utiliser voilà donc ça c'est des choses, si besoin dans d'autres contextes quoi enfin. Bon voilà donc je dirais qu'on a quand même une spécificité là-dessus sur la mise en place des moyens de et après et après ouais, donc la mise en place des moyens de compensation c'est quelque chose que c'est surtout les ergo qui font même si les autres collègues après vont aussi appuyer sur bah vous avez vu ça avec les ergo donc bah là c'est peut-être le moment de ressortir votre agenda de noter etc... Il y a c'est assez, c'est très difficile de cloisonner à l'UEROS parce que ça il faut le suivre. Mettre quelque chose en place et il y a réellement un suivi derrière et on travaille tous vraiment ensemble souvent les étudiants qu'on reçoit nous disent que c'est vrai que c'est rare de voir les gens autant travailler en équipe et sur l'UEROS. C'est vraiment indispensable donc pour qu'on aille tous dans le même sens et que la personne elle puisse vraiment progresser voilà et donc les mises en situation après c'est nous qui le faisons. On a des que ce soit pour apprendre à faire certaines choses donc voilà, je sais pas quelqu'un qui a pas d'expérience dans la préparation des repas, on va avoir un rôle, voilà lui apprendre, lui apprendre les gestes, lui apprendre lui créer un livre de recettes pour qu'elle ait des recettes à faire voilà dans sa semaine, aussi parfois donc sur des moyens de compensation puisqu'on a quand même des hémiplegies hein après voilà. Donc c'est toujours entremêlé, hein, apprentissage et moyen de compensation. Et après bah ça permet aussi de a groupes spécifiques pour prendre conscience des difficultés donc on a en fait on a des programmes de métacognition, donc c'est à dire que sur des personnes qui très difficulté pour savoir justement, sur quoi quelles sont leurs difficultés, leurs séquelles, on les met en situation en réfléchissant avant sur ben, à votre avis qu'est-ce que vous allez bien réussir, qu'est-ce que vous avez, qu'est-ce qui va être plus difficile et là on est en situation pour que la personne elle se confronte et à la fin on dit bon bah du coup est-ce que les difficultés c'était effectivement celles attendues. Bon il y en a beaucoup qui nous disent, ah mais moi j'aurais pas de difficulté pour faire ça, finalement il y en a, donc ça permet voilà de travailler sur cette prise de conscience. Voilà comprendre son fonctionnement, mieux anticiper les difficultés sur des nouvelles activités etc...

« AV : D'accord je voulais savoir sur l'équipe interprofessionnelle, comment vous communiquez si vous faites des transmissions, est-ce que vous avez des réunions régulières ? »

Ergo 2 : Oui alors, on a des staff tous les lundis matins, après on a des réunions sur chaque stagiaire des synthèses qui sont organisées à la fin du mois d'évaluation etc... Après franchement, on va pas se mentir, nous ça passe vraiment quasiment, systématiquement à l'oral. Ça nous a souvent été reprochés

d'ailleurs, parce que bah du coup, nous on est tous bien au courant mais par contre dès qu'il faut transmettre à quelqu'un d'autre il y a aucune trace écrite. Voilà bon on essaie de tenir un petit peu des dossiers papier à jour, de prendre des notes lors des staffs, voilà pour qu'il y ait un peu de trucs qui restent, mais ça passe à l'oral, on débriefe entre les séances, sur les temps du midi, en fin de journée, avant de partir, bah avec telle personne j'ai fait ça, faudra que tu reprennes avec elle, voilà ça passe principalement à l'oral. On a des staffs une fois par semaine mais après tous les jours en fait on échange sur les situations.

« AV : Est-ce que vous avez un logiciel ? »

Ergo 2 : Non, non, non, on a un logiciel au niveau de l'hôpital mais sur l'UEROS on ne l'utilise pas. C'est pas un bon exemple.

« AV : Est-ce que vous pouvez m'expliquer les outils d'évaluation spécifiques que vous utilisez pour suivre l'évolution des jeunes adultes au sein de leur insertion ? »

Ergo 2 : Sur les outils à proprement dit pendant le stage, je réfléchis hein parce peut-être que je vois pas comme, mais que il y des choses, alors à la fin on fait une enfin, on fait pas une évaluation, on fait un bilan de fin de stage dans lequel on reprend les intitulés des objectifs qu'on avait fixés et sur ce bilan donc il y a il y a les objectifs et tout ce qu'on a fait pendant le stage pour travailler sur ces objectifs et les résultats. Mais par contre, c'est principalement sur de l'observation et sur les prises de notes individuelles de chacun de ce qu'il a fait pendant six mois avec cette personne-là. On n'a pas d'outils vraiment qui permet d'évaluer. Voilà c'est sur de l'observation et on reprend vraiment cette grille d'objectifs, qui de toute façon guide toutes les prises en charge et durée du stage.

« AV : Est-ce que vous pouvez m'expliquer pour vous en quoi consiste la performance occupationnelle dans le contexte d'un jeune adulte ayant eu un traumatisme crânien sévère ? »

Suite :

Ergo 2 : Ben, je pense que c'est simplement d'être en capacité de réaliser les activités de la vie quotidienne, alors souvent le problème n'est pas, se situe pas forcément au niveau des savoir-faire au niveau de l'activité en elle-même, mais sur l'organisation et l'entremêlement de ses activités, sur la semaine ou sur la journée du fait de la fatigue, du temps, des difficultés d'organisation. Donc là pour un adulte cérébrolésé la performance occupationnelle, ce serait peut-être de pouvoir gérer son quotidien que ce soit tant au niveau des savoir-faire, de pouvoir réaliser les activités de façon, ben en indépendance hein, sur le plan vraiment physique, d'être en capacité de les faire mais aussi d'avoir cette capacité à les organiser les unes par rapport aux autres, pour que ce soit équilibré. En fait que la personne elle puisse par exemple, aller travailler et gérer sa maison et gérer ses enfants par exemple. Voilà donc il y a quand même une histoire d'équilibre sur les activités entre elles. Pour moi c'est quelqu'un de performant sur le plan des occupations. L'enjeu se situe plus là à mon avis, sur la personne cérébrolésée.

« AV : Est-ce que vous pouvez me dire quels facteurs clés pourraient influencer la performance occupationnelle ? »

Ergo 2 : Ben un premier facteur, la prise de conscience des difficultés, on n'arrive pas à accompagner les personnes qui de toute façon sont complètement anosognosique et qui pensent qu'elles n'ont aucun problème, donc voilà le premier facteur. Je pense que le deuxième facteur, l'entourage a un rôle très important parce que, alors ça peut être dans les, enfin il peut y avoir plusieurs exemples, quelqu'un de seul qui est en galère pour faire certaines activités ou pour s'organiser, ben ça va être compliqué il va pouvoir se reposer sur personne, il y a personne qui va pouvoir pallier un petit peu ou l'aider à mettre en place systématiser sur le quotidien. Certains outils donc par exemple, bah, ça va être compliqué après à contrario, on en a aussi eux, qui avaient des grosses difficultés exécutives. On en a en ce moment particulièrement auxquelles je pense, un jeune qui sur le plan exécutif c'est la cata sur le plan mnésique c'est la cata également lui c'est en trauma crânien en plus donc vraiment c'est très à propos mais sauf que la famille est tellement désorganisée elle-même que ça ne l'aide pas en fait. Et donc voilà des fois, quand les familles elles sont étayantes et ça peut favoriser la prise de conscience déjà parce qu'il y a des feedbacks, voilà de gens qui connaissaient la personne avant et qui voient l'après et qui voient bien la différence et qui peuvent donc le partager à la personne cérébrolésée. Mais ça peut aussi avoir l'effet inverse quoi, quand il y a déjà des dysfonctionnements organisationnels dans la famille, bah du coup très compliqués pour la personne, voilà. On lui demande d'anticiper sauf que là par exemple, il a été prévenu deux jours avant que, il allait partir à Toulouse pendant deux semaines avec son père, quoi donc effectivement pour anticiper bah c'est pas facile donc voilà. Donc bon je reviens à la question initiale à savoir les facteurs impactant tout ça, oui donc la prise de conscience des difficultés, l'entourage après il y a certaines, il y a certaines difficultés qui vont

particulièrement, certaines séquelles qui vont je pense être plus difficile à compenser pour pouvoir être plus autonome. Je pense notamment aux troubles de l'initiative un peu importants ça peut être compliqué avec ces profils-là, après il y a, il y a des tas de facteurs enfin ça dépend aussi la personne, ce qu'elle faisait avant ou est-ce qu'elle a déjà vécu en autonomie, a déjà des savoir-faire sur lesquels s'appuyait où est-ce que elle en part de zéro c'est pareil sur le plan professionnel, hein quelqu'un qui avait déjà des études et un certain niveau bah ça va être quand même plus facile de se réinsérer que quelqu'un qui n'avait enfin qui a réussi à faire aucune formation, qui a un tout petit niveau voilà donc. Donc je pense que je pourrais en trouver plein, je peut-être pas lister 15 facteurs.

« AV : Est-ce que vous pouvez me dire comment l'équipe interprofessionnelle contribue à la performance occupationnelle et si oui de quelle manière ? »

Ergo 2 : Bah du coup je pense que j'ai déjà répondu sur certaines, certaines questions précédentes mais ben sur le fait de prendre conscience des difficultés déjà, qui impactent cette performance et puis sur le travail de donner une compensation de mise en place de moyens de compensation. De toute façon c'est, qu'on a ces difficultés et puis savoir les compenser hein, c'est ça qui, c'est ça qui est la clé de toute façon pour pouvoir être autonome. Après c'est un travail qui est long, parce que sur les cérébraux lésés il faut mettre en place des routines, il faut que ce soit enfin systématisé et du coup ça demande de répéter, répéter, répéter pendant longtemps. Au moindre qui déséquilibre ça peut complètement inquiéter de côté tous les moyens de compensation, tous les outils qui permettaient de mieux s'organiser donc, donc on fait aussi beaucoup appel à des relais quand sur la fin du stage UEROS on va on sollicite beaucoup les SAMSAH et les SAVS par exemple, pour faire perdurer les outils donc voilà.

« AV : D'accord de quelle manière l'accompagnement en ergothérapie contribue à la réinsertion professionnelle et sociale des jeunes adultes ? »

Ergo 2 : Bon je vais encore reparler de la prise de conscience des difficultés, mais en même temps c'est essentiel, mais c'est quand même un gros point chez le cérébralisé parce que, parce que c'est important aussi dans un projet de pouvoir, déjà pour pouvoir partir sur un projet qui est réaliste et qui sera comment dire, qui sera pérenne, il faut avoir conscience de ses limites voilà. Nous typiquement, bah là, on en a un, c'est un traumatisme crânien aussi il a une dysarthrie de fou, on ne comprend pas quand il parle, on ne comprend pas bah lui par exemple, il nous a dit qu'il voulait être animateur radio voilà donc, donc, donc, donc, gros travail sur la prise de conscience des difficultés pour que il puisse partir sur un projet qui soit adapté à ses séquelles. Donc ben là-dessus voilà hein, c'est

alors pas forcément mieux mais je sais que ma collègue elle passer sur des groupes où elle filme, où elle, des fois, on elle fait des groupes où ils s'entraînent à se présenter, ou à on rencontre quelqu'un qu'on connaissait depuis longtemps dans la rue, des petits jeux de rôle. Après de toute façon fait beaucoup de feedback à l'oral au stagiaire, hein donc ça permet d'élaborer un projet qui soit plus adapté. Après tout ce qui est travailler en termes de moyens de compensation, que ce soit sur le la gestion de l'impulsivité, favoriser enfin, mieux connaître les stratégies pour rester concentré, enfin tout ce qu'on travaille sur l'UEROS, sur des activités qui n'ont pas forcément de lien direct avec le, l'aspect professionnel, c'est des trucs qui peuvent être transférés après sur un, sur un projet d'insertion, je sais que pour me concentrer j'ai besoin de changer d'activité un peu régulièrement sinon je perds le fil, je m'agace ou voilà, enfin bon, tout ce qui est fait donc enfin, bon voilà, sur les stratégies en tout cas que, les peuvent apprendre. Après, on peut faire du lien sur de l'adaptation, vraiment s'il y a des grosses difficultés qui nécessitent des aménagements de postes un peu spécifiques ça peut, mais c'est que, c'est quand même pas enfin souvent les psychologues du travail, il a pas besoin de nous enfin, elle maîtrise déjà mais avec les éléments qu'on lui a, qu'on lui a dit. Voilà qu'est-ce qu'on fait d'autre, après faut savoir aussi que de toute façon la reprise d'un rythme en venant à l'UEROS contribue grandement à favoriser le projet d'insertion, c'est quand même pas pareil sur structure où les gens viennent tous les jours. Forcément toute la journée ouais il y en a qui ont des rythmes de vie complètement, complètement décalés, qui ont une période d'inactivité assez longue et c'est vrai déjà rien que de venir l'UEROS c'est stimulant, ça redonne un rythme et donc voilà. Même si peu importe le contenu en fait voilà, voilà, bon j'oublie certainement des choses mais il y a rien qui me vient spontanément.

« AV : Je voulais savoir comment vous pouvez évaluer l'efficacité dans l'accompagnement à long terme avec les stagiaires ? »

Ergo 2 : Et bah bonne question hein bonne question ben, nous on a un suivi à 2 ans, l'avantage qu'on a c'est que tous les stagiaires qu'on reçoit, ils sont suivis sur notre pôle sur l'hôpital donc même si on ne les voit plus à l'UEROS, ils sont toujours suivis par un médecin référent. En fait, ici puis les voix, tous les 6 mois, ou tous les ans, ou tous les deux ans.

On a parfois des nouvelles par les médecins qui les suivent sur le pôle. Après, c'est dur d'évaluer l'efficacité, je pense que. Ça peut être évalué par bah, déjà tous les projets d'insertion qui se concrétisent hein, quand nos stagiaires ils sont embauchés. La fin, ou sur des trucs très concrets quand ils prennent un appartement, ou voilà qu'ils arrivent à s'insérer sur des choses de loisirs aussi, enfin tout ce qui, toutes les activités qu'ils arrivent à mettre en place, suite au stage quoi. Pendant le stage ou après le stage, des choses qui se concrétisent et qui durent dans le temps. Là, par exemple, bon c'est, c'est, c'est pas du coup un

outil enfin, bon enfin, c'est pas complètement par hasard. Mais mardi j'étais à la piscine, j'ai croisé un ancien stagiaire UEROS, ça fait genre 3 ans qu'il est sorti de l'UEROS et il continue d'aller à la piscine tous les mardis parce qu'on lui a dit que c'était bien pour voilà, gérer ses douleurs machin. Et donc, donc des fois, c'est qu'on a aussi des nouvelles de voilà, il y en a certains qui passent nous voir, il y en a certains à qui on passe des coups de fil. On a quand même j'y pense en parlant, on organise des cafés, des anciens à peu près 2 à 3 fois par an, pareil, on invite les anciens stagiaires UEROS, donc bah c'est principalement ceux qui vivent aux alentours, hein, parce qu'après on a plein qui sont dans d'autres départements. Donc ils viennent pas sur un après-midi juste pour nous dire comment ça va, mais on a quand même ces temps où bah les anciens ils peuvent venir et du coup ça nous permet d'avoir des nouvelles et de savoir comment ça se passe pour eux. Puis des fois ils retrouvent des gens qu'ils avaient connu sur les stages, sur la période de stage, donc c'est chouette. Voilà après, au niveau de l'efficacité, c'est dur à dire. Nous comme, on les voit enfin, moi particulièrement, j'ai du mal comme on les voit tous les jours pendant 6 mois, un an, c'est dur devant l'évolution, donc souvent, c'est plus quand on fait le bilan de fin de stage et on se dit, Ah oui, il y a quand même tout ça qui a été fait, et tout ça qui se concrétise, oui, quand même c'est vrai qu'il a fait du chemin par rapport, par rapport à un quand il est arrivé. Voilà, après c'est les retours des patients eux-mêmes, hein, des fois, eux nous disent, ben j'aurais jamais fait tout ça tout seul, si j'avais pas eu d'accompagnement, j'aurais pas pu finaliser ça. Les familles aussi des fois peuvent vous faire des retours, mais ouais, ça reste. Enfin voilà, on n'a pas, on n'envoie pas un questionnaire, on n'envoie pas voilà il y a pas de choses très concrètes quoi.

« AV : Est-ce que parfois vous avez des stagiaires qui reviennent alors qu'ils étaient pour vous, prêts à faire une réinsertion sociale ou professionnelle ? »

Ergo 2 : Alors, sur moi, mon expérience de 5 ans. Ceux qui sont revenus parce qu'effectivement ça arrive, qu'ils refassent des stages UEROS, c'est ceux pour qui, on n'avait pas pu finaliser le projet parce que c'était pas le moment, parce qu'il y avait des problématiques de santé importantes ou parce que enfin, il y avait d'autres choses à régler avant. Et donc ils reviennent à un moment où c'est plus opportun. Je pense que ça a pu arriver, de sinon, que des stagiaires reviennent alors. Je repense s'il y en a une, moi qui est, qui est venue enfin que j'ai rencontré moi, mais que les autres connaissaient déjà d'il y a 10 ans. Mais pareil, son stage s'était arrêté parce qu'elle avait eu des problématiques de santé. Là, il y en a un qui revient, mais pareil, ça s'était arrêté, parce qu'il allait y avoir un enfant qui avait et il gérait pas son diabète et enfin bon, c'était tout un bazar, qui fait que c'était, pas le moment, donc là il revient. J'ai pas d'exemple moi perso sur mes 5 ans. Peut-être que, peut-être que mes collègues, c'est oui, c'est vraiment les personnes qui ont pas pu finaliser. Donc du coup, qui

reviennent quand ils se sentent mieux et peut-être plus adaptés, avec plus de stabilité dans leur vie, plus disponible pour travailler sur l'insertion avec beaucoup moins de, beaucoup moins de freins sur le plan médical déjà et familial. Voilà, il y a des événements des fois qu'ils font que c'est pas le moment.

« AV : Je voulais savoir quelles sont, selon vous, les principaux défis que vous rencontriez en tant qu'ergothérapeute, lors d'une réinsertion socioprofessionnelle ? Ça rejoint un petit peu ce qu'on disait juste avant. »

Ergo 2 : C'est, c'est pas facile parce que, parce que comme je vous disais moi je suis pas dans l'insertion professionnelle directe hein, c'est vrai que je travaille dessus de façon bah, de façon indirecte. Je pense que les j'essaie de penser aussi à mon collègue qui fait de l'insertion en ESAT et qui, et qui effectivement des fois rencontre des difficultés, par exemple pour des personnes. Mais c'est toujours la prise de conscience des difficultés pour des personnes qui vont faire que choisir des ateliers qui sont pas adaptés quoi. Ben le défi, c'est de pouvoir, pouvoir négocier, faire comprendre à la personne que c'est pas, c'est pas le mieux pour elle que du coup ça pourra pas se concrétiser. Ouais, je pense que le défi, il est principalement là parce que sinon c'est pas, après, des fois, c'est qu'on sur des personnes aussi qui ont très peu d'idées. C'est pouvoir aussi les aider à identifier leurs, leurs compétences, leurs capacités et dans quoi ça peut être utilisé. On a eu des fois des personnes qui étaient quand même très, très en difficulté, que ce soit sur le plan du langage, sur le plan moteur, sur le plan cognitif. Bon bah c'est vrai que quand c'est très cumulé, le projet d'insertion, il en est d'autant plus compliqué. Dans ce cas-là, c'est de pouvoir proposer des, des, des pistes enfin, ou alors de pouvoir faire aussi entendre à la personne que, comment peut-être que l'emploi c'est pas la question et que faut s'orienter sur autre chose. Ça, ça a pu arriver, par exemple, moi que je travaille sur des plannings pour que les personnes, elles puissent voir qu'elles pouvaient occuper leur semaine, sans travailler en fait que leur semaine elle pouvait être quand même bien remplie. Je sais que ma collègue elle passe pas mal par les cartes besoins, j'ai besoin de me sentir utile ou j'ai besoin de d'être en contact avec des gens. Et du coup en se centrant sur les besoins, bah ça permet de se dire que c'est pas forcément le travail qui va répondre à ces besoins-là. Donc le défi c'était aussi de pouvoir trouver des alternatives quand les projets d'insertion ils sont pas, ils sont pas possibles quand la personne elle peut pas s'insérer parce, il y a trop de difficultés et trop, trop de besoin d'adaptation. Ce n'est pas aussi laisser les personnes bon bah, vous pouvez pas travailler, tant pis hein, c'est pouvoir proposer autre chose.

« AV : Est-ce que pour vous, il y a des outils ou des approches que vous aimeriez voir différemment ou que vous aimeriez intégrer à votre pratique

d'ergothérapie en UEROS ? »

Ergo 2 : Alors, à titre très personnel hein, et puis très actuel de mes questionnements en ce moment. Bah comme vous avez pu le voir, on est assez compartimenté dans nos champs d'action. Et c'est vrai que nous, on est très en difficulté dès qu'il manque quelqu'un. Dès qu'il y a une personne qui est en arrêt dans l'équipe. Du coup, du fait qu'on est très, enfin qu'on est vraiment cloisonné, les, les champs d'action, ça fait qu'on peut se retrouver en difficulté, donc c'est vrai que à titre personnel, dans mon UEROS où je travaille. Je pense que avoir plus, de plus, de diversité dans les champs d'action, en fait, qu'on puisse être plusieurs aux charges de certains domaines, ça permettrait d'être plus efficace et de mieux accompagner les personnes. C'est alors, c'est vraiment un questionnement très actuel puisqu'on a notre psychologue du travail qui a été, pendant, 8 mois et donc c'est vraiment poser des gros questionnements sur l'accompagnement professionnel, la définition d'un projet, parce que, bah, c'était elle qui faisait ça et que et que ça a été compliqué pour nous de rebondir là-dessus. Donc, je pense que ce, voilà avoir un peu plus de varier un petit peu ses champs d'action, je pense que c'est ce serait quelque chose d'important, nous sur l'UEROS. Après, après c'est dur à dire hein, parce que en termes d'approche et tout ça, on a tellement emmené dans notre truc que bon, on, on n'est pas forcément une équipe qui stagne mais on n'a pas forcément, de mal à aborder des changements dans notre façon de faire, toutefois, ça, c'est, encore faut-il y penser quoi. Après ouais, spontanément je saurais pas trop, je saurais pas trop donner d'autres réponses à cette question.

Temps d'échange informel : échange sur mon mémoire, sur mon travail, mes recherches et formules de politesse

Annexe 5: Grille d'analyse des résultats en fonction des thèmes de l'enquête

Thèmes	Caractéristiques	Entretiens			
		E1 : UEROS 1	E1 Bis : UEROS 1	E2 : UEROS 2	E3 : UEROS 3
Profils des ergothérapeutes	Date de diplomation	« Je suis diplômée depuis 26 ans... »	« Je suis diplômé de 2013, donc ça fait 12 ans que je suis ergo... »	« Je travaille depuis 2017... »	« je suis ergothérapeute depuis 2015. J'ai été diplômée à Montpellier. »
	Durée d'expérience auprès du public visé	« Alors moi je suis arrivée à l'UEROS au mois d'août de l'année dernière... »	« En 2021, une demande de mutation au sein de... l'UEROS où je suis actuellement sur l'émission que j'occupe encore aujourd'hui. »	« J'y suis depuis 2020 donc ça fait 5 ans... »	« Je travaille à l'UROS depuis 2 ans »
	Trajectoire professionnelle	« Avant, pendant 25 ans j'ai travaillé... auprès des blessés crâniens dont des traumatismes crâniens... J'ai voulu changer donc je suis arrivée dans le médico-social »	« J'ai commencé mon premier emploi en centre de rééducation fonctionnelle. J'y ai bossé de 2013 à 2021. J'y ai bossé 8 ans, enfin, quasi 9, parce que c'était fin 2021, en centre de	« J'ai travaillé dans un centre de réorientation professionnelle et après pour les PEP et je faisais des prestations d'appui spécifiques donc de l'évaluation et de l'aménagement de postes	« . J'ai travaillé en SSF. Au départ pendant un an dans un service d'amputé. Après, j'ai travaillé pendant 5 ou 6 ans dans un SSR neuro-ortho. Avec vraiment beaucoup de neurologie et beaucoup d'AVC,

			rééducation neuro-adulte, j'ai commencé sur plateau technique... Et puis, quelques années plus tard, toujours au même endroit, j'ai intégré le service éveil de coma. »	de travail pour handicap moteur et handicap visuel. »	principalement. Après, j'ai travaillé dans une association. C'était de la pédiatrie. Principalement pour des apprentissages. Pour du développement. »
	Expériences en UEROS (la structure et le rôle de l'ergothérapeute)	« On accueille des stagiaires... qui viennent à une date bien définie... C'est généralement un groupe de 6 qu'on accueille à chaque fois, généralement ils sont une douzaine présente... Donc c'est à chaque fois en intercalé. Moi par rapport à l'accompagnement, donc généralement ils arrivent... normalement pour 14 semaines. On peut ajouter quelques semaines supplémentaires	« Donc, ça fait trois ans que je suis ce qui s'appelait initialement référent professionnel. Et ce qui devient maintenant chargé de relâchement d'entreprise, c'est pour traduire le côté contact avec l'extérieur et les gens dont on fait des partenaires le temps de stage pro pour accompagner le mûrissement de projet des	« Alors sur l'UEROS donc on est une structure médico-sociale... quand ils viennent chez nous ils font un stage UEROS. Donc des fois je vais dire stagiaire et c'est normal je parle bien des patients. On reçoit alors je crois que c'est je crois qu'on a un agrément pour 6 stagiaires à temps plein. Moi sur l'UEROS, je m'occupe de faire un des entretiens pour évaluer ben l'autonomie dans la	« Comme tous les UEROS sont définis par même décret, mais dans la mise en œuvre. Il y a quand même pas mal de variabilités. Donc plus sur le fonctionnement qu'on a ici. Le fonctionnement général. C'est un fonctionnement, un UEROS qui a été créé en 1997. J'ai des collègues qui ont pris part à la création du service qui sont encore dans la structure. Enfin, dans le service d'ailleurs.

		selon là où ils en sont au niveau de leurs projets... On débute toujours par une période d'évaluation, ... avec l'ensemble des professionnels, cette période-là dure 5 semaines à partir du moment où ils arrivent ici à l'UEROS. Ensuite, donc il y a des synthèses hein qui sont réalisés notamment une synthèse semaine 5 donc qui va permettre justement en fonction des conclusions de chaque bilan et de chaque professionnel et par rapport à leurs attentes. De pouvoir, comment dire, fixer en fait des objectifs qui vont nous permettre de les	stagiaires qu'on accompagne. » « Donc, l'idée de ce métier-là, c'est les 5 premières semaines, les accueillir, tracer leur parcours professionnel pour savoir un peu les... Comprendre ce qu'ils ont acquis au fil de leur vie professionnelle. Ce qu'ils ont appris à faire. Parce qu'on va essayer de recycler aussi quand c'est possible, leurs capacités. Parce qu'on imagine bien qu'on est là, on est valide, on n'a pas de problème de santé, on fait un job. On a un gros problème de santé qui nous restreint ce qu'on	vie quotidienne préparer les repas faire les courses s'habiller se laver gérer ses médicaments etc... Je fais une liste à domicile pour voir le logement et il y a très peu hein de d'aménagement de domicile hein sur l'UEROS ça peut arriver des petits conseils en autre technique mais c'est quand même assez rare. Mais ça permet de voir l'état du logement si la personne elle gère un peu son ménage voilà les choses comme ça et ça permet de faire le lien avec l'entourage par contre avec la famille si la personne ne vit pas seule donc systématiquement.	Donc c'est vraiment quelque chose qui s'inscrit dans le temps. C'est une grosse équipe. Il y a deux formateurs, un éducateur normalement, un psychologue, un neuropsychiatre, une assistante sociale chargée d'un service professionnel, un temps et demi de secrétariat. L'ergo, c'est à temps plein. Et après, je suis chef de service. Là, on est en train de retravailler sur le parcours. Mais du coup, je n'ai pas eu de groupe qui a fait la nouvelle version du parcours. Donc, je vais parler de l'ancienne, qui sera celle, voilà. Enfin, un parcours de 4 mois et demi
--	--	---	---	--	--

		accompagner en fait hein, en accord avec ce qui aura été donné, qui vont permettre de les accompagner sur les 7-8 semaines suivantes, ce qu'on appelle la période de réentraînement... Selon les objectifs qui auront été définis, ... pour chaque stagiaire en fait est nommé un référent, donc c'est un des professionnels de l'équipe et c'est ce référent qui va justement comment dire faire une petite synthèse de cette réunion avec les objectifs qui ont été définis et ça va être signé sous forme de contrat entre le référent et le stagiaire. Ça va définir un	est capable de faire. Il s'est passé 3-4 ans, parce que généralement, c'est ça. Depuis le problème de santé, on est à la maison, on n'a pas rebossé, on est un peu en perte de confiance et déconditionné. On ne va pas être meilleur en revenant qu'on était quand on a eu, avant le problème. Et donc, très souvent, il se trouve peut-être avec une perte de potentiel. Et donc, c'est assez important de se baser sur ce qu'ils ont su faire avant. Parce qu'ils vont retrouver plus de simplicité dans le travail si ça s'appuie un peu sur ce qu'ils ont pu	Quand la personne elle vit avec quelqu'un que ce soit ses parents que ce soit ses enfants que ce soit son mari ou sa femme son frère sa sœur peu importe en tout cas quand elle vit pas seule je demande à ce que la famille soit présente et on essaie de s'arranger pour que puisse rencontrer et faire le point pour bah confronter ce que la personne elle m'a dit sur les entretiens et ce que eux ils en pensent. Et puis faire le point sur les projets par la suite. Voilà après on a des mises en situation en ergothérapie donc une mise en situation cuisine qui n'est pas du tout là pour savoir	de stage en présentiel ici, avant le stage, il y a tout ce qui est suivi, un travail de préparation à l'entrée au stage UEROS, levé des freins, social, psy, l'ergo aussi, surtout et l'autonomie pour pouvoir venir en stage. Le stage qui dure, du coup, 4 mois et demi, 3 semaines d'évaluation, 7 semaines de réentraînement. Et le reste, c'est la phase projet. Pour le découpage théorique dans les faits, c'est du réentraînement qui dure un peu plus longtemps et du projet qui commence un peu avant. Théoriquement, c'est comme ça. À l'issue de ça, normalement, il y a un ou plusieurs stages en
--	--	---	--	---	---

		petit peu la base de justement de cette phase de réentraînement qu'on pourra toujours réajuster au fur et à mesure, un petit peu réactualiser en fonction de ce qui va se passer... A mon poste d'ergo, moi j'accompagne plus sur le plan social ... en lien avec des projets d'autonomie, quel que soit le type d'activités, en termes de besoins, au niveau d'aide technique, en termes de besoins d'aménagement de domicile aussi... Vraiment l'aspect de l'ergo qu'on peut retrouver... en phase de rééducation... pour réactualiser la situation du	faire. C'est pour ça que c'est important d'avoir un œil à ce qu'ils ont fait avant. Savoir ce qu'ils ont eu comme compétences. Après, c'est selon les profils, parce que pour certains, de toute manière, ce qu'ils ont fait avant, ce n'est vraiment pas la peine d'y porter une grosse attention. Parce qu'on a assez rapidement conscience qu'il y a eu de trop grosses dégradations suite à l'événement neuro. Et que sur le plan physique, ça ne marcherait pas. Sur le plan cognitif, ça ne marcherait pas. Et là, on prend plus le parti de leur	si la personne elle sait cuisiner mais qui est qui permet juste de de voir sur le plan moteur et sur le plan cognitif comment la personne elle se débrouille sur les fonctions exécutives principalement sur les fonctions attentionnelles aussi. Donc voilà on leur demande de faire rentrer plat en 3h pour 4 personnes enfin bon voilà précis du détail. »	milieu professionnel. Quand il y a un projet pro, que ce soit du coup du milieu protégé ou du milieu ordinaire et à l'issue de ça, il y a du suivi en aval, qui sert à faire la mise en œuvre du projet... Nous ils sont 5, ils peuvent aller jusqu'à 6 par groupe et normalement c'est une entrée tous les mois, trois semaines d'évaluation, la semaine un peu de réflexion qui nous sert aussi à faire des contre-rendus et on part sur du réentraînement et quand cela parte il y a un autre groupe qui arrive. Donc 4-5 groupes en permanence.»
--	--	---	--	--	---

		stagiaire de l'utilisateur qu'on accueille, qui aurait évolué et qui amènerait à réactualiser, réajuster... par rapport à ses besoins. »	parler du monde professionnel. »		
	Utilisation de bilan ou d'évaluation	« Pas de choses, normées validées, et etc. en tant que telles... Au niveau des évaluations que j'utilise... j'aborde plus l'aspect fonctionnel... on regarde plus au niveau de l'aspect sensitif, voire au niveau motricité involontaire s'il y a des gênes en termes de spasticité, une problématique orthopédique, et... s'il y a des douleurs, notamment neuropathiques... donc	« Oui, il y a une évaluation ergo. Pas forcément d'outils standards. J'ai plutôt un bilan maison. Ce sont des des petites épreuves fonctionnelles sur des situations d'accroupissement, des situations de travail en hauteur, des situations de port de charge, des éléments comme ça. Des situations un peu plus fonctionnelles que j'ai un peu calibrées par rapport à	« On n'utilise pas beaucoup de tests validés c'est vraiment des activités de la vie quotidienne... la cuisine... ça correspond pas trop à une tâche habituelle parce que c'est pour 4 personnes c'est entrée, plat, dessert ce qui correspond pas du tout ce que les gens font dans la vraie vie, en fait donc voilà ça peut arriver qu'on fasse des évaluations sur les activités du quotidien	« Donc c'est un prérequis d'avoir un minimum d'autonomie et donc de pouvoir se déplacer, venir au stage et respecter les horaires. C'est principalement là-dessus avant l'entrée que l'ergo va intervenir. Pendant la phase d'évaluation, actuellement, je fais trois rendez-vous, plus un entretien sur tout ce qui est autonomie avec eux, plus sur la base du déclaratif. Je fais quelque chose qui est appelé pour

		moi je fais les gestes test. Je vois un petit peu au niveau des capacités de préhension, dextérité. Donc là j'utilise plus par exemple le purdue. Tout ce qui est aussi force de préhension avec le dynamomètre de Jamart, par exemple. Donc voilà et puis après, c'est tout ce qui concerne l'évaluation de l'autonomie. Donc normalement, les stagiaires, quand ils arrivent à l'UEROS, il y a une des conditions, c'est qu'ils soient autonomes dans les activités élémentaires de la vie quotidienne. Après, en termes de prise de traitement de médication,	un document qui est rempli par le médecin dans lequel il y a des items sur lesquels lui tient compte de l'auto-évaluation du stagiaire et porte son avis médical sur la capacité existante. Il y aura des items sur les déplacements à pied, sur le port de charge, le travail à croupie, le travail en hauteur. Ces items-là, lui, portent un avis, un conseil sur ces situations de travail histoire d'aiguiller les personnes qu'on accompagne et de faire un premier tri vers des métiers qui pourraient avoir des contre-indications flagrantes. Le	s'il y a vraiment des difficultés ou si on a vraiment des interrogations mais ça reste quand même assez rare. Voilà après sur du réentraînement par la suite sur des jeunes qui ont quand même des projets d'autonomie un peu soutenus on peut faire des ateliers pour le coup qui correspondent un petit peu plus à ce qu'on faire le quotidien. Mais le but n'est pas du tout le même, faire l'évaluation c'est pour voir le fonctionnement cognitif après j'ai mes collègues ergo qui font aussi, il y en a une qui fait un test des errances multiples avec la	l'équipe un bilan fonctionnel, qui est un peu plus qu'un bilan fonctionnel au sens de l'ergo, mais par rapport à leur pathologie. En gros, tout ce qui va de capacité à capacité motrice, sensitive. J'évalue l'équilibre aussi. Enfin, voilà, bilan articulaire, moteur, algique, bilan fonctionnel d'épaule, bilan des préhensions, éventuellement un purdue, un test de sensibilité, l'équilibre unipodal... Et puis après, en fonction..., bilan cérébelleux, bilan des praxies. Vraiment en fonction du tableau clinique. Et le dernier que je fais, c'est un test
--	--	---	---	---	--

		des fois, il y a des petites choses qu'on revoit avec eux... Donc je fais toujours le point avec eux lors de l'entretien pour savoir un petit peu quel est leur niveau d'autonomie à ce niveau-là. Et on essaie de mettre en place des petits moyens de de compensation des alarmes des choses comme ça pour les aider. Parce que c'est vrai que rien que de passer du domicile à l'UEROS, ici on a un hébergement hein, où les personnes peuvent rester à la semaine, ils peuvent dormir... Donc ça nous permet aussi d'aller à l'hébergement, de voir un	travail en hauteur pour un patient qui serait épileptique, c'est une contre-indication plutôt flagrante et, assez vite, il faut qu'on puisse mettre le doigt dessus pour en parler à la personne qu'on accompagne, qu'elle en tienne compte, qu'elle y réfléchisse, qu'elle voit ensuite comment on rebondit. Ce temps-là, il intervient en cinquième semaine sur 14, cinquième semaine avec le médecin, et il permet de préciser un peu nos éléments évaluatifs qui vont aider à faire le projet. Donc, moi, mes bilans fonctionnels tiennent	neuropsychologue, elle fait passer une échelle qui s'appelle le colibri qui est une échelle de satisfaction dans les différentes sphères de vie sur les différents aspects des capacités voilà, il me semble bien que c'est spécifique pour la cérébro-lésion en l'occurrence... On fait des activités manuelles pour voir toujours sur le plan moteur et sur le plan cognitif comment ça se passe donc voilà. On se réunit en équipe on fait la synthèse des difficultés et on se dit bon bah tel stagiaire bon il y a ça qui va bien ça qui va bien mais concrètement les	écologique, pour voir l'impact des troubles cognitifs, puisque c'est le trait commun normalement à tous nos usagers. Et donc, en général, je fais soit le test des émergences multiples, soit le EF2E. Alors, je ne le fais pas systématiquement. En fait, je choisis les deux tests en fonction du profil de la personne. Historiquement, à l'UEROS, c'est le thème qui était fait, j'essaye de le maintenir, mais en fonction... Parce que j'ai certains collègues aussi qui se font attacher. Moi, tant que je peux tirer des conclusions, ça me va bien. Après, c'est vrai, quand on a des personnes
--	--	---	---	--	---

		petit peu en termes d'autonomie... C'est en partenariat avec la neuropsychologue. On évalue aussi justement bah les courses, la réalisation d'un repas. Moi je fais aussi tout ce qui est un petit peu des activités ménagères du quotidien, tout ce qu'est l'entretien du linge. Et puis après tout ce qui est en lien avec la mobilité, les déplacements à pied, éventuellement transports en commun, enfin, aide à la conduite, l'évaluation avec le CECA... Et si besoin, je peux être amenée aussi à faire des visites à domicile pour pousser un petit peu plus	compte de cette grille. Comme ça, moi, ça me fait préciser leur capacité physique et dans une idée plutôt appliquée travail. C'est comme ça que j'ai dû prendre du recul avec les outils d'évaluation traditionnelle en ergo qui, parfois, sont hyper intéressants, mais n'ont pas forcément ce pont vers le monde du travail. »	difficultés c'est celle-ci, celle-ci si on rédigeait un gros bilan qui fait une trentaine de pages et qui reprend tous les aspects donc sur le plan de la vie quotidienne comment ça se passe sur le plan de la communication comment ça se passe sur le plan cognitif sur le plan du comportement on reprend le parcours professionnel et scolaire... Il existe aussi toute une partie de réentraînement de mise en place de moyens de compensation, de prise de conscience des difficultés par le biais de mise en situation de divers exercices et on a quand même un gros axe de	qui ont des problèmes de marge, par exemple, importants, aller à l'extérieur, ça va être compliqué. Tout ce qui va être phobie sociale. J'avoue que quand on est en hiver, des fois, c'est un peu moins sympa d'être à l'extérieur. Mais il faut que la personne connaisse au minimum l'habitude de cuisiner. J'ai vraiment des gens qui n'ont jamais l'habitude, donc je ne le ferai pas. C'est bien d'avoir plusieurs choix de bilan pour adapter. Ça, c'est la phase d'évaluation. La phase de réentraînement, j'interviens sur du groupe. Je fais un atelier gestes et postures qui n'est pas
--	--	--	---	---	--

		loin justement l'évaluation au niveau de l'autonomie, mais dans leur contexte.		travail sur l'autonomie... Donc nous on les met en situation dans des appartements qu'on a à disposition et on les accompagnements là-dessus... »	vraiment très spécifique, mais qui va être généraliste sur les gestes et postures, qu'est-ce qu'on a le droit, qu'est-ce qu'on peut éviter de faire. Et on fait des mini mises en situation pendant l'atelier sur des postures qui vont être ramenées à avoir en stage, sur les choses plutôt de bureautique, quand ils sont plus en atelier technique, tout ce qui va être menuiserie, bricolage, etc. Quand on va faire du maraîchage, quand on va porter quelque chose de lourd, etc. Je fais une série d'ateliers avec un neuropsychologue sur ce qu'on appelle les moyens
--	--	---	--	---	---

					de compensation. Il amène à se questionner sur ce qu'est un moyen de compensation et en fonction des thématiques, à identifier les moyens de compensation qui leur seraient pertinents. On a toute une palette de thématiques qu'on peut aborder et on choisit en fonction des personnes qui composent le groupe quelles sont les thématiques. »
--	--	--	--	--	---

Pratique professionnel en UEROS	Profils des patients accueillis en UEROS	« : Alors nous ici on accueille des personnes qui ont eu une problématique en fait cérébrale, qu'elle soit neurologique... Une problématique de santé qui est stabilisée... Donc ça peut être des personnes qui ont eu un trauma crânien hein, qui ont eu un AVC, qui ont aussi eu une problématique d'origine congénitale aussi, hein, au niveau cérébral. Voilà c'est principalement le type de population que l'on accueille ici, c'est vraiment la cérébrolésion. »	<i>Même profils de patients accueillis que E1.</i>	« On reçoit des personnes qui sont donc cérébrolésées sur orientation de la MDPH qui leur donne droit à un lot de 840 heures donc quand on reçoit des patients en fait on les appelle les stagiaires puisqu'ils sont considérés comme stagiaires de la formation professionnelle. »	« Adultes, en théorie, on devrait pouvoir, à partir de 16 ans, mais on ne l'a jamais fait encore, 18 ans en général, jusqu'à 60 et quelques. Du coup, cérébro-lésions, AVC, PC. Donc, lésion cérébrale. Et on ouvre là, actuellement, aux groupes neurodéveloppementaux. Puisqu'on se retrouve avec des traits communs. Mais principalement, AVC, PC. Et beaucoup d'AVC, actuellement. Beaucoup moins de traumatismes crâniens au soins orientés. »
	Missions en UEROS	« C'est d'accompagner les personnes... dans	<i>Même mission que pour E1</i>	« Concrètement en fait sur le stage UEROS, nous	« On intervient, on va faire des

		leurs projets sociaux. Les accompagner aussi s'il y a le besoin d'un suivi et d'un accompagnement plus spécifique après, c'est de les aider à trouver... des structures, des établissements, etc... Qui peuvent les accueillir justement pour travailler cette autonomie en particulier... d'être accompagnées dans leur quotidien... Donc ça peut être des partenaires sociaux tels que les SAMSAH, SAVS etc... Ça peut être aussi pour certains justement qui souhaitent partir dans le bénévolat, en connaissant dans quel domaine ils souhaitent aller et les		quand on les reçoit, tous les stagiaires c'est des entrées et sorties permanentes donc c'est pas des sessions ils rentrent pas six en même temps. On a au fil de l'année des entrées des sorties à tout moment en fonction de l'avancée et des places disponibles. Quand les personnes rentrent elles ont un mois d'évaluation sur l'UEROS, on leur demande de venir à temps plein à temps c'est des journées de 9h à 17h sauf le lundi et le vendredi elles viennent que le lundi après-midi à partir de 14h et le vendredi matin jusqu'à 12h donc voilà.	immersions, maraîchage chez un maraîcher qui est à côté, des choses comme ça, et sur l'identification des besoins aussi, on est en train de mettre en place des choses pour les aider, nos stagiaires, à formuler des besoins, notamment pour tous ceux qui vont aller sur du milieu ordinaire. On est là, les moniteurs d'atelier sont plus là pour faire ce travail-là, les aider à l'exprimer, et de pouvoir retranscrire par écrit les besoins qu'ils ont pour les aider à communiquer dessus quand ils vont en entretien, en visite, sur leur stage d'immersion. Je crois que c'est à peu près tout. Sur le suivi en aval, la
--	--	---	--	--	---

		accompagner sur place... Donc le but bah c'est d'évaluer et de savoir s'ils ont les capacités pour pouvoir justement se diriger vers ce domaine-là. Alors ça peut être du milieu ordinaire mais ça peut être aussi du milieu protégé type entreprise adapté ou même des ESAT hein. Savoir un petit peu dans quel domaine d'activité ils pourraient se projeter, essayer de les amener à réaliser bah soit des enquête métier, mais aussi de faire des journées découvertes voire des stages aussi en immersion pour vraiment découvrir le métier... Et puis après		Mais à la suite de cette période d'évaluation souvent on aménage le temps et comme il y a quand même souvent beaucoup de fatigue parce que ça fait partie des séquelles très fréquentes après une lésion cérébrale souvent les personnes passent à temps partiel. Donc ce qui fait que leur va durer 840h ça correspond à 6 mois temps plein mais généralement leur stage dure plus longtemps mais sur du temps partiel ce qui fait aussi qu'on a plus que six stagiaires en même temps a plutôt douze en vrai voilà. Voilà que dire après sur l'UEROS donc	partie d'après, ça va être en fonction des objectifs fixés sur la mise en œuvre du projet. Si on a des personnes où il y a une problématique qui reste sur les transports, par exemple, et qu'il y a besoin pour la mise en œuvre de leur projet de travailler là-dessus, ça va être l'ergo et des fois, j'interviens pas. Et après, de façon transverse, comme tous mes collègues, il y a des référents pour chaque usager. Un membre de l'équipe a un peu plus référent, il a rendu parcours, mais ça, c'est pas spécifique à l'ergo, mais c'est la continuité du parcours. »
--	--	---	--	--	--

		c'est aussi de les orienter... vers des organismes de formation. »		on est 3 ergothérapeutes on n'est pas référent d'un stagiaire c'est à dire que les 3 ergothérapeutes voient l'ensemble des stagiaires a minima sur l'évaluation et après selon les projets ça va être plutôt l'un ou plutôt l'autre voilà. »	
	Les objectifs des ergothérapeutes au sein de cette structure	« L'approche sociale, je peux éventuellement intervenir. Alors par rapport à l'aspect pro, s'il y avait une demande spécifique en termes d'activité manuelle... que je peux mettre en place pour que la personne se rende compte de ce que ça peut... ça peut amener en termes de de capacité	« Les ergos en UEROS ne sont pas forcément détachés sur la part pro, il y a le code social enfin mobilité et puis un peu de réentraînement et là donc c'est assez spécial parce que c'est un peu ce que font dans d'autres structures qui ressemblent c'est ce qu'ils appellent des formateurs	« Ok ben nous bah, comment dire, on va vraiment avoir une part importante sur les mises en situation, en fait c'est nous qui proposons la majeure partie des activités de réentraînement pour travailler... La spécificité de l'ergothérapie ça reste quand même la mise en	« Ça peut être la compréhension, la mémoire, la fatigue, l'attention, l'organisation, gestion des rendez-vous, gestion des documents. Je peux travailler aussi en individuel ou en groupe. Ça va dépendre sur tout ce qui est transport et déplacement, que ce soit la planification des transports,

		motrice, notamment fine, et... en termes de capacité cognitive aussi, si ça demande justement un travail d'attention important, et... en termes de mémorisation, et etc... Moi... ça va être plus sur le projet social. Avant d'entamer les évaluations, on fait un entretien. Et généralement dans l'entretien, Ben je reprends un petit peu les différents points hein, que les ergo abordent, notamment en termes d'autonomie, en termes d'accessibilité, de logement, et etc, en termes aussi de mobilité, parce que ça c'est très important. C'est vrai que	ou des chargés de relations entreprise mais qui n'ont pas la base de formation ergo du coup ils ne participent pas à l'évaluation comme j'ai participé ils sont plus sur placer des gens en stage et aller discuter d'un stage et de comment il s'est passé, maintenant en théorie moi je travaille comme ça et après en pratique c'est vrai qu'on définit souvent des orientations des présentations pro, on les accompagne à aller vers ce qu'on pense qui sera compatible avec leurs capacités donc en général on a un peu désamorcé les pièges donc quand on vient à la situation stage	situation dans notre dans notre cas avec la mise en place des moyens de compensation... Généralement, mais après sur la mise en place c'est l'ergothérapeute qui va vraiment travailler là-dessus, ben rendre systématique l'utilisation de ce moyen de compensation, le construire avec la personne, apprendre la personne à l'utiliser voilà donc ça c'est des choses, si besoin dans d'autres contextes quoi enfin... Il y a c'est assez, c'est très difficile de cloisonner à l'UEROS parce que ça il faut le suivre. Mettre quelque chose en place et	se déplacer avec un GPS. Après, en individuel, tout ce qui va avoir pu être relevé dans la phase d'évaluation, notamment sur les activités de la vie quotidienne quand il y a un besoin qui est identifié, une envie d'un changement qui est identifié par l'utilisateur. Après, ça dépend vraiment du besoin. On travaille à partir d'un livret qu'on essaie de mettre en œuvre de façon transversale pour que les usagers puissent avoir leurs notes à eux, remplir au fur et à mesure les outils qui vont être pertinents pour eux. En vrai, tout ça, c'est dans la phase de l'entraînement, mais
--	--	--	--	--	--

		par rapport à l'aspect professionnel... voir en termes de véhicules personnels, ou en termes de transports en commun, et etc... C'est quand même une grosse partie que moi j'aborde avec les stagiaires et où je les oriente. Et moi je les accompagne dans toutes les démarches. Enfin de A à Z en fait, pour qu'ils puissent si possible, si médicalement cela est possible, de pouvoir les amener à être autonomes justement, en termes de mobilité. »	c'est vraiment pour aller au concret, faire découvrir un environnement de travail ou faire valider sur le terrain que le projet pro oui il est conforme à l'état de santé ils sont compatibles et on le savait mais on vient le valider et on en profite pour placer un peu la personne parce que parfois ça arrive qu'on fasse un premier stage 4 semaines ça se passe bien. »	il y a réellement un suivi derrière et on travaille tous vraiment ensemble souvent les étudiants qu'on reçoit nous disent que c'est vrai que c'est rare de voir les gens autant travailler en équipe et sur l'UEROS. C'est vraiment indispensable donc pour qu'on aille tous dans le même sens et que la personne elle puisse vraiment progresser... Donc ça permet voilà de travailler sur cette prise de conscience. Voilà comprendre son fonctionnement, mieux anticiper les difficultés sur des nouvelles activités etc... »	souvent, ça traîne sur le début du projet. En phase de projet, on va utiliser des mises en situation. Je peux prendre part à certaines mises en situation quand il y a besoin de développer, notamment, des compensations en fonction du projet de la personne.»
--	--	--	--	---	---

La performance occupationnelle	Compréhension de la performance occupationnelle	« C'est déjà de voir un petit peu ce qui émane de la personne, ce qu'elle souhaite en fait, quels sont ses objectifs, ses objectifs personnels, etc... C'est des notions, moi que j'ai apprises au fur et à mesure en formation. C'est vrai qu'on parlait pas de de performance occupationnelle à mes tout débuts quand j'ai démarré. Fin des années 90. Par rapport à la performance occupationnelle, c'est justement la capacité peut-être à pouvoir faire les choses de soi-même en autonomie, etc... En fait, comment on les amenait	<i>Biais de répétition avec E1.</i>	« Ben, je pense que c'est simplement d'être en capacité de réaliser les activités de la vie quotidienne, alors souvent le problème n'est pas, se situe pas forcément au niveau des savoir-faire au niveau de l'activité en elle-même, mais sur l'organisation et l'entremêlement de ses activités, sur la semaine ou sur la journée du fait de la fatigue, du temps, des difficultés d'organisation. Donc là pour un adulte cérébrolésé la performance occupationnelle, ce serait peut-être de pouvoir gérer son quotidien que ce soit tant au niveau des savoir-	« C'est dur, je suis une vieille ergo. L'air de rien, j'ai 10 ans de diplôme, je n'ai pas été formée à ça. Quelque chose auquel je me suis formée moi-même. Après, avec Coop, ça aide. C'est la personne qui va l'auto-évaluer. Déjà, c'est l'utilisateur pour moi qui va auto-évaluer sa performance occupationnelle sur une activité. Comment il réalise l'activité. Est-ce que son objectif sur l'activité est atteint ? Pour moi, c'est ça. Je ne sais pas si c'est vraiment ça. Pour moi, c'est ça. Ça fonctionne. Ça fonctionne, bon. »
--	---	---	--	--	--

		justement par rapport à ce qu'eux souhaitaient réacquérir aussi hein, par rapport on utilisait la MCRO, et etc... Voilà la notion aussi, comment dire, ben l'utilisation de COOP par exemple, enfin de de choses comme ça, et etc... Des outils qui permettent justement à la personne, bah d'apprendre un petit peu à faire les choses justement en essayant de trouver ses propres stratégies, comment dire ben de retrouver des habiletés en fait à qui lui sont propres, des stratégies qu'elle peut réutiliser par la suite et pas des choses qu'on amène toutes faites et que		faire, de pouvoir réaliser les activités de façon, ben en indépendance hein, sur le plan vraiment physique, d'être en capacité de les faire mais aussi d'avoir cette capacité à les organiser les unes par rapport aux autres, pour que ce soit équilibré. En fait que la personne elle puisse par exemple, aller travailler et gérer sa maison et gérer ses enfants par exemple. Voilà donc il y a quand même une histoire d'équilibre sur les activités entre elles. Pour moi c'est quelqu'un de performant sur le plan des occupations. L'enjeu se situe plus là à mon avis,	
--	--	--	--	--	--

		la personne soit obligée de se l'approprier et aurait plus de difficultés après... il y a quand même un décalage par rapport à ce qu'elles nous décrivent et c'est vrai que le bah, le fait de d'être capable de s'adapter, comment dire de la nouveauté hein, que ce soit un, un lieu de vie, du matériel... ben la personne puisse retrouver justement cette capacité à pouvoir s'adapter, à ces changements et de savoir un petit peu comment procéder pour ne pas se laisser dépasser ou stresser. »		sur la personne cérébrolésée. »	
	Evaluation de la performance occupationnelle	« Ce que j'utilise... Pour évaluer justement l'autonomie de la		« Après c'est un travail qui est long, parce que sur les cérébraux lésés il faut	« Si c'est moi qui évalue, il faut que je mette en situation. J'observe en

		personne, alors j'utilise un outil pour lequel j'avais été formé il y a quand même déjà pas mal d'années. Qui est canadien, c'est le profil des activités de vie quotidienne. Alors là je parle plus en termes d'autonomie généralement... au domicile des personnes. Sinon, je l'ai adapté aussi pour pouvoir le faire à l'UEROS ou voire à l'hébergement quand je vais voir des personnes. Donc c'est vrai que c'est moins évident quand c'est ici, puisque puisqu'on vous demande en fait à la personne en termes d'autonomie de voir un		mettre en place des routines, il faut que ce soit enfin systématisé et du coup ça demande de répéter, répéter, répéter pendant longtemps. Au moindre qui déséquilibre ça peut complètement inquiéter de côté tous les moyens de compensation, tous les outils qui permettaient de mieux s'organiser donc, donc on fait aussi beaucoup appel à des relais quand sur la fin du stage UEROS on va on sollicite beaucoup les SAMSAH et les SAVS par exemple, pour faire perdurer les outils donc voilà. »	situation comment la personne va se débrouiller sur une activité. Mon code, sur le MCRO, c'est presque une échelle de 1 à 0, 1 à 10, un truc comme ça. En fonction d'où il se situe. Pour moi, il n'y a que de la mise en situation pour vraiment l'évaluer précisément. »
--	--	--	--	--	---

		petit peu si elle est capable de formuler un but... d'initier une tâche en fonction d'elle, ce qu'elle perçoit ou de ce qu'elle doit faire... C'est de voir un petit peu comment elle planifie, comment elle exécute. Et après si elle est en capacité justement, bah de de réajuster, de trouver des alternatives... Donc c'est plus par rapport à ça en fait, que j'utilise ce cet outil-là. Autrement non. La MCRO, c'est vrai que je ne l'ai pas réutilisée depuis que je suis arrivée ici... »			
--	--	---	--	--	--

	Facteurs qui influencent la performance occupationnelle	« Ça peut être de l'ordre cognitif ou voire comportemental. Les stagiaires, la plupart du temps, ont l'ensemble de leurs capacités physiques. Même si des fois il y a un petit reste d'hémiplégie ou des petites choses plus voilà sur le plan moteur. Mais c'est vraiment des petites choses assez fines... Généralement ça peut être de l'ordre cognitif, comportemental et voire peut-être même des fois psychologiques... Mais de ce que m'ont indiqué mes collègues, des problématiques des fois d'addiction assez importante... Malheureusement le stage		« Ben un premier facteur, la prise de conscience des difficultés, on n'arrive pas à accompagner les personnes qui de toute façon sont complètement anosognosique et qui pensent qu'elles n'ont aucun problème, donc voilà le premier facteur. Je pense que le deuxième facteur, l'entourage a un rôle très important parce que... pour faire certaines activités ou pour s'organiser, ben ça va être compliqué il va pouvoir se reposer sur personne... Mais ça peut aussi avoir l'effet inverse quoi, quand il y a déjà des dysfonctionnements organisationnels dans la	« Si je comprends bien la question, qu'est-ce qui va influencer la personne en elle-même, ses capacités, ses difficultés, sa motivation, son état d'esprit, la personne, au sens large, l'environnement. Qu'est-ce qu'on va avoir d'autre ? La personne et l'environnement, c'est déjà pas mal. Les apprentissages, l'habitude, l'entraînement. Pour la personne, c'est une grosse catégorie. »
--	---	---	--	---	--

		va être arrêté... Il y a d'autres problématiques avant à traiter. Donc voilà après c'est vrai que généralement alors pour entrer à l'UEROS, il y a une commission de préadmission. Généralement, le dossier médical va être étudié, comment dire, un entretien va être réalisé avec la coordinatrice, avec l'assistante sociale, et etc... Ce qu'il faut, c'est que la personne qui fait la démarche de vouloir venir à l'UEROS soit aussi investie et soit demandeuse et en fait la personne a fait à peine une semaine et en fait ne souhaitait pas du tout		famille, bah du coup très compliqués pour la personne... La prise de conscience des difficultés, l'entourage après il y a certaines, il y a certaines difficultés qui vont particulièrement, certaines séquelles qui vont je pense être plus difficile à compenser pour pouvoir être plus autonome. Je pense notamment aux troubles de l'initiative un peu importants ça peut être compliqué avec ces profils-là, après il y a, il y a des tas de facteurs enfin ça dépend aussi la personne, ce qu'elle faisait avant ou est-ce qu'elle a déjà vécu en autonomie, a déjà des savoir-faire sur	
--	--	---	--	---	--

		s'investir dans un projet quel qu'il soit en fait hein, social, professionnel ou autre... »		lesquels s'appuyait où est-ce que elle en part de zéro c'est pareil sur le plan professionnel, hein quelqu'un qui avait déjà des études et un certain niveau bah ça va être quand même plus facile de se réinsérer que quelqu'un qui n'avait enfin qui a réussi à faire aucune formation, qui a un tout petit niveau voilà... »	
L'équipe interprofessionnelle	Compréhension de l'équipe et des moyens de communication	« Au niveau de l'UEROS, donc on est dans le secteur médico-social, on a une directrice... la responsable de l'ensemble des professionnels ici c'est une coordinatrice, donc c'est elle va prendre les décisions. En fait, qui est neuropsychologue...	« Il n'y a pas, dans une structure médico-sociale, les moyens, ça n'attrapera jamais un kiné, je pense, ce genre de structure, comme on fonctionne. Il pourrait y avoir un APA, et c'est en réflexion. Mais aujourd'hui, il n'y a pas. Il	« Voilà sur la structure on est 3 ergothérapeutes..., on est 2 à temps plein et une à 80%, on a une neuropsychologue à mi-temps qui sur son autre mi-temps a sur un poste de coordination sur l'UEROS c'est elle qui coordonne les parcours...	« : L'équipe est assez nombreuse. Il y a des réunions de service toutes les semaines, voire toutes les deux semaines. Plus ce sont des réunions au emploi du temps, plus c'est des échanges informels... Les phases d'évaluation sont assez

		On a donc une secrétaire médicale, il y a un médecin de réadaptation à la médecine physique qui est là à 20%. On a aussi une psychologue, deux ergothérapeutes dont un référent professionnel, on a deux moniteurs éducateurs, on a un chargé en insertion professionnelle, on a également trois chargés d'insertion. Donc les chargés d'insertions sont généralement, comment dire, très peu présents ici à l'UÉROS puisque en fait ils se partagent le secteur des hauts de France et en fait eux sont censés accompagner les stagiaires une fois qu'ils	n'y a pas d'APA. C'est peut-être quelque chose qui viendra. Effectivement, ça pourra avoir du sens. En fait, cette complémentarité, on ne la retrouve pas avec un APA qu'on n'a pas, mais avec les moniteurs-éducateurs sur cette étape. Ils commentent aussi la capacité d'orientation à ce moment-là. C'est plus la neuropsychologie qui capte ça pour l'approfondir, mais nous, c'est intéressant à notre niveau de le savoir. J'ai une évaluation qui est assez perso à ce stade-là, parce qu'elle parle du	des stagiaires, on a une psychologue du travail à 20%, une assistante sociale à 50%, une psychologue clinicienne à 10%, un médecin à 10% et une secrétaire à 50% voilà. Donc on est globalement des psy, des ergos et une assistante sociale dans l'équipe. » « Voilà que dire après sur l'UÉROS donc on est 3 ergothérapeutes on n'est pas référent d'un stagiaire c'est à dire que les 3 ergothérapeutes voient l'ensemble des stagiaires à minima sur l'évaluation et après selon les projets ça va être plutôt l'un ou plutôt l'autre voilà. »	individuelles... mais elles se rejoignent toutes à un moment donné. Ça permet d'avoir une vision un peu globale de la personne. Je suis la seule paramédicale de l'équipe, donc avoir un regard peut-être des fois aussi sur des éléments rapportés par les stagiaires, sur des douleurs, des choses comme ça, qui vont pouvoir faire du lien avec le médecin, l'assistante sociale et la charge d'insertion... C'est en lien entre le projet et les moyens de concentration que les deux apportent le lien. Avec les formateurs aussi, l'adaptation de
--	--	---	--	--	--

		auront finis leurs stage UEROS » « Alors, on communique par Mail... un logiciel qui s'appelle Ojiris et qui nous permet de transmettre des messages via quelque chose de vraiment beaucoup plus sécurisé, de transmettre des messages, et cetera, pour que chaque collègue sache un petit peu où le stagiaire en est par rapport à telle ou telle problématique. Ouais donc on essaie vraiment de toujours communiquer... Au niveau des locaux, on est aussi dans un espace où on a chacun nos bureaux côte à côte en	physique essentiellement. Moi, je fais une photo d'un instant T parce qu'il faut partir d'un constat initial pour pouvoir commenter le projet. Et comme on n'est pas sur une idée de réentraînement, moi, ce qu'on me demande, ce n'est pas de faire évoluer leur capacité pour les rendre capables d'un job. C'est de faire l'état d'une situation pour apporter les conseils les mieux possibles par rapport à ce qu'ils visent comme projet pro pour aller vers une compatibilité immédiate. C'est quand même plutôt comme ça qu'on travaille. Une	« On a des staff tous les lundis matins, après on a des réunions sur chaque stagiaire des synthèses qui sont organisées à la fin du mois d'évaluation etc... Après franchement, on va pas se mentir, nous ça passe vraiment quasiment, systématiquement à l'oral. Ça nous a souvent été reprochés d'ailleurs, parce que bah du coup, nous on est tous bien au courant mais par contre dès qu'il faut transmettre à quelqu'un d'autre il y a aucune trace écrite. Voilà bon on essaie de tenir un petit peu des dossiers papier à jour, de prendre des notes lors des staffs, voilà pour qu'il y ait un	l'informatique, c'est la même chose pour l'ergo. En fait, ça reste une situation écologique... Aussi, tout ce qui va être une certaine vigilance sur tout ce qui va être... dans l'évaluation de la sensibilité avec les risques mis en danger de blessures... Avec la neuropsychologie, le lien entre le bilan neuropsychologique assis dans un bureau, papier, crayon, la mise en situation écologique... La psychologie aussi, on va avoir un lien sur là dernièrement, transport et déplacement, quelqu'un qui est très angoissé pour les transports... l'éducation, sur tout ce qui est autonomie,
--	--	--	--	---	--

		fait. Enfin, tout est vraiment regroupé. On a vraiment le pôle hébergement où là les stagiaires sont où c'est un petit peu un lieu de vie. On est vraiment regroupé, donc c'est assez facile en fait pour qu'on puisse se voir, et cetera, ce qu'il fallait, ce qui facilite ... les liens avec les collègues, les échanges... On a des synthèses, en fait, chaque vendredi après-midi est dédié à des synthèses... ce qui permet de réactualiser à chaque fois un petit peu là où en est le stagiaire et ce qu'on doit réajuster, comment on doit poursuivre l'accompagnement en	compatibilité avec le poste. On essaye de leur faire prendre conscience de leur capacité à travers nos éval et nos retours de bilan. Et quand les idées émergent, on essaie de mettre ces choses en relation. Et parfois, ils maintiennent sur certains trucs. Mais très souvent, c'est plutôt sur le versant cognitivo-comportemental que ça déconne. Parce que souvent, sur le versant physique, ils se connaissent quand même un peu. Donc, on a plus un commentaire. Et puis, il faut plus aller chercher des solutions si on sent que ça ne va pas	peu de trucs qui restent, mais ça passe à l'oral, on débrieife entre les séances, sur les temps du midi, en fin de journée, avant de partir, bah avec telle personne j'ai fait ça, faudra que tu reprennes avec elle, voilà ça passe principalement à l'oral. On a des staffs une fois par semaine mais après tous les jours en fait on échange sur les situations. »	hébergement, projet social aussi. Les secrétaires, pareil. Surtout ce qui va être rendez-vous, question administrative. Tout le monde, pour moi, est maillé et intervient et se complète en fait... » « Beaucoup d'orales, il y a un logiciel qui est en train d'être mis en œuvre, qui est en train d'être déployé, qui s'appelle Imago. Qui n'est pas spécifique à UEROS... Mail, comptes rendus d'accompagnement qui sont complétés, qui sont dans le dossier unique informatisé de l'utilisateur. On a beaucoup de moyens de communication, des fois un
--	--	--	--	--	---

		fonction de ce qui s'est fait. Voilà, à chaque fois tout est, tout est remis à plat pour qu'il y est vraiment un fil conducteur, enfin vraiment quelque chose, une continuité en fait dans l'accompagnement. »	marcher, pour que ça marche. Mais souvent, ils disent que c'est juste. Il y a des exceptions, bien sûr. »		peu trop. On a les bannettes aussi au secrétariat où on peut nous déposer les papiers... »
	L'équipe interprofessionnelle et la performance occupationnelle	« ça peut passer par un travail de réentraînement, réapprendre à la personne. Bah justement, à utiliser les bonnes stratégies, une façon de faire, et etc... De retravailler un petit peu tout ce qui est en lien avec l'organisation, avec aussi, bah la mise en place de de moyens d'aide matérielle humaine, et etc... Ça peut		« Bah du coup je pense que j'ai déjà répondu sur certaines, certaines questions précédentes mais ben sur le fait de prendre conscience des difficultés déjà, qui impactent cette performance et puis sur le travail de donner une compensation de mise en place de moyens de	« Je ne vais pas dire qu'on est sur quelque chose d'expérimentale mais chaque usager est unique, et il y a tellement de parcours possible et d'orientation possible qu'on est moins sur quelque chose de calibré comme de la rééducation. C'est assez structurel, certain font du social,

		passer un petit peu par toutes par tous ces aspects-là en fait hein de de pallier en fait à certaines problématiques. Où la personne aura peut-être la capacité de mettre en place seule. Les moyens de compensation qu'on pourra lui préconiser, et etc..., ou les stratégies qu'on lui aura apprises. Pour pouvoir justement gagner, gagner en autonomie, que ce soit dans son quotidien, mais aussi par rapport à l'aspect, l'aspect professionnel. »		compensation. De toute façon c'est, qu'on a ces difficultés et puis savoir les compenser hein, c'est ça qui, c'est ça qui est la clé de toute façon pour pouvoir être autonome. »	certain du pro, pour travailler un projet global... Donc la réponse clairement est oui l'équipe interpro facilite la performance occupationnelle mais après je pense pas de la même façon avec tous les usagers. »
L'accompagnement de la structure UEROS	L'accompagnement à long terme et après l'UEROS	« Au départ, les stagiaires viennent pour 14 semaines, donc présent ici, à l'UEROS. Selon		« Et bah bonne question hein bonne question ben, nous on a un suivi à 2 ans, l'avantage qu'on a c'est	« C'est pas forcément l'efficacité de l'ergo en lui-même, ça va être l'efficacité de l'UEROS,

		comment évolue le projet, parfois ça peut mettre plus de temps pour certains que pour d'autres, ou des fois sur l'aspect pro, ils sont partis dans un domaine et finalement se rendre compte que bah, ce n'est pas là-dedans qu'ils souhaitent qu'ils souhaitent aller ou se diriger. Donc dans ces cas-là, il faut refaire un travail d'émergence, etc... Donc on peut prolonger en fait le stage, on peut le prolonger donc ici en présentiel pour poursuivre un peu les démarches, et cetera avec eux. Et sinon, ben voilà, les choses se mettent en place progressivement, le stage		que tous les stagiaires qu'on reçoit, ils sont suivis sur notre pôle sur l'hôpital donc même si on ne les voit plus à l'UEROS, ils sont toujours suivis par un médecin référent. En fait, ici puis les voix, tous les 6 mois, ou tous les ans, ou tous les deux ans. On a parfois des nouvelles par les médecins qui les suivent sur le pôle. Après, c'est dur d'évaluer l'efficacité, je pense que. Ça peut être évalué par bah, déjà tous les projets d'insertion qui se concrétisent hein, quand nos stagiaires ils sont embauchés. La fin, ou sur des trucs très concrets	c'est 6 mois, il y a l'accompagnement avant, l'accompagnement après, mais c'est transitoire, en fait. C'est vraiment de l'orientation. On travaille un projet, on oriente, mais on va pas jusqu'à l'insertion au contrat. Ça peut arriver, mais au final, c'est pas ça l'objectif. Je pense que l'efficacité, la pertinence, pendant le suivi avale. Après le parcours UEROS, quand on les accompagne à la mise en œuvre de leur projet. Si on fait une orientation sociale sur un SAVS ou un SAMSA, on les accompagne en fonction des besoins, mais dans les démarches, dans le dossier
--	--	---	--	--	---

		est envisagé, etc... Au bout de ces 14 semaines, on peut avoir ce qu'on appelle en séquentiel, c'est à dire que le stage va se passer à proximité de chez eux, donc ils seront chez eux, iront en stage et mon collègue ergo qui travaille sur l'aspect professionnel va se rendre une, 2 ou 3 fois selon les besoins sur le lieu de stage, rencontrer bah la personne, accompagner avec un des moniteurs d'atelier etc... Ou un professionnel qui l'accompagne sur le poste envisagé. Et donc va y avoir justement des points qui vont être qui vont être bah vus par rapport à ça,		quand ils prennent un appartement, ou voilà qu'ils arrivent à s'insérer sur des choses de loisirs aussi, enfin tout ce qui, toutes les activités qu'ils arrivent à mettre en place, suite au stage quoi. Pendant le stage ou après le stage, des choses qui se concrétisent et qui durent dans le temps... Donc des fois, c'est qu'on a aussi des nouvelles de voilà, il y en a certains qui passent nous voir, il y en a certains à qui on passe des coups de fil. On a quand même j'y pense en parlant, on organise des cafés, des anciens à peu près 2 à 3 fois par an, pareil, on invite les	MDPH, dans la prise de contact avec un service qui serait potentiellement le service qui les accompagnerait, jusqu'à la mise en œuvre du lien du service, en fait. Ce serait ça. »
--	--	---	--	--	---

		aux capacités de la personne, etc... Donc il y a cet aspect-là et puis quand tout a bien été défini au niveau des objectifs, etc... Et on sent que la personne, bah voilà, elle est prête à poursuivre on fait, on établit ici au niveau de l'UEROS, donc chaque professionnel donne un compte-rendu final, et c'est la coordinatrice, en fait, qui va faire toute une synthèse de l'ensemble de ces comptes-rendus en reprenant les différents objectifs qui ont été travaillés et qui doivent être poursuivis, pour finaliser en fait, chaque, comment dire, bah chaque		anciens stagiaires UEROS, donc bah c'est principalement ceux qui vivent aux alentours, hein, parce qu'après on a plein qui sont dans d'autres départements. Donc ils viennent pas sur un après-midi juste pour nous dire comment ça va, mais on a quand même ces temps où bah les anciens ils peuvent venir et du coup ça nous permet d'avoir des nouvelles et de savoir comment ça se passe pour eux. Puis des fois ils retrouvent des gens qu'ils avaient connu sur les stages, sur la période de stage, donc c'est chouette. Voilà après, au niveau de l'efficacité, c'est dur à	
--	--	--	--	--	--

		objectif en fait, enfin chaque voilà. Et une fois que ça s'est fait, ce compte-rendu, en fait, va être remis à la chargée d'insertion du secteur où habite la personne. Les chargés d'insertion peuvent accompagner la personne sur les 2 ans suite à sa sortie du stage UEROS s'il le souhaite, bien sûr ce n'est pas une obligation, c'est fortement recommandé et parfois il y en a quelques-uns qui refusent pour des raisons X ou y.		dire. Nous comme, on les voit enfin, moi particulièrement, j'ai du mal comme on les voit tous les jours pendant 6 mois, un an, c'est dur devant l'évolution, donc souvent, c'est plus quand on fait le bilan de fin de stage et on se dit, Ah oui, il y a quand même tout ça qui a été fait, et tout ça qui se concrétise, oui, quand même c'est vrai qu'il a fait du chemin par rapport, par rapport à un quand il est arrivé. Voilà, après c'est les retours des patients eux-mêmes, hein, des fois, eux nous disent, ben j'aurais jamais fait tout ça tout seul, si j'avais pas eu	
--	--	---	--	--	--

				d'accompagnement, j'aurais pas pu finaliser ça. Les familles aussi des fois peuvent vous faire des retours, mais ouais, ça reste. Enfin voilà, on n'a pas, on n'envoie pas un questionnaire, on n'envoie pas voilà il y a pas de choses très concrètes quoi... Ceux qui sont revenus parce qu'effectivement ça arrive, qu'ils refassent des stages UEROS, c'est ceux pour qui, on n'avait pas pu finaliser le projet parce que c'était pas le moment, parce qu'il y avait des problématiques de santé importantes ou parce que enfin, il y avait d'autres choses à régler avant. Et	
--	--	--	--	---	--

				donc ils reviennent à un moment où c'est plus opportun. Je pense que ça a pu arriver, de sinon, que des stagiaires reviennent alors. Je repense s'il y en a une, moi qui est, qui est venue enfin que j'ai rencontré moi, mais que les autres connaissaient déjà d'il y a 10 ans. Mais pareil, son stage s'était arrêté parce qu'elle avait eu des problématiques de santé. Là, il y en a un qui revient, mais pareil, ça s'était arrêté, parce qu'il allait y avoir un enfant qui avait et il gérait pas son diabète et enfin bon, c'était tout un bazar, qui fait que c'était, pas le moment, donc là il	
--	--	--	--	---	--

				revient. J'ai pas d'exemple moi perso sur mes 5 ans. Peut-être que, peut-être que mes collègues, c'est oui, c'est vraiment les personnes qui ont pas pu finaliser. Donc du coup, qui reviennent quand ils se sentent mieux et peut-être plus adaptés, avec plus de stabilité dans leur vie, plus disponible pour travailler sur l'insertion avec beaucoup moins de, beaucoup moins de freins sur le plan médical déjà et familial. Voilà, il y a des événements des fois qu'ils font que c'est pas le moment. »	
--	--	--	--	--	--

	Défis rencontrés par les ergothérapeutes en UEROS	« Ça peut être de l'ordre cognitif ou voire comportemental. Le plus, c'est vrai, que nous ici, bah les stagiaires, la plupart du temps, ont l'ensemble de leurs capacités physiques. Même si des fois il y a un petit reste d'hémi-parésie ou des petites choses plus voilà sur le plan moteur. Mais c'est vraiment des petites choses assez fines. Ouais, généralement ça peut être de l'ordre cognitif, comportemental et voire peut-être même des fois psychologiques. Il peut y avoir des problèmes, une problématique psychiatrique. De de ce	« « Moi je pense que les évaluations aujourd'hui, les évaluations médicale- là qui intervient en semaine 5, qui se concentre soit aspect physique, je trouve qu'elle n'est pas trop sectaire, je ne devrais pas me trouver seul avec le médecin, je pense et le stagiaire. J'aimerais que les éléments des autres collègues soient aussi mêlés à cette photo que le médecin fait parce que c'est aussi beaucoup les éléments psychologiques ou comportemental qui ont un impact sur le conseil qu'on donne dans l'orientation pro, l'aspect physique compte mais	« C'est toujours la prise de conscience des difficultés pour des personnes qui vont faire que choisir des ateliers qui sont pas adaptés quoi. Ben le défi, c'est de pouvoir, pouvoir négocier, faire comprendre à la personne que c'est pas, c'est pas le mieux pour elle que du coup ça pourra pas se concrétiser. Ouais, je pense que le défi, il est principalement là parce que sinon c'est pas, après, des fois, c'est qu'on sur des personnes aussi qui ont très peu d'idées. C'est pouvoir aussi les aider à identifier leurs, leurs compétences, leurs capacités et dans quoi ça	« C'est pas des défis de fou, c'est des contraintes structurelles. Pour moi, administrative, on est dans les structures du médico-social. Il y a tous les travers du médico-social. D'une structure, etc. Après, ça dépend des fonctionnements. Quand je suis arrivée, c'était avoir 10 euros pour aller faire l'hôtel, c'était remplir des paquets, avoir des délais pour trois semaines pour avoir 10 euros. Le genre de choses très fastidieuses, ça s'est amélioré. Les accueils, des fois, du fonctionnement en équipe, du travail pluri pro qui est très enrichissant. Quand il y a un caillou dans la
--	---	---	---	---	---

		que m'ont indiqué mes collègues, des problématiques des fois d'addiction assez importante, qui font que. Bah voilà, malheureusement le stage va être arrêté. Comment dire précocement, parce que voilà, il y a d'autres problématiques avant à traiter. Donc voilà après c'est vrai que généralement alors pour entrer à l'UEROS, il y a une commission de préadmission. Généralement, le dossier médical va être étudié, comment dire, un entretien va être réalisé avec la coordinatrice, avec l'assistante sociale,	l'aspect physique il est pas si compliqué que ça à contourner, on trouve des solutions. Il est pas vraiment bloquant alors que l'aspect cognitivo-comportemental ou cognitif même pure il est hyper bloquant parfois c'est cet aspect-là qui empêche la personne qu'on accompagne. Des fois elle est pas attentif à ce qu'elle fait, donc elle oublie des trucs et tout bah y a quand même des métiers qui sont pas accessibles et les moyens de compensation sont parfois un peu plus compliqué à trouver. Donc je pense que dans cette copie et cette ce	peut être utilisé. On a eu des fois des personnes qui étaient quand même très, très en difficulté, que ce soit sur le plan du langage, sur le plan moteur, sur le plan cognitif. Bon bah c'est vrai que quand c'est très cumulé, le projet d'insertion, il en est d'autant plus compliqué. Dans ce cas-là, c'est de pouvoir proposer des, des, des pistes enfin, ou alors de pouvoir faire aussi entendre à la personne que, comment peut-être que l'emploi c'est pas la question et que faut s'orienter sur autre chose. Ça, ça a pu arriver, par exemple, moi que je	chaussure, ça peut être désagréables aussi. La pluri pro aussi, c'est des compétences communes sur certains aspects. Il faut s'accorder avec les collègues. Il y a la neuropsychologie avec les visibles cognitifs, mais l'ergo voit des trucs cognitifs aussi. Sur l'ergo, ça va être tout ce qui est autonomie. L'éduc aussi va travailler sur l'autonomie. Qui travaille quoi, comment, pour aller dans le même sens pour l'utilisateur. Ça va être plutôt ce genre de choses. Après, à l'UEROS, on est limité dans le temps. Il y a des gens qui ont besoin d'un accompagnement plus
--	--	---	---	---	---

		et etc... Et c'est vrai que quand il y a des choses qui sont repérées, où on se dit voilà, là ça va être trop compliqué par rapport à l'accueil, il y a peut-être d'autres choses à soigner avant et puis aussi, ce qu'il faut, c'est que la personne qui fait la démarche de vouloir venir à l'UEROS soit aussi investie et soit demandeuse. Là on a eu encore eu le cas récemment de quelqu'un qui est venu parce que c'est l'épouse qui souhaitait que son mari vienne et en fait la personne a fait à peine une semaine et en fait ne souhaitait pas du tout	moment-là où le médecin prend l'information, il recolle les informations avec les gens qu'il a pas vu depuis longtemps avec les stagiaires et puis il apporte son regard et il acte des trucs. Je trouve que à ce moment-là qu'on est un regard plus concret en rapport avec les éléments des autres bilans, notamment en psy et neuropsychie et je trouve que ça permettrait de mieux dessiner son fonctionnement. Après moi dans ma pratique, je trouve que c'est pas évident, moi je fais des temps d'observation dans l'entreprise, je passe une demi-journée, mais du	travaille sur des plannings pour que les personnes, elles puissent voir qu'elles pouvaient occuper leur semaine, sans travailler en fait que leur semaine elle pouvait être quand même bien remplie. Je sais que ma collègue elle passe pas mal par les cartes besoins, j'ai besoin de me sentir utile ou j'ai besoin de d'être en contact avec des gens. Et du coup en se centrant sur les besoins, bah ça permet de se dire que c'est pas forcément le travail qui va répondre à ces besoins-là. Donc le défi c'était aussi de pouvoir trouver des alternatives quand les projets d'insertion ils sont	long, parce qu'ils ont besoin de beaucoup tester de choses, parce qu'ils ont un projet en tête qui est important pour eux. On sait qu'il ne va pas être adapté. Ils vont en stage et ce n'est pas adapté, c'est difficile. Pour déconstruire ce genre de choses, ça prend du temps. Des fois, 6 mois, ça ne suffit pas. On oriente sur d'autres types de structures qui permettent des accompagnements plus longs. Des fois, la conclusion du projet, c'est de continuer à travailler votre projet. Ce sont des contraintes structurelles et administratives. »
--	--	---	---	---	--

		s'investir dans un projet quel qu'il soit en fait hein, social, professionnel ou autre ? Donc voilà mais là je j'extrapole. Mais ouais donc ça peut être des problématiques de ce type-là en fait. »	coup c'est pas évident de transmettre notre démarche pour que les partenaires puissent apporter vraiment le mieux qu'il puisse quoi et moi là-dessus j'ai pas encore ma formule parce qu'on est face à des personnes qui nous priorise pas et elles ont pas un temps énorme. »	pas, ils sont pas possibles quand la personne elle peut pas s'insérer parce, il y a trop de difficultés et trop, trop de besoin d'adaptation. Ce n'est pas aussi laisser les personnes bon bah, vous pouvez pas travailler, tant pis hein, c'est pouvoir proposer autre chose. »	
	Amélioration de la pratique en ergothérapie en UEROS en mettant en place des nouveautés	« En fait, c'est vraiment d'essayer d'élargir en fait son un petit peu son champ de d'intervention et vraiment d'essayer d'amener en fonction des demandes de chacun, d'essayer de vraiment de les diriger, de les amener vers, comment dire, vers des solutions, en fait, je	« Honnêtement, il n'en existe pas vraiment d'outils très, très validés. C'est ça. Je pense que chacun fait un peu sa façon. Alors, ça change un peu. Ils ont développé un truc qui s'appelle l'ERGO Kit. ERGO Kit, en fait, c'est... Je n'ai pas eu accès	« Alors, à titre très personnel hein, et puis très actuel de mes questionnements en ce moment. Bah comme vous avez pu le voir, on est assez compartimenté dans nos champs d'action. Et c'est vrai que nous, on est très en difficulté dès qu'il manque quelqu'un.	« J'ai demandé à commander l'OTIOP pour aider à l'entretien. J'aimerais bien développer tout ce qui est travail sur l'autonomie. J'ai un projet de nuit de contact pour préparer l'entrée à l'hébergement, pour qu'ils puissent tester, se rendre

		trouve que on va beaucoup plus loin que par rapport à ce qu'on fait en rééducation où on voit les choses pour amener une autonomie du quotidien, etc..., pour amener la famille ou l'entourage, ou des aidants, etc... Là on va beaucoup plus loin en fait, en termes de demandes, des choses vraiment très spécifiques. Il y a eu un retour à la maison, il y a eu une prise de conscience aussi qui s'est faite, par rapport, bah aux difficultés que chacun ou chacune des personnes peuvent rencontrer, en fait on va vraiment beaucoup plus loin. C'est vrai qu'en	encore, mais c'est un matériel. Ça ressemble à une tour avec la possibilité d'ajuster la hauteur d'un plateau avec un placard ou deux pour y ranger, un peu hors du haut, des poids. Il doit y avoir aussi un dynamomètre et tout un ensemble de trucs qui rejoignent un peu ce que j'évalue, moi. J'ai compris qu'on ne pouvait pas être formé si on n'achetait pas le matos, sachant qu'il coûte environ 10 000 euros. Je vois ça peut-être comme un outil qui, à terme, pourra uniformiser les pratiques des gens qui font un peu ce que je fais, l'évaluation physique par	Dès qu'il y a une personne qui est en arrêt dans l'équipe. Du coup, du fait qu'on est très, enfin qu'on est vraiment cloisonné, les, les champs d'action, ça fait qu'on peut se retrouver en difficulté, donc c'est vrai que à titre personnel, dans mon UEROS où je travaille. Je pense que avoir plus, de plus, de diversité dans les champs d'action, en fait, qu'on puisse être plusieurs aux charges de certains domaines, ça permettrait d'être plus efficace et de mieux accompagner les personnes. C'est alors, c'est vraiment un questionnement très actuel puisqu'on a notre	compte et qu'on puisse évaluer un peu plus que sur du déclaratif. Évidemment, sur du déclaratif, des fois, on sait bien qu'il y a des grosses différences. Tout ce qui est CAAA aussi, parce qu'on a par période des usagers très aphasiques, qui ont des grosses difficultés d'expression et pour lesquelles, aujourd'hui, je me sens un peu démunie. J'ai une formation prévue, normalement, on va voir. Mais ce genre d'outil. J'ai aussi fait un appel à projets avec une autre structure UEROS, ils font des projets 3P. Des projets qui sont demandés aux élèves, de travailler
--	--	--	---	---	--

		rééducation chez les traumas crâniens, généralement quand il y a pas eu ce retour à la vie quotidienne, c'est compliqué de se projeter et il y a toujours ce côté oui mais j'y arriverai une fois que je serai sorti. Voilà, c'est ça a toujours été, souvent le discours qu'on entendait d'être dans de l'anosognosie, voire du déli, mais voilà, tant qu'on a pas été confronté, on peut pas se rendre compte. Là, on arrive à posteriori, on voit des gens qui ont été confrontés au quotidien et qui ont des demandes beaucoup plus spécifiques. Donc je dirais	rapport à l'aspect pro. Je me dis qu'à terme, si c'était un outil efficace, on pourrait imaginer que les médecins du travail réclament des comptes rendus ErgoKit... Parce qu'en fait, ça donne une méthode clé en main. Ça évite les petits trucs un peu maison qu'on peut chacun faire. Un peu ce que j'ai fait, parce que je n'ai pas trouvé mieux sur le coup et que je n'avais pas trop les moyens et qu'il fallait avancer... »	psychologue du travail qui a été, pendant, 8 mois et donc c'est vraiment poser des gros questionnements sur l'accompagnement professionnel, la définition d'un projet, parce que, bah, c'était elle qui faisait ça et que et que ça a été compliqué pour nous de rebondir là- dessus. Donc, je pense que ce, voilà avoir un peu plus de varier un petit peu ses champs d'action, je pense que c'est ce serait quelque chose d'important, nous sur l'UEROS. Après, après c'est dur à dire hein, parce que en termes d'approche et tout ça, on a tellement	avec des étudiants et des structures sur la création d'une base de données, d'applications qui peuvent servir de compensation aux troubles cognitifs. Et développer aussi tout ce qui est matériel, technique d'adaptation post- informatique. Aujourd'hui, on n'a pas beaucoup d'outils, c'est très onéreux, mais voilà. »
--	--	--	--	---	--

		que c'est là en fait nos missions par rapport à la mission d'ergo où on va aller beaucoup plus loin. Ouais, en termes de d'accompagnement ou d'amener de proposer des moyens pour pallier ou pour, voilà oui, pour compenser, pour, voilà. » « La mise en place d'ETP, ça pourrait être quelque chose d'intéressant... pour informer, pour guider. Ça peut peut-être interpeller certains justement, et de les accompagner après, de façon plus en individuelle justement, hein, vers des centres sur des retours. Donc voilà, c'est oui les choses qui peuvent être		emmené dans notre truc que bon, on, on n'est pas forcément une équipe qui stagne mais on n'a pas forcément, de mal à aborder des changements dans notre façon de faire, toutefois, ça, c'est, encore faut-il y penser quoi. Après ouais, spontanément je saurais pas trop, je saurais pas trop donner d'autres réponses à cette question. »	
--	--	---	--	---	--

		qui peuvent être mises en place à ce niveau-là. »			
--	--	---	--	--	--

Résumer

En neurologie, les jeunes adultes ayant subi un traumatisme crânien sévère présentent souvent limités des séquelles cognitives et comportementales qui limitent leur autonomie. Ces difficultés impactent leur retour à la vie sociale et professionnelle. L'ergothérapeute joue alors un rôle important en accompagnant la réadaptation et en soutenant la performance occupationnelle. Dans les structures d'accompagnement dont les UEROS (Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou Professionnelle), une équipe interprofessionnelle intervient, incluant des ergothérapeutes, il est intéressant de savoir si la performance occupationnelle est prise en compte dans cet accompagnement.

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence l'intérêt de l'ergothérapie afin de permettre à ses jeunes adultes une performance occupationnelle dans leur réinsertion sociale et professionnelle. Pour cela, une enquête qualitative a été réalisée lors d'entretien semi-dirigé auprès de trois ergothérapeutes issus de structure UEROS.

Les résultats montrent des pratiques variées selon les structures, avec une évaluation souvent subjective, peu standardisée, et rarement réévaluée à la fin du stage. La performance occupationnelle est bien prise en compte, mais le manque d'outils communs et de suivi limite la mesure réelle de son évolution. De plus, l'implication des ergothérapeutes dans le volet professionnel apparaît inégale, ce rôle étant parfois délégué à d'autres professionnels.

Cette étude met en lumière l'importance de mieux structurer les pratiques d'évaluation et de renforcer la collaboration entre professionnels pour améliorer la continuité de l'accompagnement.

Mot clé : traumatisme crânien sévère, performance, occupation, ergothérapie, accompagnement, réinsertion

Abstract

In neurology, young adults who have suffered a severe traumatic brain injury often face cognitive and behavioral impairments that limit their independence. These challenges affect their return to social and professional life. Occupational therapists play a key role in supporting their rehabilitation and promoting occupational performance.

Within UEROS (Units for Evaluation, Retraining, and Social and/or Professional Orientation), which are specialized support structures for these individuals, a multidisciplinary team, including occupational therapists, provides tailored interventions. This study explores how occupational therapy contributes to enhancing occupational performance in these settings.

The goal is to understand how the occupational therapist's work can support social and professional reintegration. To do this, a qualitative study was conducted through semi-structured interviews with three occupational therapists working in different UEROS.

The findings reveal varied practices between the structures. Occupational performance is taken into account, but its evaluation is often subjective, non-standardized, and rarely followed up over time. This lack of consistency makes it difficult to assess real progress. Additionally, the occupational therapist's role in professional reintegration appears limited in some cases, with this responsibility often assigned to other professionals.

This study highlights the need to better structure assessment practices and strengthen interdisciplinary collaboration to improve continuity and effectiveness in supporting occupational performance.

Keyword : severe traumatic brain injury, performance, occupation, occupational therapy, support, reintegration

