

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Ergothérapie**

**Echanges verbaux entre patients pairs traumatisés crâniens
sévéres et ergothérapeutes :**

Impact sur la prise de conscience des difficultés et sur le niveau de
satisfaction de la qualité de vie

Mémoire présenté et soutenu par
Marie CONQUET

En juin 2020



Mémoire dirigé par
Anne-Laure JAMMES-METZ
Ergothérapeute – Centre Hospitalier Esquirol

Remerciements

Ce mémoire a été pour moi une première expérience très enrichissante et formatrice pour mon futur métier d'ergothérapeute, tant sur le plan thérapeutique que sur le plan humain.

Je tiens tout d'abord à remercier ma Directrice de mémoire, Madame Anne-Laure JAMMES-METZ, pour ses conseils mais aussi pour sa disponibilité.

Mes remerciements aux formateurs de la filière ergothérapie de l'Institut Limousin de FORMation aux MÉtiers de la Réadaptation (ILFOMER), pour la qualité de l'enseignement dispensé, pour leur accompagnement pédagogique tout au long de ces trois années.

Un remerciement tout particulier à Monsieur Patrick TOFFIN, responsable pédagogique de la filière ergothérapie de l'Institut Limousin de FORMation aux MÉtiers de la Réadaptation (ILFOMER), pour son dévouement, pour avoir partagé son expérience et pour ses conseils, ce qui m'a permis d'aborder cet écrit avec plus d'aisance.

Je remercie vivement le Docteur Stanley BORDE, exerçant au sein du pôle Adrien DANY, pour m'avoir fait confiance en acceptant ce projet et en débloquant les fonds nécessaires pour parvenir à réaliser cette étude.

Merci également à l'ensemble des équipes du pôle Adrien DANY du Centre Hospitalier d'Esquirol de Limoges pour leur professionnalisme et leur disponibilité.

J'aimerais exprimer ma reconnaissance à toutes les personnes qui ont pris le temps d'avoir partagé tous ces échanges et qui m'ont aidée à faire avancer mon analyse.

J'ai une attention toute particulière pour toutes les personnes qui ont eu la gentillesse de participer à cette étude, qui m'ont donné l'occasion extraordinaire de mener cette expérience professionnelle, qui ont nourri mes réflexions et qui ont alimenté ma soif de connaissances pour ce métier.

Enfin, un grand merci à ma famille qui m'a soutenue pendant ces trois années d'école.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

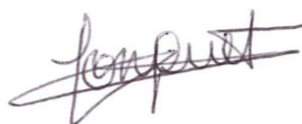
Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je soussignée Marie CONQUET

**Atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformée.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le vendredi 29 mai 2020



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute
Session de juin 2020
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Marie CONQUET

Etudiante de troisième année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : vendredi 29 mai 2020

Signature de l'étudiante

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'conquet', with a stylized flourish extending from the end.

Glossaire

En vue de faciliter la lecture du texte, les abréviations et acronymes utilisés sont explicités ci-dessous.

SNC : Système Nerveux Central

TC : Traumatisme Crânien

GOS : Glasgow Outcome Score

EVC : Etat Végétatif Chronique

EPR : Etat Pauci-Relationnel

EEP : Etat d'Eveil Prolongé

ECM : Etat de Conscience Minimale

AQNP : Association Québécoise NeuroPsychologues

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CERCL : Centre Expert et de Réhabilitation des Cérébro-Lésés

CRTCL : Centre de Ressources Traumatisme Crânien Limousin

UEROS : Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Socio-professionnelle

UMRPro : Unité Mobile de Réinsertion Professionnelle

UMRSco : Unité Mobile de Réinsertion Scolaire

UMRsf : Unité Mobile de Réinsertion sociale et familiale

HC : Hospitalisation Complète

HDJ : Hospitalisation De Jour

PCRS : Patient Competency Rating Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QOLIBRI : Quality of Life after Brain Injury

EGP : Equipe Gestionnaire du Parcours

HAS : Haute Autorité de Santé

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

Table des matières

Introduction.....	12
Du cadre théorique et conceptuel à la problématique.....	13
1. L'encéphale	13
1.1. Définitions et fonctions.....	13
1.2. Les différentes structures de l'encéphale.....	14
2. Le traumatisme crânien	14
2.1. Définition	14
2.2. Les indicateurs du niveau de gravité.....	15
2.2.1. L'échelle de Glasgow	15
2.2.2. L'amnésie post-traumatique.....	15
2.3. Les niveaux de gravité.....	15
3. Le parcours de santé du traumatisé crânien	15
3.1. L'évaluation initiale	15
3.2. L'état d'éveil prolongé.....	16
3.3. L'état de conscience minimale	16
4. Les séquelles liées au traumatisme crânien	16
4.1. Les déficits cognitifs.....	17
4.1.1. L'attention	17
4.1.2. La mémoire	17
4.1.2.1. La mémoire de travail.....	17
4.1.3. Les fonctions exécutives.....	18
4.1.4. Le langage.....	18
4.1.5. La cognition sociale.....	18
4.2. Les déficits comportementaux.....	18
4.2.1. L'anosognosie	18
4.2.2. La désinhibition	18
4.2.3. L'apathie	18
4.2.4. L'irritabilité et l'agressivité	19
5. Les étapes de soin du traumatisé crânien à Limoges	19
5.1. La prise en charge post-accident	19
5.2. Les structures du pôle Adrien DANY	19
6. La prise de conscience des difficultés chez le traumatisé crânien.....	20
6.1. La conscience	20
6.2. La prise de conscience	20
6.3. L'anosognosie.....	21
6.4. Evaluation en ergothérapie : Patient Competency Rating Scale.....	21
7. La qualité de vie chez le traumatisé crânien.....	22
7.1. La qualité de vie.....	22
7.2. Le concept des besoins fondamentaux.....	23
7.3. Evaluation en ergothérapie : Quality of Life after Brain Injury	24
8. L'ergothérapie en lien avec ces deux notions.....	24
9. Le regroupement	25
9.1. La pair-aidance	25
9.2. Le travail de groupe	25
9.2.1. La composition du groupe.....	25

9.2.2. La taille du groupe.....	26
10. Cadrage conceptuel	26
11. Problématique et hypothèses.....	27
Méthodologie	28
1. Les objectifs de l'étude et la méthode utilisée	28
2. Le choix de la population.....	28
2.1. La sélection des participants	28
2.2. Les critères d'inclusion et de non-inclusion.....	29
3. Le choix des outils d'évaluation	30
4. Le choix du lieu.....	30
5. Le déroulement des regroupements	31
5.1. Les regroupements.....	31
5.1.1. Le cadre d'intervention.....	31
5.1.2. La présentation de l'outil de travail	31
5.2. La clôture des regroupements et du groupe	33
6. L'analyse des résultats.....	33
6.1. L'analyse de façon individualisée.....	33
6.2. L'analyse de façon collective.....	34
Résultats.....	35
1. Présentation des résultats.....	35
2. Impact des regroupements sur l'ensemble du groupe	40
Discussion	43
1. Interprétation des résultats.....	43
2. La place de l'ergothérapeute dans cette étude.....	45
3. Les limites et les perspectives	47
3.1. Les limites	47
3.2. Les perspectives.....	49
Conclusion.....	51
Références bibliographiques	53
Annexes.....	60

« Au premier abord, la résilience peut se définir comme un processus dynamique qui implique la réorganisation psychique après un traumatisme et permet le développement normal en dépit des risques. Il s'agit de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, mais, la résilience ne se résume pas à une procédure adaptative face au danger. Elle implique que le sujet puisse se reconstruire et reprendre un développement malgré l'adversité, ce qui suppose le ressaisissement de soi après un traumatisme. »

La résilience surmonter les traumatismes, 2003 – Marie ARNAUT

Table des illustrations

Figure 1 : L'encéphale.....	13
Figure 2 : Pyramide de Maslow	23

Table des tableaux

Tableau 1 : Les structures du pôle Adrien Dany et leurs missions	20
Tableau 2 : Evolution en termes de cotation au PCRS	41
Tableau 3 : Evolution en termes de cotation à la QOLIBRI	41
Tableau 4 : Informations complémentaires et récapitulatifs des données.....	41
Tableau 5 : Récapitulatif global : Moyennes.....	42

Introduction

En France, nous ne dénombrons pas moins de 150 000 traumatisés crâniens chaque année, dont près de 8 000 décès et 4 000 comas. Les principales causes restent les accidents de la voie publique et les chutes souvent liées à la consommation d'alcool.

L'incidence chez les hommes est plus élevée que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge.

L'importance du traumatisme crânien en termes de mortalité et de morbidité en fait un véritable fléau et un problème de santé publique. (Mathé et al., 2005)

Au cours de ma formation, j'ai eu l'opportunité de réaliser un stage au Centre Hospitalier d'Esquirol au sein de l'Unité Mobile de Réinsertion sociale et familiale à Limoges. Cette structure a pour mission spécifique de favoriser le maintien à domicile des personnes traumatisées crâniennes dans leurs environnements.

Lors des accompagnements en ergothérapie, j'ai ressenti un sentiment d'impuissance lorsque je me suis retrouvée face à des patients cérébro-lésés, persuadés de ne présenter aucun trouble, alors qu'en réalité les déficits étaient nombreux.

Je me suis alors questionnée sur le niveau de prise de conscience des difficultés au quotidien des personnes n'ayant plus d'accompagnement en ergothérapie.

Par ailleurs, je me suis interrogée sur le niveau de satisfaction qu'ils ont de leur propre qualité de vie.

C'est face à ces questionnements et en possession de mes compétences d'étudiante en ergothérapie que j'ai ressenti la nécessité de créer des moments d'échanges, que l'on appellera des regroupements, entre personnes souffrants de traumatismes crâniens sévères.

Nous nous intéresserons donc au traumatisme crânien et à ce qui le caractérise, aux séquelles en particulier cognitives et aux accompagnements proposés à Limoges.

Nous tâcherons de relater le travail mis en place autour des regroupements et enfin de répondre à notre questionnement, en validant ou non nos hypothèses de départ.

Du cadre théorique et conceptuel à la problématique

1. L'encéphale

1.1. Définitions et fonctions

L'encéphale se compose de trois parties : le cerveau, le cervelet et le tronc cérébral. L'encéphale est entouré de nombreux os qui forment le crâne.

La partie inférieure de l'encéphale est reliée à la moelle épinière ; tous deux forment le Système Nerveux Central (SNC). Les nerfs rachidiens assurent la transmission de signaux électriques, des informations, en direction et en provenance de l'encéphale et de la moelle épinière.

L'encéphale constitue le centre de commande de notre corps. Il est capable d'interpréter constamment les influx nerveux qu'il reçoit et d'envoyer de nouveaux signaux par l'intermédiaire de mouvements corporels volontaires (par exemple lever la jambe) mais aussi des mouvements involontaires (par exemple réguler notre température corporelle).

Le cerveau présente une latéralisation fonctionnelle, autrement dit, certaines de ses parties sont plus spécifiquement en charge de certaines fonctions ou activités. Il est composé de deux hémisphères : majeur et mineur. Le corps calleux relie les deux hémisphères et il permet la transmission d'informations entre eux.

L'hémisphère majeur contrôle les fonctions dites « verbales » comme le langage verbal et écrit, le traitement analytique, le raisonnement, la logique, le calcul...

L'hémisphère mineur gère les fonctions dites « non verbales » comme le traitement global, la gestion des informations visuelles et tactiles, l'organisation spatiale, le sens artistique, l'humour, la reconnaissance des visages et des formes, le ton de la voix et les émotions.

Chaque hémisphère est subdivisé en quatre zones : Le lobe frontal, le lobe pariétal, le lobe temporal et le lobe occipital. (Tiedemann, 1823)

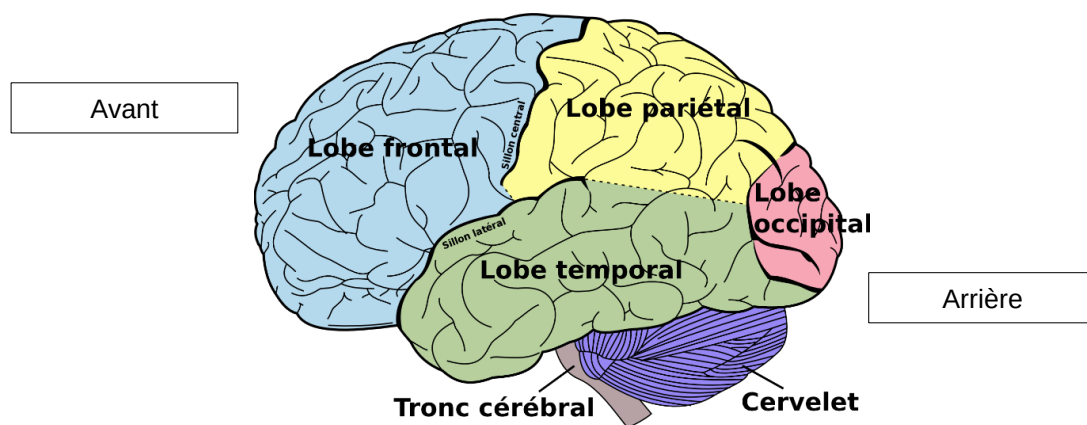


Figure 1 : L'encéphale

1.2. Les différentes structures de l'encéphale

Le lobe frontal se situe à l'avant du cerveau, sous l'os frontal, devant le sillon central. Il a comme principale fonction la cognition et les fonctions exécutives ; il a un rôle dans le comportement, la mémoire, la planification, l'inhibition, la prise d'initiative, la résolution de problème, la prise de décision, l'organisation, les interactions sociales, la flexibilité mentale et aussi la personnalité, la régulation des émotions et du jugement de l'individu.

Le lobe pariétal se situe au-dessus des lobes temporal et occipital, et à l'arrière du lobe frontal. Il assure l'intégration des informations issues des différentes modalités sensorielles. Il a un rôle important dans le langage, la compréhension et dans les fonctions visuo-spatiales.

Le lobe temporal est situé derrière le lobe frontal, il s'étend de chaque côté du crâne, en arrière des tempes. Il comprend les aires sensibles de l'audition et de l'olfaction, mais aussi celles du langage, en particulier l'aire de Wernicke. Il a aussi des rôles dans la mémoire sémantique et épisodique.

Le lobe occipital se situe au niveau de l'os occipital, sur la partie latérale et inférieure du cerveau. Il a comme fonction principale la vision ; il permet la reconnaissance des orientations et des contours des images.

Nous comprenons donc qu'en fonction de la zone du cerveau endommagée la personne n'aura pas les mêmes séquelles. (Thiebaut de Schotten et al., 2016)

2. Le traumatisme crânien

2.1. Définition

Le Traumatisme Crânien (TC) est une agression mécanique du crâne, des structures qui l'enveloppent et de ce qu'il contient, l'encéphale. Cela engendre une lésion cérébrale d'origine traumatique entraînant un dysfonctionnement du tissu cérébral. (Giffard & Eustache, 2019)

Le traumatisme sera plus ou moins grave en fonction de l'étendue des lésions provenant de l'énergie physique mise en jeu lors de l'accident.

On distingue deux types d'agression : L'agression mécanique directe et l'agression mécanique indirecte.

- L'agression mécanique est directe quand la tête heurte ou est heurtée par un objet. Il s'agit ici d'un mécanisme par contact.
- L'agression mécanique est indirecte lorsqu'il existe, lors de l'incident, un phénomène d'accélération (la tête est mise en mouvement) et/ou de décélération (la tête est arrêtée dans son mouvement). On parlera alors de mécanisme d'inertie.

Il existe trois degrés de gravité du traumatisme crânien ; le traumatisme crânien peut s'avérer léger, modéré ou sévère.

Le niveau de gravité du traumatisme crânien sera défini en fonction du score obtenu à l'échelle de Glasgow ainsi que de la durée de l'amnésie post-traumatique.

2.2. Les indicateurs du niveau de gravité

2.2.1. L'échelle de Glasgow

L'échelle de Glasgow a été développée par G.Teasdale et B.Jennet en 1974 à l'Institut Neurologique de Glasgow en Ecosse. Il s'agit d'un indicateur précieux pour déterminer le degré d'atteinte des troubles de la conscience. (*Glasgow Coma Scale*, 1974)

L'état de conscience du patient est évalué selon trois critères :

- L'ouverture des yeux,
- La réponse motrice,
- La réponse verbale.

Chaque critère est noté de 1 à 5. En additionnant ces trois scores, on obtient le score de Glasgow. Il peut varier de 3 à 15.

2.2.2. L'amnésie post-traumatique

L'amnésie post-traumatique est un trouble de la mémoire faisant partie de l'ensemble des symptômes psychiatriques caractéristiques qui apparaissent après l'exposition à un ou plusieurs événements traumatisants. (Viader, 2019)

La durée de l'amnésie post-traumatique a une valeur pronostic sur la réinsertion.

2.3. Les niveaux de gravité

Le traumatisme crânien léger correspond à une perte de connaissance brève de quelques instants (moins d'une heure) et une amnésie du traumatisme et des instants qui suivent (amnésie post-traumatique de durée inférieure à 24 heures). Le score de Glasgow est inférieur à 12.

Le traumatisme crânien modéré est un intermédiaire entre les deux niveaux. Le score de Glasgow est compris entre 9 et 12 inclus.

Le traumatisme crânien sévère est caractérisé par un coma qui peut durer plusieurs heures ou jours. Le risque de séquelles est beaucoup plus élevé. Le score de Glasgow est inférieur ou égal à 8.

3. Le parcours de santé du traumatisé crânien

3.1. L'évaluation initiale

Plus le temps passe, plus les complications peuvent être sévères. Il est impératif d'établir un diagnostic initial le plus précocement possible notamment pour que les professionnels puissent communiquer clairement entre eux du devenir des personnes.

La Glasgow Outcome Score (GOS) permet de systématiser des classes de devenir en termes de mortalité, de résultat fonctionnel du blessé. Le GOS 1 correspond au décès ; le GOS 2 à un état d'éveil persistant ; le GOS 3 a un handicap grave ; le GOS 4 a une

récupération partielle avec un handicap modéré et le GOS 5 a une bonne récupération. (Rubin et al., 2019)

Après l'accident, la perte de connaissance initiale est un signe fréquent. Deux issues sont possibles ; une reprise de conscience avec une amnésie post-traumatique ou alors aucune reprise de conscience et la personne tombera dans le coma. C'est ici que sera évalué le niveau de conscience.

L'encyclopédie Larousse traduit le coma comme étant une « *altération totale ou partielle de l'état de conscience* ». (Larousse, s. d.)

La personne se présente les yeux fermés avec une absence de réponse verbale, oculaire ou motrice volontaire lors des stimulations. Le coma traduit toujours une atteinte cérébrale grave. Il consiste en une phase transitoire évoluant soit vers le décès, soit vers une sortie du coma, soit vers une phase végétative.

La sortie du coma se traduit par une phase d'éveil. La personne ouvre les yeux mais cela ne signifie pas forcément un état de conscience. Soit le patient a un éveil constant ce qui permettra de mettre en place un programme de rééducation, soit le patient a un éveil prolongé qui pourra entraîner un état d'éveil prolongé ou un état de conscience minimale. (Laureys, 2006)

Selon la nouvelle nomenclature, l'Etat Végétatif Chronique (EVC) et l'Etat Pauci-Relationnel (EPR) ont été renommé, dans ce même ordre, par l'Etat d'Eveil Prolongé (EEP) et l'Etat de Conscience Minimale (ECM). (« Association des Familles de Traumatisés crâniens et Cérébrolésés de Gironde », 2019)

3.2. L'état d'éveil prolongé

L'état d'éveil prolongé s'observe par un état d'éveil, une ouverture des yeux en réponse à des stimulations verbales, la réapparition des cycles veille-sommeil, une régulation des fonctions respiratoires et cardiaques sans la présence d'élément en faveur d'une reprise de la conscience de soi ou de l'environnement tant au niveau comportemental que cortical.

3.3. L'état de conscience minimale

L'état de conscience minimale signifie que la personne a conscience d'elle-même et de son environnement. La personne sera capable de fournir des réponses motrices finalisées, de verbaliser de manière limpide, de manipuler des objets, de se comporter affectivement de façon adaptée et de suivre ou de fixer du regard. A ce stade, le patient peut entrer dans un processus de rééducation, de réadaptation et de réinsertion.

4. Les séquelles liées au traumatisme crânien

Suite au traumatisme crânien, les séquelles peuvent atteindre différentes dimensions, telles que les dimensions physiques, cognitives, affectives, familiales et sociales. (*Brochure à l'intention des familles et des personnes atteintes - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2016)

Pour notre étude, nous allons nous intéresser principalement aux séquelles cognitives.

4.1. Les déficits cognitifs

Selon l'Association Québécoise NeuroPsychologues (AQNP), les fonctions cognitives sont « *les capacités de notre cerveau qui nous permettent de communiquer, de percevoir notre environnement, d'interagir, de se souvenir d'événements ou d'accumuler des connaissances* ». (Les fonctions cognitives, 2020)

On associe bien souvent le traumatisme crânien au « handicap invisible » cependant quelle que soit la gravité du déficit, toute atteinte peut être porteuse d'une désorganisation psychocorporelle car elle va toucher soit l'instrument sensori-moteur qu'est le corps, soit le centre organisateur qu'est la cognition. (Barrou & Sarraf, 2014)

4.1.1. L'attention

Les capacités attentionnelles sont nécessaires au bon fonctionnement des autres fonctions cognitives et sont requises pour quasiment l'ensemble des activités de la personne.

Elles permettent principalement d'intégrer des données, de comprendre et de mémoriser des informations orales ou écrites, de se concentrer sur le travail en cours et d'émettre des pensées.

4.1.2. La mémoire

Il s'agit d'une des plaintes les plus fréquentes des blessés de l'encéphale et de leur entourage. Le système mnésique est composé de deux grands systèmes, contenant plusieurs sous-systèmes :

- La mémoire à court terme qui intègre la mémoire immédiate et la mémoire de travail,
- La mémoire à long terme incluant la mémoire épisodique, sémantique, déclarative et procédurale.

Selon une étude réalisée auprès de patients traumatisés crâniens, la mémoire à court terme est souvent préservée, néanmoins, la mémoire à long terme est déficitaire. Ces déficits persistent après le traumatisme crânien et impactent sur la réinsertion notamment professionnelle. (Azouvi, 2009)

D'après Vakil E, les troubles mnésiques seraient dus à une mauvaise stratégie d'apprentissage avec une mauvaise utilisation de l'imagerie mentale et de l'encodage sémantique. (Vakil, 2005)

4.1.2.1. La mémoire de travail

Il s'agit d'une mémoire à court terme permettant de stocker et de manipuler temporairement des informations afin de réaliser une tâche particulière. Après un traumatisme crânien, le blessé aura des difficultés au quotidien, par exemple pour suivre une conversation à plusieurs personnes.

4.1.3. Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives favorisent l'adaptation d'une personne aux situations nouvelles ou complexes, la définition d'un but ou d'un objectif à atteindre, la mise en œuvre de stratégies pour y parvenir et le contrôle du résultat. (Petit et al., 2019)

4.1.4. Le langage

Après l'accident, des difficultés langagières dans l'expression et/ou dans la compréhension et/ou dans le versant oral et/ou écrit peuvent apparaître. Il peut exister des perturbations à différents niveaux : Dans la voix (intonation), dans la parole (articulation) ou dans le langage (manque de mot, néologisme, etc...).

On parle d'aphasie ; Il s'agit d'un trouble du langage acquis secondairement à une lésion cérébrale. (MAZAUX et al., 1997)

4.1.5. La cognition sociale

La cognition sociale renvoie à l'étude des processus par lesquels les gens donnent du sens à eux-mêmes, aux autres, au monde qui les entoure, ainsi qu'aux conséquences de ces pensées sur le comportement social. (Ric & Muller, 2017)

Chez le blessé de l'encéphale, on pourra observer des difficultés d'interprétation et d'attribution d'états mentaux ainsi que des confusions dans la compréhension et prédiction du comportement d'autrui.

4.2. Les déficits comportementaux

4.2.1. L'anosognosie

Il s'agit d'une absence de conscience ou méconnaissance, partielle ou totale d'un déficit consécutif à une lésion cérébrale. (Bastin & Salmon, 2020) L'anosognosie fait partie d'une notion clef de cette étude, nous la définirons plus spécifiquement dans le paragraphe concernant la prise de conscience des difficultés chez le traumatisé crânien.

4.2.2. La désinhibition

La désinhibition se caractérise par une perte de contrôle du comportement. Cela peut se manifester par de l'impulsivité, de l'euphorie, des indiscretions sexuelles, de l'humour inadapté et de la familiarité.

4.2.3. L'apathie

Il s'agit d'un défaut d'initiative avec une réduction de la motivation, un isolement social, une pauvreté du discours et d'une platitude des affects. La personne n'aura plus goût à rien, plus de centres d'intérêts et restera inactif.

Chez le patient traumatisé crânien, l'apathie peut survenir plusieurs années après le traumatisme. L'apathie entrave la rééducation, le devenir professionnel, l'autonomie au

domicile, et augmente la charge ressentie par la famille. (*Recommandations de bonne pratique - Troubles du Comportement chez les Traumatisés Crâniens*, 2013)

4.2.4. L'irritabilité et l'agressivité

L'irritabilité peut être définie comme une réaction excessive avec excès de colère non justifié. L'agressivité peut être dirigée contre les objets inanimés, contre soi ou contre les autres. Chez le traumatisé crânien, on parle de perte de l'autocontrôle, le « dyscontrol ». Il s'agit d'une agressivité hostile entraînant des explosions verbales pour de minimes provocations. (M.D et al., 2018)

Nous avons exposé les principaux troubles comportements et cognitifs. Il est important de comprendre qu'en fonction de la zone du cerveau atteinte, chaque blessé de l'encéphale aura plus ou moins de trouble à des niveaux bien différents.

5. Les étapes de soin du traumatisé crânien à Limoges

5.1. La prise en charge post-accident

L'amélioration du pronostic des traumatisés crâniens repose sur une prise en charge initiale bien conduite et multidisciplinaire.

Tout d'abord, le blessé sera pris en charge par une équipe de Sapeurs-Pompiers (SP) ainsi qu'une équipe du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU). La personne sera transportée au service des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges. Elle sera directement conduite vers le service de réanimation, puis vers le service de neurologie.

En fonction de l'état du traumatisé crânien, le médecin neurologue du CHU et le médecin référent du Pôle Adrien Dany du Centre Hospitalier d'Esquirol déterminent ensemble l'orientation de ce dernier vers les différents services du pôle dédié aux blessés de l'encéphale.

5.2. Les structures du pôle Adrien DANY

Les structures du pôle Adrien DANY sont riches, cela permet une prise en charge complète, pluridisciplinaire et surtout la plus adaptée aux besoins du cérébro-lésé :

Structures	Missions
Hospitalisation Complète (HC)	Assurer des soins 24h/ 24h, des accompagnements adaptés à l'état de santé et des temps de repos en priorité
Hospitalisation De Jour (HDJ)	Mettre en place des programmes de rééducation et de réadaptation personnalisés et actualisés en fonction des progrès

Centre Expert et de Réhabilitation des Cérébro-Lésés (CERCL)	Structures	Missions
	Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Socio-professionnelle (UEROS)	Accompagner la personne dans l'émergence et l'élaboration d'un projet de réinsertion réaliste et réalisable avec un travail sur les centres d'intérêts et des mises en situations de vie familiale, sociale, scolaire, associative ou professionnelle
	Unité Mobile de Réinsertion Professionnelle (UMRPro)	Favoriser la reprise d'une activité professionnelle
	Unité Mobile de Réinsertion Scolaire (UMRSco)	Apporter une aide à la compréhension des séquelles et la mise en place d'adaptations scolaires
	Unité Mobile de Réinsertion sociale et familiale (UMRsf)	Evaluer l'autonomie, collaborer avec les autres professionnels, accompagner et soutenir les proches, trouver des moyens pour limiter les difficultés, préserver et développer des activités à l'extérieur
	Consultations et Equipe Gestionnaire de Parcours (EGP)	Evaluer, orienter, consulter et coordonner les accompagnements
	Centre de Ressources Traumatisme Crânien Limousin (CRTCL)	Coordonner et échanger, informer et former les aidants, analyser les besoins des personnes et rechercher et mettre en place des axes d'améliorations

Tableau 1 : Les structures du pôle Adrien Dany et leurs missions

6. La prise de conscience des difficultés chez le traumatisé crânien

6.1. La conscience

Jean PIAGET définit la conscience comme un « *fonctionnement normal du système nerveux aboutit* ». D'après lui, le processus de conscience est susceptible de se dérouler inconsciemment au cours d'un travail intellectuelle conscient. (*La conscience*, s. d.)

Jean PIAGET le démontre avec la métaphore d'une descente d'escalier ; Lors de cette activité, nous prenons en compte la hauteur et la largeur des marches, le moment où elles font place à un palier, mais nous ne prenons pas conscience de chaque mouvement de nos jambes et de nos pieds parce que ces mouvements s'adaptent d'eux-mêmes. Les processus consciemment contrôlés ne sont plus remarqués parce qu'ils sont devenus automatiques et habituels. C'est ici qu'intervient le problème de la « prise de conscience » : Pourquoi, en une activité globalement consciente, certains processus sont consciemment contrôlés, tandis que d'autres demeurent « inconscient » ?

6.2. La prise de conscience

D'après Jean PIAGET, la prise de conscience, c'est-à-dire le fait de devenir conscient de quelque chose et de comprendre quelque chose peut se réaliser au cours du développement ou avec un effort de réflexion.

En réalité, prendre conscience de ses difficultés relèverait d'une introspection de l'entièreté de notre être. C'est une sorte de contemplation de soi-même ; Il s'agit d'analyser ses capacités et son comportement le plus justement possible afin de savoir ce qu'on est capable de faire et ce qu'on n'est pas capable de faire. Il est nécessaire que ces caractéristiques soient régulièrement remises à jour en fonction de notre évolution.

6.3. L'anosognosie

Nous l'avons compris, une des richesses de l'être humain est sa capacité d'autoréflexion ou de métacognition. À la suite d'une lésion cérébrale, cette capacité peut être atteinte. On parle d'anosognosie. Ce terme se compose du préfixe a- et des racines grecques « nosos » : maladie et « gnôsis » : connaissance.

Comme nous l'avons exposé précédemment, certaines séquelles sont dites « visibles » : les troubles moteurs et d'autres ne le sont pas : les troubles cognitifs et comportementaux. L'individu ne présente pas, ou peu de déficits apparents, mais garde des séquelles cognitives qui le contraignent fortement. Le handicap invisible est un véritable obstacle à la réinsertion car difficile à intégrer par autrui et par le patient lui-même. (*Handicap et qualité de vie après un traumatisme crânien sévère*, s. d.)

Le patient anosognosique est un patient qui, de façon typique, est atteint d'un déficit dont il n'est pas conscient. Cela se traduit habituellement par le fait qu'il ne tient pas compte de ce déficit lorsqu'il évolue dans le monde, qu'il ne se plaint pas à autrui de ce déficit et qu'il n'intègre pas comme vraies toutes les tentatives d'explicitations concernant ce déficit par autrui. (Tammam et al., 2013)

Ce trouble a aussi un impact dans le processus de soin ; Certains auteurs ont montré qu'un patient qui présente un niveau de conscience de soi déficitaire aurait moins de facilité à être impliqué dans sa thérapie puisqu'il sera en incapacité de mettre du sens à son programme et d'appliquer des stratégies dans la vie de tous les jours. (Hartman-Maeir et al., 2002) (Katz et al., 2002)

Il ne faut pas associer l'anosognosie à un déni de la maladie. Le déni est un mécanisme de défense psychologique laissant les structures cérébrales intactes alors que l'anosognosie est un trouble neuropsychologique.

Du fait de ce déficit, certaines échelles ont été mises au point pour permettre l'estimation de ses propres capacités, et notamment le Patient Competency Rating Scale (PCRS).

6.4. Evaluation en ergothérapie : Patient Competency Rating Scale

Patient Competency Rating Scale (PCRS), traduit en français par l'échelle d'évaluation des compétences du patient, a été élaborée en 1986 par G. Prigatano et S. Borgaro. C'est un outil spécifiquement développé pour les victimes de traumatisme crânien. (Kolakowsky-Hayner et al., 2012)

Le PCRS est un instrument d'auto-évaluation composé de 30 questions demandant au sujet de juger combien il lui serait facile ou difficile de faire une activité particulière. Ce formulaire est rempli par le patient, le soignant et un proche. Les réponses du patient sont ainsi comparées à celles de l'autre personne interrogée. Toutes les questions sont cotées de

1 à 5 nommées ainsi ; 1 : « *il ne peut pas le faire* », 2 : « *ça lui est très difficile à faire* », 3 : « *il peut le faire avec quelques difficultés* », 4 : « *ça lui est presque facile à faire* » et 5 : « *il peut le faire avec facilité* ». (Annexe I)

L'objectif est donc d'évaluer le niveau de conscience qu'a le patient de ses propres capacités à faire différentes tâches pratiques incluant les activités de la vie quotidienne.

7. La qualité de vie chez le traumatisé crânien

7.1. La qualité de vie

D'après les chiffres les plus récents, nous comptons environ 9 000 décès par suicide par an. La France présente un des taux de suicide les plus élevés d'Europe. Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique dont l'impact en termes humains et économiques est important. (*Suicide et tentative de suicides*, 2019)

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit, en 1994, la qualité de vie comme étant :

« La perception d'un individu de sa vie dans le contexte de la culture et des systèmes de valeur dans lequel il/elle vit, par rapport à ses objectifs, ses attentes et ses intérêts. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. » (Health Promotion Glossary, s. d.)

La qualité de vie est un concept difficile à appréhender car il est multi-référentiel et dynamique. Multi référentiel car beaucoup de facteurs influencent l'appréciation de la qualité de vie et dynamique car la satisfaction que procure la vie est très fluctuante en raison justement de ces nombreux facteurs et de l'importance de la subjectivité dans cette appréciation. La qualité de vie s'apprécie d'après l'état objectif de la personne et d'après sa perception subjective de la situation.

L'observateur extérieur peut déterminer les facteurs favorisant ou défavorisant, mais la qualité de vie ne pourra effectivement être appréciée que subjectivement par l'intéressé lui-même. Les critères « être marié » et « avoir un travail » sont des facteurs favorisant, mais si la personne vit des conflits importants dans sa famille et au travail, ces éléments ne sont pas des indicateurs de bonne qualité de vie. (MOREL-BRACQ, 2001)

L'amélioration de la qualité de vie est un objectif commun aux professionnels de santé. Toutefois, alors que l'objectif de la médecine est de lutter contre la maladie, l'objectif de l'ergothérapie est de lutter contre les conséquences de la maladie. (*Le processus de l'ergothérapie.pdf*, s. d.)

D'après Mihaly CSIKSZENTMIHALYI, la qualité de vie devient étrange si les fonctions du corps restent atrophiées. Lorsqu'elles sont sous-développées, les sens nous donnent des informations chaotiques et entravent l'individu. Le fait d'explorer une ou plusieurs dimensions ignorées de nos capacités physiques, cognitives ou relationnelles peut nous permettre d'augmenter notre qualité de vie. (Csikszentmihalyi, 1993)

Une récente étude a été réalisé auprès de personnes victimes d'un traumatisme crânien afin d'identifier l'impact des interventions de soutien par les pairs sur l'intégration communautaire et la qualité de vie. Les résultats ont montré que l'effet de groupe apporte des améliorations significatives sur la qualité de vie. (Levy et al., 2019)

La personne va développer un certain nombre de besoins lui permettant de satisfaire son niveau de satisfaction de qualité de vie.

7.2. Le concept des besoins fondamentaux

Dans les années 1940, le psychologue Abraham MASLOW élabore une représentation pyramidale de la hiérarchie des besoins.

Dans ce modèle, les besoins sont d'abord centrés sur soi et sont d'ordres matériels et ils s'ouvrent progressivement vers les autres et deviennent d'ordres immatériels. Ils sont classés dans un ordre hiérarchique pyramidal ce qui impose de combler un besoin avant d'atteindre le suivant.

Le premier est le besoin physiologique (la faim, la soif, la survie, la sexualité, le repos, l'habitat), le second est le besoin de sécurité, ensuite le besoin d'appartenance (être aimé, être écouté, être compris, être estimé des autres, faire partie d'un groupe, avoir un statut), le besoin d'estime (sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur, conserver son identité) et enfin le besoin de s'accomplir (développer ses connaissances, ses valeurs).

Néanmoins, cet ordre hiérarchique peut ne pas être respecté de tous. En effet, certaines personnes peuvent être plus sensibles à un besoin particulier, indépendamment de la satisfaction ou non des besoins inférieurs.

Nous pouvons rattacher ce modèle, suggérant les critères d'un équilibre de vie, au concept de la qualité de vie en faisant l'hypothèse que la satisfaction progressive des cinq besoins pourrait conduire l'individu à une meilleure qualité de vie.

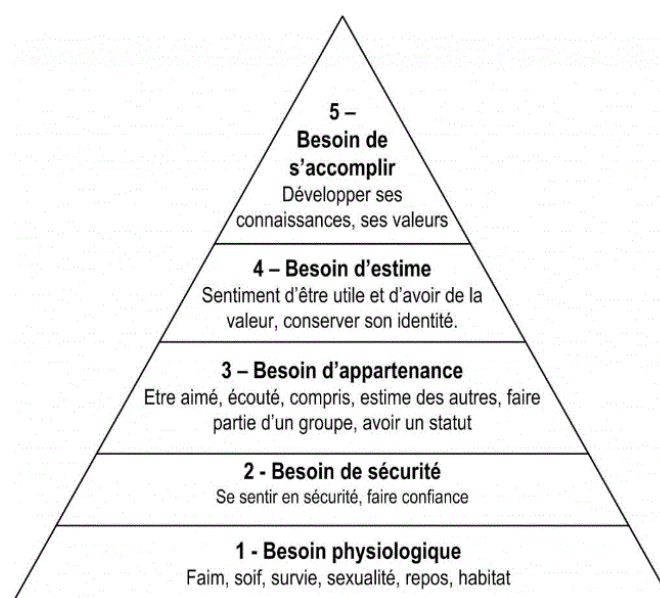


Figure 2 : Pyramide de Maslow

7.3. Evaluation en ergothérapie : Quality of Life after Brain Injury

La Quality of Life after Brain Injury, traduit en français par la qualité de vie après un traumatisme crânien, est une échelle internationale d'évaluation de la qualité de vie. Elle a été élaborée par un groupe de travail international, la Qolibri Task Force et dirigé par le Professeur Jean-Luc TRUELLE. Il s'agit du premier outil conçu spécifiquement pour les personnes atteintes d'une pathologie chronique acquise de type traumatisme crânien. (*Qolibri, qualité de vie après un traumatisme crânien*, 2012)

La QOLIBRI est un questionnaire porté sur l'opinion et la subjectivité de l'individu. Elle est composée de 37 questions, évaluant six domaines de la qualité de vie après un traumatisme crânien : le cognitif, l'affectif, le fonctionnel, le relationnel, le physique et l'émotionnel.

Cet outil est divisé en deux parties : la première partie permettant de connaître le niveau de satisfaction de la personne dans les domaines cognitif, affectif, fonctionnel et relationnel et la seconde interrogeant le degré de gêne ressentie par le blessé relative au physique et à l'émotionnel. Le score total des deux parties établit un profil de qualité de vie. Toutes les questions sont cotées de 1 à 5 nommés ainsi ; 1 : « *pas du tout* », 2 : « *peu* », 3 : « *moyennement* », 4 : « *plutôt* » et 5 : « *très* ». (Annexe II)

La QOLIBRI permet de hiérarchiser les objectifs relatifs au projet de vie de l'individu, de mesurer les progrès ou les régressions suite à la prise en soins et d'évaluer l'impact du programme de rééducation et de réadaptation mis en place.

8. L'ergothérapie en lien avec ces deux notions

Selon l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat, l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et celle de la santé.

L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, de trouver des solutions pour relever le défi du quotidien et d'accomplir les choses qui vous tiennent à cœur, de faire disparaître les barrières et de permettre d'agir, de retrouver votre rôle social et ainsi de mener une vie satisfaisante.

L'ergothérapie peut aussi permettre de prévenir un problème ou d'en réduire les effets, de prévenir, de réduire ou de supprimer les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. (*Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*, 2010)

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) ajoute que l'ergothérapeute a aussi pour rôle de conseiller et d'accompagner le patient tout au long de son parcours. (*La profession*, 2019)

En d'autres termes, l'ergothérapeute, en lien avec les deux notions exposées précédemment, a pour mission de faciliter et d'améliorer le quotidien et l'indépendance de la personne en trouvant des solutions adaptées et individualisées. Pour cela, il prend en compte l'environnement physique et social, les capacités et les volontés de la personne.

Enfin, il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social.

9. Le regroupement

Le regroupement permet aux personnes ayant des points communs de se réunir. Pour cela, des médiations peuvent exister comme la pair-aidance et le travail de groupe.

9.1. La pair-aidance

L'intervention des pairs s'inscrit dans une démarche de partage de connaissance et d'apprentissage par expérience commune vécue. Il s'agit d'une fonction innovante qui privilégie l'expertise du vécu, des liens sociaux, de l'entraide, du soutien moral, de la participation et de la citoyenneté.

D'après Isabelle ASTIER, « *L'approche par les pairs s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance entre l'individu portant le rôle d'intervention et celui portant le rôle de bénéficiaire* ». (*Transformations de l'intervention sociale*, 2009)

On parle « d'identité réciproque ». Le patient voit dans le médiateur un pair qui s'est rétabli et le médiateur reconnaît ce qu'il a été dans ce patient. (Cloutier & Maugiron, 2016)

Au travers les échanges verbaux, les personnes peuvent se transmettre un savoir expérimental, celui qui est acquis par l'expérience. Il s'agit d'un ensemble de compétences spécifiques qu'une personne développe lorsqu'une problématique de santé lui impose une adaptation importante. (Cardinal et al., 2013)

Dans notre étude, certains participants ont eu leur accident il y a vingt ans et d'autres plus récemment. C'est une action qui fait sens pour chacun ; d'un côté le sentiment de réalisation, d'entraide, de soutien, de fierté et de l'autre un sentiment d'être compris et se sentir rassuré.

9.2. Le travail de groupe

9.2.1. La composition du groupe

Le groupe est un ensemble de personnes ayant des caractéristiques communes ou des buts communs, qui se retrouvent ensemble au-delà de chaque individualité, dans un cadre de fonctionnement accepté par l'ensemble des personnes constituant le groupe. (*Groupes à visée thérapeutiques*, s. d.)

Il faut distinguer deux types de groupe :

- Un groupe est dit « fermé » si les participants sont toujours les mêmes pendant les différentes séances,
- Un groupe « ouvert » tolère la fluctuation des participants d'une séance à l'autre.

Roger MUCCHIELLI évoque dans son ouvrage Le travail en équipe la notion de cohésion qui représente pour lui la totalité des forces qui poussent les membres à rester dans le groupe. Il affirme que la valeur attractive des membres a deux sources principales : l'attrait que

présentent les activités du groupe et l'attrait des membres les uns pour les autres. (MUCCHIELLI, 2016)

Le thérapeute a ainsi un rôle important ; il doit impérativement favoriser l'entraide et la cohésion entre les participants et instaurer une relation de confiance pour que les bénéfices du groupe soient observables. (Morel-Bracq, 2009)

Pour le thérapeute, le travail de groupe génère du stress car on ne sait jamais à l'avance ce qui va se passer pendant la séance. Il est vrai que le processus groupal peut produire des réactions inattendues, et potentiellement explosives si des souvenirs enfouis dans l'inconscient refont surface.

9.2.2. La taille du groupe

Qu'il s'agisse d'un groupe dit « fermé » ou d'un groupe « ouvert », le thérapeute doit définir, en amont, la taille de son groupe.

Certains auteurs ont constaté qu'un groupe nombreux n'est pas cohérent pour les participants puisque la communication est perturbée et il y a plus de chance pour que des sous-groupes se forment. (MUCCHIELLI, 2016) (Delacroix & Galtier, 2005)

A l'inverse, si un groupe est trop petit, l'expression des désaccords est plus difficile et la tension augmente malgré les apparences. Selon Olivier DEVILLARD, « *la taille optimale se situe entre 6 et 9 personnes : « Suffisamment petit pour pouvoir partager, suffisamment grand pour être créatif »*. (Devillard, 2005)

10. Cadrage conceptuel

L'ergothérapeute utilise des modèles conceptuels pour cadrer sa pratique professionnelle. Il s'agit d'une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique.

Il en existe plusieurs ; les modèles généraux interprofessionnels, les modèles généraux en ergothérapie, les modèles appliqués interprofessionnels et les modèles appliqués en ergothérapie. Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes appuyés sur le modèle interactif ; il s'agit d'un modèle général interprofessionnel.

Tout d'abord, l'un des objectifs de ce modèle est d'explorer et de se servir des réactions réciproques de chacun. Ensuite, il s'agit de prendre en considération les difficultés de chaque membre du groupe et de tenter, au travers des échanges verbaux, de trouver des solutions.

Les objectifs secondaires sont d'analyser les réactions personnelles et/ou d'améliorer les capacités à exprimer leurs propres besoins. Enfin, l'indice de satisfaction et les ressentis des participants sont aussi pris en compte.

Ce modèle propose une vision plutôt holistique dans le sens où il s'intéresse à la perception de la réalité par la personne, à ses capacités de communication avec les autres et prend en compte la personnalité et le comportement des personnes qui composent le groupe.

Lors des groupes, le thérapeute est plus ou moins directif et attentif, plus ou moins facilitateur et toujours animateur et observateur. Pour évaluer l'intervention, l'observation et l'analyse sont primordiales.

Dans ce modèle, les modalités pour participer au groupe sont les suivantes ; les participants ont un contrat d'engagement approuvé par écrit ; le groupe est dit « fermé » ; le nombre de séance, les horaires et les règles de fonctionnement sont définies dans le contrat et enfin, le groupe doit pouvoir fonctionner dans un environnement sécurisant.

Nous nous sommes inspirées des modalités et du principe général de ce modèle pour créer nos regroupements.

11. Problématique et hypothèses

Nous avons pu constater, à travers ce cadre théorique, que le traumatisme crânien est un véritable problème de santé publique. Les déficits consécutifs aux séquelles ont un impact sur la vie quotidienne et compromettent fortement la réinsertion sociale, familiale, scolaire et professionnelle des personnes.

Malgré un accompagnement et des offres de soins de qualité prodigués aux patients, l'ensemble des séquelles ne peuvent être totalement guéries.

De plus, l'accompagnement en ergothérapie des personnes victimes d'un traumatisme crânien sévère ne peut se conduire à très long terme.

Certaines personnes ne bénéficient plus de suivi régulier hormis une consultation annuelle au sein du pôle avec leur médecin référent. Néanmoins les séquelles restent toujours présentes.

A travers ce cadre théorique, nous avons pu découvrir que l'apport du groupe pourrait permettre un soutien.

Cela a donc soulevé la problématique suivante :

Est-ce que les regroupements entre personnes souffrants de traumatismes crâniens sévères et ergothérapeutes seraient bénéfiques pour la prise de conscience des difficultés et/ou pour l'amélioration du niveau de satisfaction de la qualité de vie ?

De part ce questionnement, deux hypothèses en découlent :

- ❖ Les regroupements apportent une amélioration de la prise de conscience des difficultés.
- ❖ Les regroupements apportent une amélioration du niveau de satisfaction de la qualité de vie.

Méthodologie

Dans cette partie, il s'agit de présenter et d'argumenter la méthode employée pour mener à bien l'étude.

1. Les objectifs de l'étude et la méthode utilisée

En ergothérapie, nous rencontrons des personnes submergées par les douleurs et les frustrations. Chaque événement traumatisant produit un désordre dans l'esprit, c'est ce qu'on nomme entropie psychique. L'engagement dans un processus pourra permettre à la personne de lutter contre cette entropie psychique. (MOREL-BRACQ, 2001)

L'objectif principal, à travers cette étude, est de mesurer l'impact d'une action de groupe dans la prise de conscience des difficultés et dans le niveau de satisfaction de la qualité de vie.

Afin d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche, deux questionnaires couramment utilisés en ergothérapie seront exploités. La participation à l'étude et donc au groupe implique de remplir ces deux échelles avant le premier regroupement et après le dernier pour permettre d'établir l'étude.

Le but étant, à travers la comparaison des résultats obtenus aux questionnaires avant et après les regroupements, d'observer s'ils ont un bénéfice pour la personne et par ce fait, s'ils ont un intérêt à perdurer dans le temps.

Les objectifs secondaires sont de créer un lieu d'échange et de partage d'expérience favorisant l'expression des difficultés, d'élaborer un socle commun de connaissances et d'exprimer ou de chercher ensemble des moyens pour pallier leurs difficultés respectives.

L'étude s'étend sur cinq mois, d'octobre 2019 à février 2020, avec un regroupement par mois d'une durée de deux heures.

Les regroupements sont assurés par ma Directrice de mémoire et par moi-même.

2. Le choix de la population

2.1. La sélection des participants

Cette étude est élaborée en collaboration avec le pôle Adrien DANY du Centre Hospitalier d'Esquirol de Limoges.

Elle est au profit des blessés de l'encéphale qui sont suivis par le pôle.

Pour réaliser l'étude, nous avons défini des critères d'inclusion et de non-inclusion que nous avons transmis à l'équipe de médecins du pôle Adrien DANY afin qu'ils listent les personnes susceptibles de correspondre à nos critères.

Les médecins du pôle ont recensé au total 29 personnes dont 25 hommes et 4 femmes.

A l'issue de ce recensement, nous avons rédigé une lettre relatant le cadre de l'étude avec les objectifs attendus, les dates et le lieu des regroupements et les modalités pour participer à l'étude.

Au préalable, nous avons décidé de limiter le groupe à 8 participants au maximum.

Pour augmenter les chances d'obtenir ce quota de participant, la lettre ainsi que les deux questionnaires standardisés vierges ont été envoyés par courrier postaux aux 29 personnes.

Le principe est donc simple : si la personne souhaite participer à l'étude, elle doit prendre connaissance des conditions de l'étude, remplir les questionnaires standardisés et les renvoyer au pôle.

Quelques semaines plus tard, nous avons réceptionné 6 courriers postaux avec 3 réponses positives pour participer à l'étude et 3 réponses négatives pour cause d'indisponibilité.

Les 23 autres personnes ont été recontactées par appel téléphonique. Nous avons obtenu 3 réponses positives et 5 réponses négatives.

La secrétaire du pôle a réceptionné, quelques jours plus tard, les questionnaires standardisés complétés des 3 derniers participants.

Le groupe s'est donc formé, sur la base du volontariat, et se compose de 6 personnes : 5 hommes et 1 femme.

Ce groupe est dit « fermé » puisqu'aucun autre participant ne sera accepté au cours des 5 regroupements.

Enfin, quelques jours avant le premier regroupement, nous avons renvoyé un courrier postal aux 6 participants pour avant tout les remercier et rappeler le cadre de l'étude.

2.2. Les critères d'inclusion et de non-inclusion

Pour réaliser une étude, il est primordial de définir des critères d'inclusion et de non-inclusion au groupe.

La participation aux regroupements est réservée aux patients :

- Sexe : homme ou femme,
- Ayants un diagnostic de lésion cérébrale acquise,
- Ayants subis un traumatisme crânien sévère,
- Pouvant assister à l'ensemble des regroupements,
- Etants suivis ou connus par l'Equipe Gestionnaire du Parcours (EGP) ainsi que les autres services du pôle Adrien Dany.

La participation aux regroupements n'est pas réservée aux patients :

- Etants sortis de l'hôpital de jour il y a moins d'un an,
- Ayants des troubles psychiatriques et/ou addictologies processuelles,
- Ayants des difficultés massives d'adaptation sociale et/ou des troubles du comportement envahissants,
- Présentant des difficultés d'expression et/ou de compréhension invalidant la communication,
- Ne parlant ou ne comprenant pas le français,
- Présentant un important handicap auditif.

3. Le choix des outils d'évaluation

Les deux outils d'évaluation sont donc le Patient Competency Rating Scale (PCRS) et la Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI). Ces questionnaires ont pour but de mesurer l'impact d'une action de groupe dans la prise de conscience des difficultés et dans le niveau de satisfaction de la qualité de vie.

Contrairement à la passation habituelle, nous avons décidé, dans le cadre de cette étude, de faire remplir ces deux échelles uniquement aux participants car il s'agit bien de leurs propres ressentis qui est au centre de notre questionnement.

Nous avons choisi ces évaluations tout d'abord puisque ce sont deux questionnaires traduits et standardisés qui évaluent spécifiquement les deux notions que nous souhaitons mesurer.

De plus, nous les connaissons bien puisque nous les faisons fréquemment passer en ergothérapie dans notre bilan initial afin d'élaborer notre diagnostic.

Ensuite, la cotation est subjective. La personne s'engage donc à donner son avis personnel en lien avec ses propres ressentis.

Enfin, ce sont des questions simples et accessibles limitant ainsi les erreurs d'incompréhension et de mauvaise interprétation.

4. Le choix du lieu

Concernant le lieu des regroupements, nous avons privilégié une structure hors-hospitalière, c'est-à-dire une structure qui ne se trouve pas dans l'enceinte d'un établissement hospitalier.

Nous avons fait ce choix dans le but que les participants puissent se détacher du « milieu médical » dans lequel ils ont évolué, pour la plupart, durant de longues années.

Le retour dans une structure hospitalière peut, bien souvent, être source de « mal-être » chez la personne. (Raoult et al., 2017)

Pour cela, nous avons réalisé une étude de marché au sein de certains établissements recevant du public à Limoges, en prenant en compte certains critères notamment l'accessibilité, le tarif des consommations non-alcoolisées et les modalités de salles ou de tables que nous proposaient les responsables d'établissement. (Annexe III)

A la suite de l'analyse de l'étude de marché, notre choix s'est porté sur une brasserie située au centre-ville de Limoges (*Lieu A, cf. annexe III*).

C'est ainsi que nous y avons effectué les deux premiers regroupements. Or, les contraintes du centre-ville nous ont donc poussés à changer de lieu.

En effet, les participants nous ont fait des retours négatifs en raison de l'absence d'emplacement pour se garer et de l'affluence en raison des festivités en période de Noël.

Le responsable de la brasserie nous assurait un environnement calme avec une place stratégique dans la salle pour que l'on ne soit pas trop dérangés par les conversations des clients et enfin, nous avons demandé à plusieurs reprises que le son de la musique soit

légèrement baissé mais malheureusement, rien de tout cela n'a été respecté et prit en considération.

De fait, nous avons repris l'étude de marché et avons poursuivi les trois derniers regroupements dans un salon de thé en périphérie de Limoges (*Lieu F, cf. annexe III*).

Ce changement de lieu n'a occasionné aucune perturbation chez les participants. Au contraire, ils ont été très satisfaits du changement de lieu et nous ont fait un retour très positif sur le cadre. Ils ont trouvé le lieu chaleureux et agréable, facile d'accès et pratique pour se garer.

5. Le déroulement des regroupements

5.1. Les regroupements

5.1.1. Le cadre d'intervention

Lors du premier regroupement, nous avons posé le cadre en rappelant tout d'abord l'objet du regroupement et en exposant le déroulement général des séances.

Ensuite, nous avons effectué un tour de table afin d'établir les présentations. Ma Directrice de mémoire et moi-même avons commencé à prendre la parole, puis, chaque participant a suivi en énonçant ce qu'il souhaitait partager à l'ensemble du groupe. Aucune information à divulguer n'était imposée.

Nous avons précisé notre rôle au sein du groupe. Effectivement, il ne s'agit pas pour nous de diriger, ni d'encadrer, mais plutôt de guider le groupe. Par ce fait, nous avons précisé qu'aucune note ne sera prise lors des regroupements. Ainsi, le secret professionnel sera respecté.

Lors de chaque regroupement, nous avons été vigilantes à ce que l'ensemble du groupe fasse preuve de non-jugement, de respect et de tolérance envers autrui.

Aussi, nous avons suivi le présentiel de chaque participant en prenant en considération les motifs d'absence. (Annexe IV)

Lors des regroupements, l'ensemble des membres du groupe se sont exprimés en partageant leurs capacités, leurs limites au quotidien et leurs expériences respectives par le biais d'un outil ludique que l'on détaillera dans la partie suivante.

Nous avons présenté cet outil aux participants lors du premier regroupement et nous l'avons repris à chaque regroupement. Bien évidemment, nous participions aussi au jeu.

5.1.2. La présentation de l'outil de travail

Il s'agit d'un jeu nommé « Cérébrale Bataille ».

Ce jeu existait déjà au sein de l'Unité Mobile de Réinsertion sociale et familiale (UMRsf) du pôle Adrien Dany. Il a été créé et conçu par un ergothérapeute du pôle. Nous avons dû modifier et adapter certaines consignes pour notre étude.

Il permet à l'ensemble des membres du groupe de s'exprimer et il est susceptible de faire déclencher des réactions de la part des participants. Cette approche va permettre à la personne en situation de handicap d'être acteur de sa réadaptation et de réintégrer ses rôles. (ANESM - *Accompagnement des adultes handicapés psychiques.pdf*, s. d.)

L'objectif de cet outil est d'inciter les participants à amorcer la discussion, à partager leurs idées, à débattre sur certain sujet, à partager son expérience et à s'engager dans un processus de réflexion de groupe.

Pour comprendre le principe nous allons le présenter en expliquant son fonctionnement.

Le jeu se compose de deux catégories de carte ; Des cartes « lettres » où une lettre de l'alphabet est inscrite et des cartes « thèmes ».

Les thèmes sont les suivants :

- « La lésion cérébrale »,
- « Expliquer une difficulté »,
- « Activité de la vie quotidienne »,
- « Mon proche ou moi ».

Les règles du jeu sont simples pour qu'elles soient comprises et intégrées par tous.

Au départ, toutes les cartes sont faces cachées et étalées sur la table. On tourne dans le sens des aiguilles d'une montre et le joueur le plus jeune commence.

Le premier joueur retourne deux cartes et doit trouver un mot, une expression ou un groupe de mot. Le joueur situé à gauche du retourneur doit gérer la prise de parole des participants, doit animer la discussion et le débat pour donner suite au mot trouvé par le premier joueur.

Le mot, l'expression ou le groupe de mot doivent être donnés suivant des consignes bien précises :

- Si deux cartes lettres sont retournées, le joueur doit donner un mot ou un groupe de mots commençant par chacune des lettres ou contenant les lettres retournées.

Par exemple, avec les lettres « D » et « I », le joueur peut dire « *Je suis incapable de prendre ma douche seul* », ou il peut dire « *J'ai des difficultés à me faire à manger* »).

- Ensuite, si deux cartes thèmes sont retournées, le joueur doit donner un mot ou un groupe de mots en lien avec les deux thèmes demandés.

Par exemple avec les thèmes « La lésion cérébrale » et « Mon proche ou moi », le joueur peut dire « *Avec ma lésion cérébrale, j'ai dû mal à contrôler mon comportement et je m'emporte vite avec mes parents* ».

- Enfin, si une carte lettre et une carte thème sont retournées, le joueur doit donner un mot ou un groupe de mots en lien avec le thème et débutant ou contenant la lettre de la carte.

Par exemple avec la lettre « R » et thème « Expliquer une difficulté », le joueur peut dire « *J'ai des difficultés à me rappeler* » ou « *J'ai des difficultés à préparer mes repas* »).

Les participants se sont rapidement familiarisés avec cet outil.

5.2. La clôture des regroupements et du groupe

Pour clôturer chaque regroupement, tout d'abord, nous remercions l'ensemble des membres du groupe d'avoir participé.

Ensuite, nous rappelons la prochaine date du prochain regroupement en faisant une modification si nécessaire en s'adaptant aux disponibilités de la majorité du groupe.

A l'issue de cette programmation, certains membres du groupe utilisaient des supports tels un agenda, le calendrier du téléphone portable ou un post-it. A l'inverse, d'autres n'utilisaient aucun support.

Pour clôturer le groupe, il était prévu de maintenir un regroupement et d'effectuer, en ce même temps, la passation des deux questionnaires standardisés ainsi qu'un questionnaire de satisfaction anonyme. (Annexe V)

Néanmoins, compte tenu de la situation sanitaire très exceptionnelle de la gestion des risques du COVID-19, nous avons été contraintes d'annuler ce dernier regroupement.

C'est alors que nous avons envoyé à l'ensemble des participants, par courrier postal, les deux questionnaires vierges ainsi que le questionnaire de satisfaction.

Enfin, nous avons fixé une date butoir par rapport à la réception du courrier au 1^{er} mai 2020. Une fois cette date passée, l'analyse ne pourra malheureusement pas se faire.

6. L'analyse des résultats

6.1. L'analyse de façon individualisée

Pour analyser les résultats, nous allons procéder, dans un premier temps, de façon individualisée.

De cette façon, pour chaque participant, nous avons relaté dans deux tableaux distincts que nous exposerons dans la partie suivante, les réponses renseignées à chaque question pour le PCRS et pour la QOLIBRI.

Les deux tableaux renseignent, pour chaque question, les réponses données avant les regroupements et celles après les regroupements.

Pour chaque question et pour les deux questionnaires, le sujet rend compte de sa réponse sur une échelle de cotation de 1 à 5.

La comparaison peut ainsi se faire et nous allons observer trois phénomènes :

- La réponse renseignée après les regroupements est similaire par rapport à celle donnée lors de la première passation,

- La réponse renseignée après les regroupements a baissé sur l'échelle de cotation de 1 à 5, par rapport à la réponse donnée lors de la première passation,
- La réponse renseignée après les regroupements a augmenté sur l'échelle de cotation de 1 à 5, par rapport à la réponse donnée lors de la première passation.

Aussi, il va être question d'observer de combien les réponses ont augmenté (de +1 à +4) ou de combien elles ont baissé (de -1 à -4). Pour cela, nous établirons une moyenne.

Enfin, le PCRS se compose de 30 questions et la QOLIBRI de 37 questions.

Si le participant n'a pas répondu à une question du questionnaire rempli avant ou après les regroupements, nous l'excluons de notre analyse.

En effet, la prise en compte de question partiellement remplie peut rendre les résultats non significatifs.

6.2. L'analyse de façon collective

A partir des analyses individuelles, il est question de faire des moyennes pour observer plusieurs phénomènes.

Tout d'abord, il sera intéressant de découvrir le taux de réponses des participants aux deux questionnaires.

Ensuite, nous établirons une moyenne en définissant le taux de réponses qui ont été modifiées sur l'échelle de cotation de 1 à 5.

Aussi, il sera intéressant de connaître le taux et le nombre de réponse qui ont évolué sur l'échelle de cotation de 1 à 5.

Pour synthétiser les résultats, nous les exposerons dans un tableau récapitulatif avec quelques informations complémentaires.

Enfin, à partir des réponses renseignées par les participants aux questionnaires de satisfaction, nous tenterons de résumer l'ensemble des réponses et des propos.

Résultats

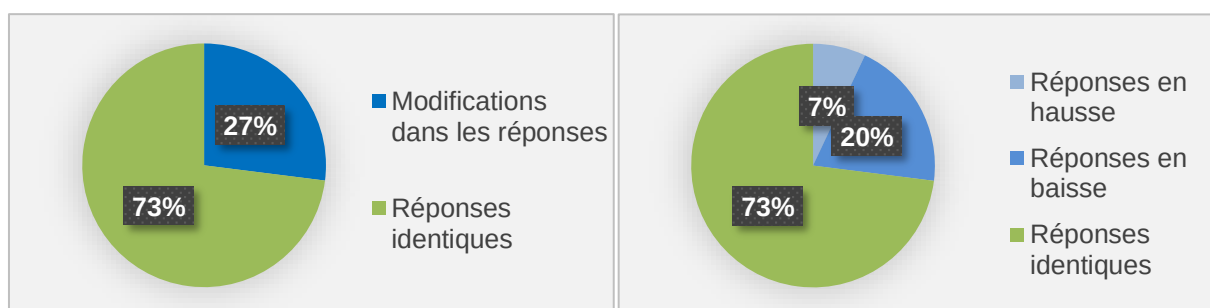
1. Présentation des résultats

Nous allons dans un premier temps présenter individuellement les résultats obtenus aux deux questionnaires remplis avant et après les regroupements.

⇒ Sujet A : Le sujet A a participé à 3 regroupements sur les 5. (Annexe VI)

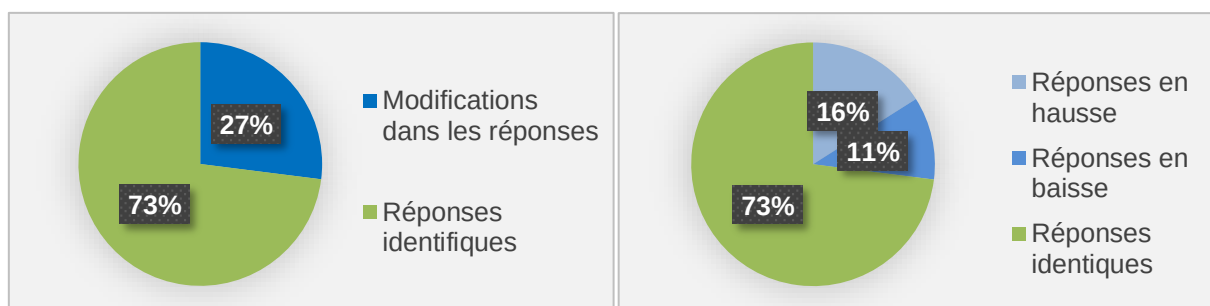
Concernant le PCRS, le participant a répondu à 30 questions sur les 30 au total, soit un taux de réponse de 100%. Sur les 30 questions, **22 réponses sont similaires du premier au second questionnaire, soit 73% et 8 réponses ont été modifiées, soit 27%.**

Parmi les modifications, sur l'échelle de cotation de 1 à 5, **2 réponses ont évolué en hausse, soit 7% et 6 réponses ont évolué en baisse, soit 20%.** Sur l'échelle de cotation de 1 à 5, la prise de conscience a augmenté de +1 exclusivement et a diminué de -2 à 1 question et de -1 à 5 questions. Soit une moyenne de baisse à -2 de 17% et une moyenne de baisse à -1 de 83%. (Annexe VI.I)



Pour la QOLIBRI, le participant a répondu à 37 questions sur les 37 au total, soit un taux de réponse de 100%. Sur les 37 questions, **27 réponses sont similaires du premier au second questionnaire, soit 73% et 10 réponses ont été modifiées, soit 27%.**

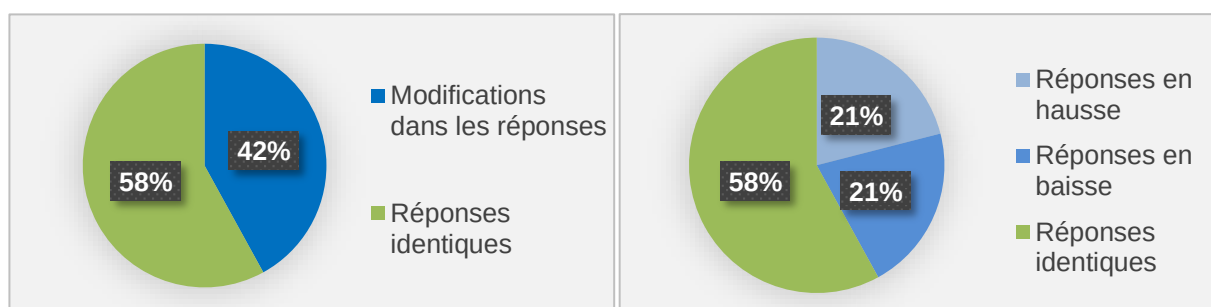
Parmi les modifications, sur l'échelle de cotations de 1 à 5, **6 réponses ont évolué en hausse, soit 16% et 4 réponses ont évolué en baisse, soit 11%.** Sur l'échelle de cotation de 1 à 5, le niveau de satisfaction de la qualité de vie a augmenté de +1 et de -1 exclusivement. (Annexe VI.II)



⇒ Sujet B : Le sujet B a participé à 2 regroupements sur les 5. (Annexe VII)

Concernant le PCRS, le participant a répondu à 19 questions sur les 30 au total, soit un taux de réponse de 63%. 11 questions du questionnaire rempli après les regroupements n'ont pas été renseigné (il s'agit des questions 17 à 27). Sur les 19 questions, **11 réponses sont similaires du premier au second questionnaire, soit 58% et 8 réponses ont été modifiées, soit 42%.**

Parmi les modifications, sur l'échelle de cotation de 1 à 5, **4 réponses ont évolué en hausse, soit 21% et 4 réponses ont évolué en baisse, soit 21%.** Sur l'échelle de cotation de 1 à 5, la prise de conscience a augmenté de +1 et a diminué de -1 exclusivement. (Annexe VII.I)



Pour la QOLIBRI, le participant a répondu à 37 questions sur les 37 au total, soit un taux de réponse de 100%. Sur les 37 questions, **19 réponses sont similaires du premier au second questionnaire, soit 51% et 18 réponses ont été modifiées, soit 49%.**

Parmi les modifications, sur l'échelle de cotations de 1 à 5, **5 réponses ont évolué en hausse, soit 14% et 13 réponses ont évolué en baisse, soit 35%.** Sur l'échelle de cotation de 1 à 5, le niveau de satisfaction de la qualité de vie a augmenté de +1 exclusivement et a diminué de -2 à 2 questions et de -1 à 11 questions. Soit une moyenne de baisse à -2 de 15% et une moyenne de baisse à -1 de 85%. (Annexe VII.II)



⇒ Sujet C : Le sujet C a participé à 3 regroupements sur les 5. (Annexe VIII)

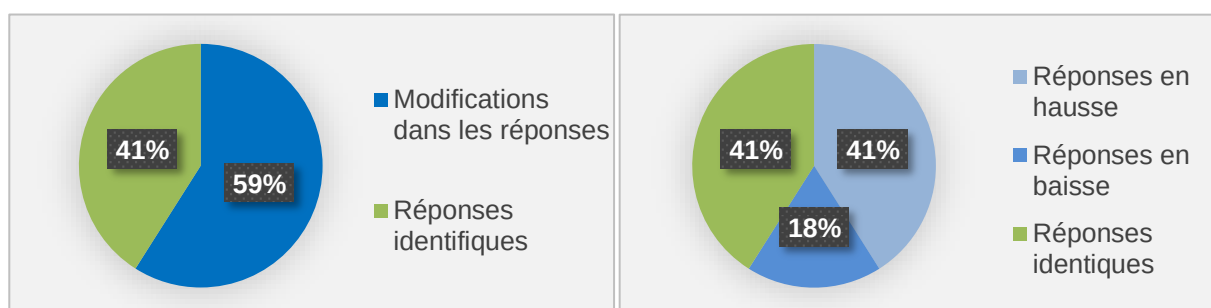
Concernant le PCRS, le participant a répondu à 29 questions sur les 30 au total, soit un taux de réponse de 97%. 1 question du questionnaire rempli avant les regroupements n'a pas été renseigné (il s'agit de la question 22). Sur les 29 questions, **23 réponses sont similaires du premier au second questionnaire, soit 80% et 6 réponses ont été modifiées, soit 20%.**

Parmi les modifications, sur l'échelle de cotation de 1 à 5, **5 réponses ont évolué en hausse, soit 17% et 1 réponse a évolué en baisse, soit 3%**. Sur l'échelle de cotation de 1 à 5, la prise de conscience a augmenté de +1 et a diminué de -1 exclusivement. (Annexe VIII.I)



Pour la QOLIBRI, le participant a répondu à 34 questions sur les 37 au total, soit un taux de réponse de 92%. 3 questions du questionnaire rempli après les regroupements n'ont pas été renseigné (il s'agit des questions A.4, B.3, D.3). Sur les 34 questions, **14 réponses sont similaires du premier au second questionnaire, soit 41% et 20 réponses ont été modifiées, soit 59%**.

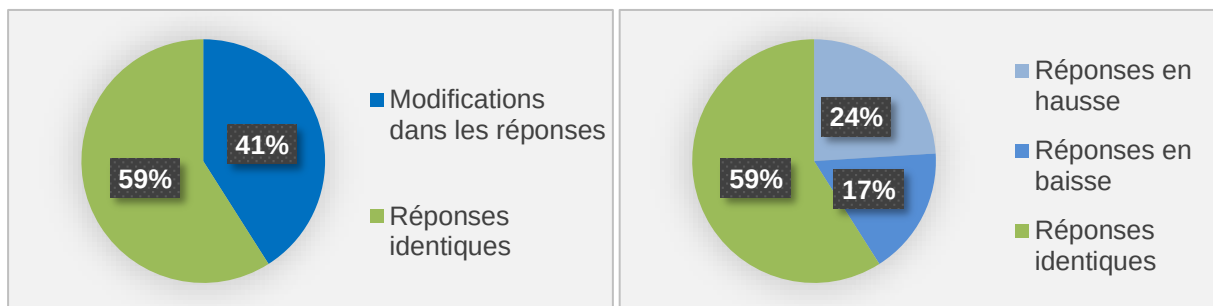
Parmi les modifications, sur l'échelle de cotations de 1 à 5, **14 réponses ont évolué en hausse, soit 41% et 6 réponses ont évolué en baisse, soit 18%**. Sur l'échelle de cotation de 1 à 5, le niveau de satisfaction de la qualité de vie a augmenté de +2 à 2 questions et de +1 à 12 questions. Soit une moyenne d'augmentation à +2 de 14% et une moyenne à +1 de 86%. Ce niveau a diminué de -3 à 1 question et de -1 à 5 questions. Soit une moyenne de baisse à -3 de 17% et une moyenne de baisse à -1 de 83%. (Annexe VIII.II)



⇒ Sujet D : Le sujet D a participé à 4 regroupements sur les 5. (Annexe IX)

Concernant le PCRS, le participant a répondu à 29 questions sur les 30 au total, soit un taux de réponse de 97%. 1 question du questionnaire rempli après les regroupements n'a pas été renseigné (il s'agit de la question 21). Sur les 29 questions, **17 réponses sont similaires du premier au second questionnaire, soit 59% et 12 réponses ont été modifiées, soit 41%**.

Parmi les modifications, sur l'échelle de cotation de 1 à 5, **7 réponses ont évolué en hausse, soit 24% et 5 réponses ont évolué en baisse, soit 17%**. Sur l'échelle de cotation de 1 à 5, la prise de conscience a augmenté de +3 à 1 question, de +2 à 2 questions et de +1 à 4 questions. Soit une moyenne d'augmentation à +3 de 14%, une moyenne à +2 de 29% et une moyenne à +1 de 57%. Ce niveau a diminué de -1 exclusivement. (Annexe IX.I)



Pour la QOLIBRI, le participant a répondu à 36 questions sur les 37 au total, soit un taux de réponse de 97%. 1 question du questionnaire rempli avant les regroupements n'a pas été renseigné (il s'agit de la question D.5). Sur les 36 questions, **18 réponses sont similaires du premier au second questionnaire, soit 50%** et **18 réponses ont été modifiées, soit 50%**.

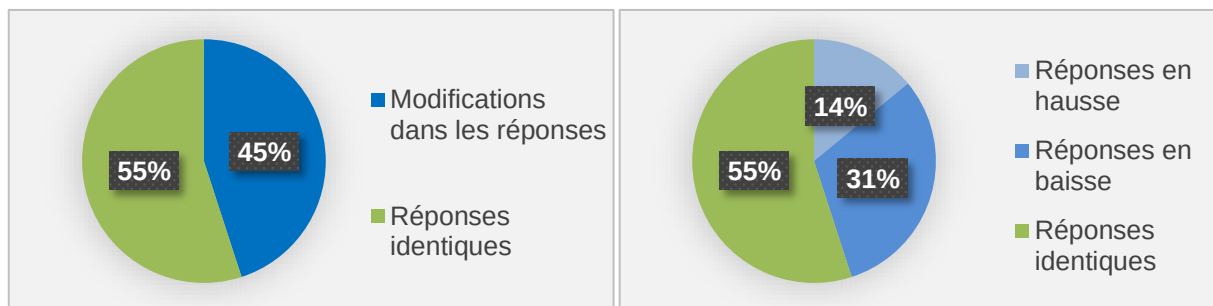
Parmi les modifications, sur l'échelle de cotations de 1 à 5, **13 réponses ont évolué en hausse, soit 36%** et **5 réponses ont évolué en baisse, soit 14%**. Sur l'échelle de cotation de 1 à 5, le niveau de satisfaction de la qualité de vie a augmenté de +2 à 3 questions et de +1 à 10 questions. Soit une moyenne d'augmentation à +2 de 23% et une moyenne à +1 de 77%. Ce niveau a diminué de -1 exclusivement. (Annexe IX.II)



⇒ Sujet E : Le sujet E a participé à tous les regroupements. (Annexe X)

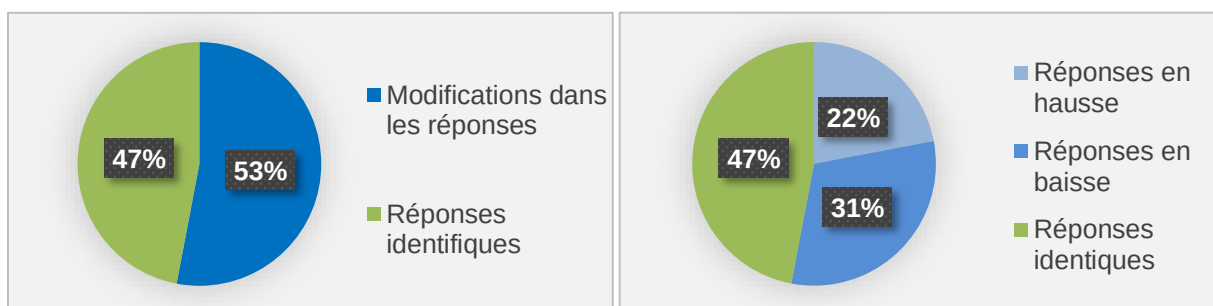
Concernant le PCRS, le participant a répondu à 29 questions sur les 30 au total, soit un taux de réponse de 97%. 1 question du questionnaire rempli avant les regroupements n'a pas été renseigné (il s'agit de la question 19). Sur les 29 questions, **16 réponses sont similaires du premier au second questionnaire, soit 55%** et **13 réponses ont été modifiées, soit 45%**.

Parmi les modifications, sur l'échelle de cotation de 1 à 5, **4 réponses ont évolué en hausse, soit 14%** et **9 réponses ont évolué en baisse, soit 31%**. Sur l'échelle de cotation de 1 à 5, la prise de conscience a augmenté de +4 à 1 question et de +1 à 3 questions. Soit une moyenne d'augmentation à +4 de 8%, et une moyenne à +1 de 23%. Ce niveau a diminué de -1 exclusivement. (Annexe X.I)



Pour la QOLIBRI, le participant a répondu à 36 questions sur les 37 au total, soit un taux de réponse de 97%. 1 question du questionnaire rempli après les regroupements n'a pas été renseigné (il s'agit de la question A.3). Sur les 36 questions, **17 réponses sont similaires du premier au second questionnaire, soit 47%** et **19 réponses ont été modifiées, soit 53%**.

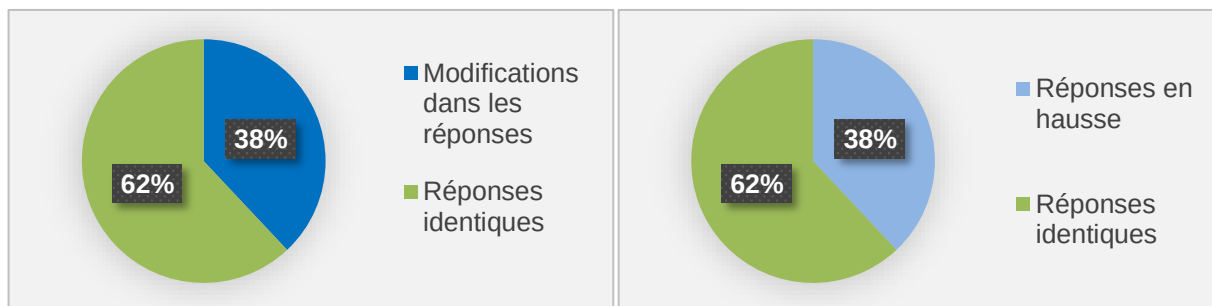
Parmi les modifications, sur l'échelle de cotations de 1 à 5, **8 réponses ont évolué en hausse, soit 22%** et **11 réponses ont évolué en baisse, soit 31%**. Sur l'échelle de cotation de 1 à 5, le niveau de satisfaction de la qualité de vie a augmenté de +4 à 1 question, de +3 à 1 question, de +2 à 3 questions et de +1 à 3 questions. Soit une moyenne d'augmentation à +4 et à +3 de 5% et à +2 et à +1 de 16%. Ce niveau a diminué à -3 et à -2 de 5% et à -1 de 48%. (Annexe X.II)



⇒ Sujet E : Le sujet F a participé à 4 regroupements sur les 5. (Annexe XI)

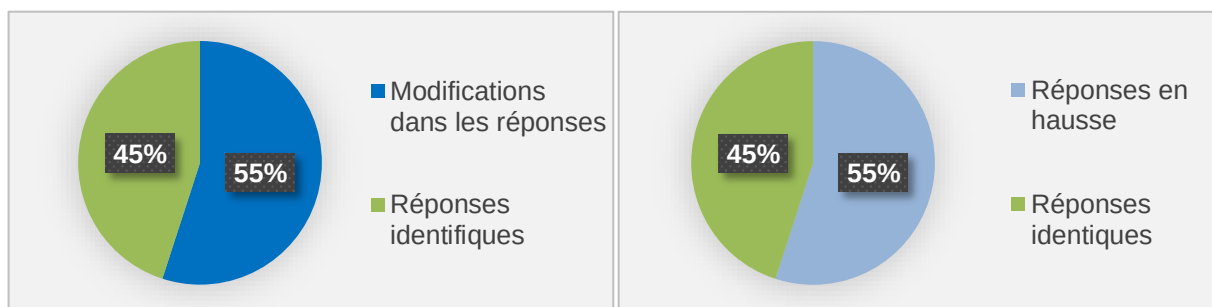
Concernant le PCRS, le participant a répondu à 26 questions sur les 30 au total, soit un taux de réponse de 87%. 4 questions du questionnaire rempli après les regroupements n'ont pas été renseigné (il s'agit des questions 23, 28, 29 et 30). Sur les 26 questions, **16 réponses sont similaires du premier au second questionnaire, soit 62%** et **10 réponses ont été modifiées, soit 38%**.

Parmi les modifications, sur l'échelle de cotation de 1 à 5, **l'intégralité des réponses ont évolué en hausse, soit 38%**. Sur l'échelle de cotation de 1 à 5, la prise de conscience a augmenté de +2 à 3 questions et de +1 à 7 questions. Soit une moyenne d'augmentation à +2 de 30% et une moyenne à +1 de 70%. (Annexe XI.I)



Pour la QOLIBRI, le participant a répondu à 20 questions sur les 37 au total, soit un taux de réponse de 54%. 17 questions du questionnaire rempli après les regroupements n'ont pas été renseigné (il s'agit des questions B7, D1, D2, D3, D4, D5, D6, E1, E2, E3, E4, E5, F1, F2, F3, F4 et F5). Sur les 20 questions, **9 réponses sont similaires du premier au second questionnaire, soit 45% et 11 réponses ont été modifiées, soit 55%.**

Parmi les modifications, sur l'échelle de cotations de 1 à 5, **l'intégralité des réponses ont évolué en hausse, soit 55%.** Sur l'échelle de cotation de 1 à 5, le niveau de satisfaction de la qualité de vie a augmenté de +2 à 3 questions et de +1 à 8 questions. Soit une moyenne d'augmentation à +2 de 27% et une moyenne à +1 de 73%. (Annexe XI.II)



2. Impact des regroupements sur l'ensemble du groupe

Nous allons, dans un second temps, exposer quelques moyennes de façon à mettre en lumière les effets qu'ont provoqués les regroupements au sein du groupe.

En moyenne au PCRS, les participants ont répondu à **27 questions sur les 30 au total, soit un taux de réponse de 90%.** Au QOLIBRI, les participants ont répondu à **33,3 questions sur les 37 au total, soit un taux de réponse de 90%.**

Pour le PCRS, entre le questionnaire passé avant les regroupements et celui passé après, **57 réponses sur les 162 ont été modifiées, soit un taux de réponses modifiées de 35%.**

Pour la QOLIBRI, entre le questionnaire passé avant les regroupements et celui passé après, **96 réponses sur les 200 ont été modifiées, soit un taux de réponses modifiées de 48%.**

Nous allons présenter deux tableaux relatant l'évolution du taux et du nombre de réponses obtenues aux deux questionnaires standardisés à partir l'échelle de cotation de 1 à 5.

Patient Competency Rating Scale (PCRS) :		
Evolution sur l'échelle de cotation	Taux d'évolution	Nombre de réponse
+1	44%	25 réponses
+2	8%	5 réponses
+3	2%	1 réponse
+4	2%	1 réponse
-1	42%	24 réponses
-2	2%	1 réponse

Tableau 2 : Evolution en termes de cotation au PCRS

Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI) :		
Evolution sur l'échelle de cotation	Taux d'évolution	Nombre de réponse
+1	46%	44 réponses
+2	12%	11 réponses
+3	1%	1 réponse
+4	1%	1 réponse
-1	35%	34 réponses
-2	3%	3 réponses
-3	2%	2 réponses

Tableau 3 : Evolution en termes de cotation à la QOLIBRI

Nous allons présenter un tableau récapitulatif avec des informations complémentaires :

Participant	Sexe	Âge	Année de l'accident	Présentiel (/5)	Taux de réponses modifiées au PCRS	Taux de réponses modifiées au QOLIBRI
Sujet A	H	25	2014	3	27% Dont 7% de réponses en hausses et 20% de réponses en baisses	27% Dont 16% de réponses en hausses 11% de réponses en baisses
Sujet B	H	34	2005	2	42% Dont 21% de réponses en hausses 21% de réponses en baisses	49% Dont 14% de réponses en hausses 35% de réponses en baisses
Sujet C	H	60	2010	3	20% Dont 17% de réponses en hausses 3% de réponses en baisses	59% Dont 41% de réponses en hausses 18% de réponses en baisses
Sujet D	F	55	1999	4	41% Dont 24% de réponses en hausses 17% de réponses en baisses	50% Dont 36% de réponses en hausses 14% de réponses en baisses
Sujet E	H	31	2007	5	45% Dont 14% de réponses en hausses 31% de réponses en baisses	53% Dont 22% de réponses en hausses 31% de réponses en baisses
Sujet F	H	24	2007	4	38% Dont 38% de réponses en hausses	55% Dont 55% de réponses en hausses

Tableau 4 : Informations complémentaires et récapitulatifs des données

Taux de participant aux regroupements	Taux de réponse aux questions des deux questionnaires standardisés	Taux de réponses modifiées au PCRS	Taux de réponses modifiées au QOLIBRI	
3,5	90%	35%	48%	Dont 59% des réponses évoluant en hausse
				Dont 41% des réponses évoluant en baisse

Tableau 5 : Récapitulatif global : Moyennes

Pour finir, concernant le questionnaire de satisfaction :

Aux questions « *De manière générale, avez-vous été satisfait des regroupements ?* » et « *Aimeriez-vous continuer à participer à ce type de regroupement ?* », tous ont répondu favorablement ce qui démontre un réel enthousiasme et un engouement de la part des participants.

Ils ont été satisfaits des thèmes abordés, tous ont répondu positivement et personne n'a fait de proposition autre.

A propos du lieu, tous s'accordent sur le fait qu'une structure hors hospitalière a facilité les échanges.

Tous les participants n'ont pas apprécié le premier lieu, le qualifiant de bruyant. Certains mentionnent qu'il a été difficile de suivre les échanges et de prendre la parole.

Le second lieu a quant à lui fait l'unanimité ; « *idéal* », « *beaucoup plus pratique et moins bruyant* », « *plus intime* », « *agréable* ». Certains participants ont même évoqué le fait qu'ils comptent y retourner avec leurs proches.

Concernant les questions sur les notions de prise de conscience des difficultés et du niveau de satisfaction de la qualité de vie ;

Sur les six participants, trois d'entre eux répondent favorablement à une prise de conscience de certaines difficultés et trois participants admettent, après les regroupements, ressentir une amélioration de leur niveau de qualité de vie. Parmi eux, deux personnes ont répondu favorablement aux deux notions.

Cependant, aucune justification n'a été fournie.

Enfin, tous les participants ont comme ambition future de participer de nouveau à ce type de regroupement.

Discussion

La discussion de ce travail permet de faire le lien avec la problématique, le cadre théorique, les hypothèses de départ et d'exposer les limites de la recherche et les perspectives de l'étude. Nous nous interrogerons également sur la place de l'ergothérapeute dans notre étude.

1. Interprétation des résultats

Les résultats obtenus semblent nous permettre de satisfaire les deux hypothèses que nous avons formulées en réponse à notre problématique de départ :

« Est-ce que des regroupements entre personnes souffrants de traumatismes crâniens sévères et ergothérapeutes seraient bénéfiques pour la prise de conscience des difficultés et/ou pour l'amélioration du niveau de satisfaction de la qualité de vie ? »

- ❖ La première hypothèse laissait présager que les regroupements apporteraient une amélioration de la prise de conscience des difficultés.

Nous entendions par-là que la personne ait conscience de ses capacités et de ses incapacités. Cette amélioration se traduit par une modification des réponses données entre le premier et le second questionnaire. Par conséquent, notre hypothèse semble pouvoir se valider qu'elle que soit la tendance de l'évolution des réponses (en hausse ou en baisse sur l'échelle de cotation de 1 à 5).

Les résultats semblent valider cette première hypothèse puisque, pour l'ensemble des participants, de nombreuses réponses ont été modifiées pour le questionnaire du PCRS.

Effectivement, pour un participant nous enregistrons 6 réponses différentes entre le questionnaire passé avant et celui passé après les regroupements, pour deux participants nous comptons 8 réponses divergentes, pour un, 10 et enfin un participant a modifié ses réponses à 12 questions et un autre à 13 questions.

Le taux de réponse modifié est de **35%, soit 57 réponses modifiées sur les 162 au total**. Or, l'évolution des réponses en termes de cotation de 1 à 5 est à nuancer.

En effet, sur les 57 réponses modifiées des 6 participants, 25 réponses ont évolué de +1 sur l'échelle de cotation de 1 à 5 et 24 réponses ont diminué de -1, soit **une évolution de 1 de 86%**. Seulement 8 réponses ont eu une évolution de +2, +3, +4 ou -2, soit 14%.

D'après les chiffres, nous présumons que les échanges verbaux ont permis aux participants une prise de conscience, plus ou moins importante, autour de leurs propres capacités. Néanmoins, cette évolution en termes de cotation reste peu conséquente.

Nous allons tenter de comprendre comment les résultats peuvent s'expliquer.

Tout d'abord, la prise de conscience a pu être favorisée grâce à l'utilisation de l'outil de travail, le « Cérébrale Bataille ». Cet outil aurait incité les membres du groupe à la réflexion et à l'introspection.

Aussi, par comparaison des expériences respectives vécues, certains échecs, ou au contraire, certaines réussites peuvent être mises en lumière et reconnues chez certains membres du groupe.

Ensuite, les participants ont dû modifier pendant un temps précis leur quotidien et faire preuve d'adaptation (lieux, horaires, habitudes de vie, trajets routiers, etc...). Aussi, ils ont dû réaliser de multiples tâches avec la réception, le remplissage et le renvoi du courrier. Ceci a pu permettre à certaines personnes de se prouver à elle-même qu'elles étaient capables de faire des choses, ou au contraire, révéler certaines difficultés.

Enfin, nos résultats semblent pouvoir nous permettre d'appuyer les propos de Nicole CLERC et Martine AGOGUE selon lesquels le groupe aiderait à soutenir la prise de conscience car il faciliterait l'acquisition d'idées plus précises sur un sujet. (Clerc & Agogué, 2014)

- ❖ La seconde hypothèse supposait que les regroupements apporteraient une amélioration du niveau de satisfaction de la qualité de vie.

Les résultats semblent également valider cette hypothèse puisque, pour l'ensemble des participants, de nombreuses réponses ont été modifiées pour le questionnaire de la QOLIBRI.

Au total, pour 1 participant nous enregistrons 10 réponses différentes entre le questionnaire passé avant et celui passé après les regroupements, pour 1, 11, pour 2 participants nous comptons 18 réponses divergentes, pour 1, 19, et enfin 1 participant a modifié ses réponses à 20 questions.

Le taux de réponse modifié est de **48%, soit 96 réponses modifiées sur les 200.**

Cependant, à la différence de la première hypothèse, celle-ci supposait une **amélioration** du niveau de satisfaction de la qualité de vie. De ce fait, nous allons retenir tout particulièrement les résultats évoluant en hausse sur l'échelle de cotation de 1 à 5.

Sur les 96 réponses modifiées, 57 ont évolué en hausse sur l'échelle de cotation de 1 à 5.

- **Soit 59% de réponse évoluant en hausse.**

Néanmoins, sur les 96 réponses modifiées, 39 ont évolué en baisse sur l'échelle de cotation de 1 à 5. Soit 41% de réponse évoluant en baisse.

Nous constatons donc que le niveau de satisfaction de la qualité de vie a **majoritairement** évolué en hausse.

Concernant l'évolution des réponses en termes de cotation de 1 à 5, sur les 96 réponses modifiées, 44 réponses ont évolué de +1 sur l'échelle de cotation de 1 à 5 et 34 réponses ont diminué de -1, **soit une évolution de 1 de 81%**. Seulement 18 réponses ont eu une évolution de +2, +3, +4 ou de -2 et -3, soit 19%.

Nous pouvons interpréter ces résultats en les mettant en relation avec la prise de conscience des difficultés.

Effectivement, nous pouvons supposer que chez certains participants, la prise de conscience des difficultés peut impacter de façon positive ou négative sur le niveau de satisfaction de la qualité de vie.

Nous aurions tendance à croire qu'une augmentation chiffrable sur l'échelle de cotation de 1 à 5 de la prise de conscience des difficultés engendrerait une diminution du niveau de satisfaction de la qualité de vie. En effet, si la personne prend réellement conscience qu'elle rencontre des difficultés à réaliser des tâches pratiques incluant les activités de la vie quotidienne, alors, son niveau de satisfaction de sa qualité de vie aurait tendance à diminuer.

A l'inverse, une diminution chiffrable sur l'échelle de cotation de 1 à 5 de la prise de conscience des difficultés engendrerait une augmentation du niveau de satisfaction de la qualité de vie. Dans ce cas, si la personne pense être capable de réaliser des tâches pratiques incluant les activités de la vie quotidienne, alors, son niveau de satisfaction de sa qualité de vie aurait tendance à augmenter.

Notre interprétation permet de faire le lien avec une récente étude réalisée auprès de personnes victimes d'un traumatisme crânien selon laquelle il a été prouvé que l'effet de groupe apporte des améliorations significatives sur la qualité de vie. (Levy et al., 2019)

Lors des regroupements, les participants ont pu partager, selon leurs envies, leurs expériences personnelles, écouter celles des autres, se sentir parfois compris et écoutés, prendre du bon temps et partager un moment commun. C'est ainsi que l'ensemble de ces facteurs ont pu induire une amélioration de la qualité de vie.

De la même façon, le simple fait d'appartenir à un groupe semble pouvoir impacter de façon positive sa qualité de vie. Une étude a été réalisée auprès d'un groupe de personnes portant sur les relations significatives entre différents facteurs de la qualité de vie. Les résultats montrent que la qualité de vie mesurée est supérieure chez les personnes qui vivent ou appartiennent à un groupe. (Schalock, 1993)

Durant la période de l'étude, nous avons pris l'habitude de se retrouver en groupe, au sein d'un lieu chaleureux. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'environnement de travail relationnel, architectural et physique aurait une influence sur la qualité de vie des personnes. (*La qualité de vie au travail*, s. d.)

Nous pouvons à présent poursuivre notre travail en explorant la place de l'ergothérapeute dans cette étude.

2. La place de l'ergothérapeute dans cette étude

Cela semblait à la fois essentiel et tout à fait cohérent de terminer ce travail en justifiant la place de l'ergothérapeute comme professionnel de santé au sein de cette étude.

En premier lieu, l'ergothérapeute est un professionnel de santé doté de multiples valeurs.

Les valeurs nous définissent, donnent du sens à nos actions et évoluent avec le temps. Elles sont au cœur de l'identité professionnelle. (*Les barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs professionnelles : perceptions d'ergothérapeutes du Québec*, s. d.)

Nous allons citer quelques valeurs spécifiques à la profession. Celles-ci ont été essentielles au bon déroulement des regroupements :

- Le respect de soi, des autres, des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, de l'Homme unique et global, de la dignité, etc...,
- L'humanité avec l'humanisme, la bienveillance et la bienfaisance, l'honnêteté, la fidélité à ses engagements, la curiosité intellectuelle, l'empathie, la disponibilité, la responsabilité, la conscience de ses limites, la compassion, l'écoute, l'humilité, etc...,
- L'équité et la justice avec la protection de l'être humain, le non-jugement, la tolérance, le respect de la liberté de choix, le partage des informations et des savoirs, etc...).

Aussi, les ergothérapeutes font preuve de qualités personnelles telles que l'intégrité personnelle, la fiabilité, l'ouverture d'esprit et la loyauté.

Le professionnel a pour ambition d'évaluer et de faire évoluer sa pratique professionnelle.

Pour cela, il justifie ses champs d'action au regard de la réglementation, de la déontologie professionnelle et des valeurs de la profession. Ce recul critique sur sa propre pratique professionnelle favorise ainsi la créativité dans les soins et l'amélioration dans ses accompagnements.

Pour réaliser cette étude, nous nous sommes appuyés sur de nombreux écrits notamment l'article L.4331-1 du Code de la santé publique, sur les règles professionnelles spécifiques à la profession dictées par l'ANFE, sur les objectifs de qualité de soins définis par l'OMS et sur les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). (Code de la santé publique - Article L1121-1, s. d.) (*Les règles professionnelles des ergothérapeutes.pdf*, s. d.) (*Qualité des soins*, s. d.) (« Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) », 1998)

Aussi, nous avons dû respecter certaines règles notamment celles sur la confidentialité des informations personnelles. Nous avons communiqué certaines informations sous condition d'avoir le consentement éclairé des personnes. (LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002)

L'ergothérapeute accompagne le bénéficiaire en proposant un cadre d'intervention repéré dans le temps et dans l'espace.

Au cours de son intervention, le cadre peut évoluer en fonction des réactions du groupe.

Effectivement, l'ergothérapeute possède les compétences pour appréhender au mieux les difficultés de relation, d'expression et/ou de communication. Il est capable d'identifier ses éléments au préalable et tenir compte des éléments obstacles et facilitateurs des relations établies.

C'est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il veille à instaurer une alliance thérapeutique avec la personne et le groupe.

L'ergothérapeute semble être parfaitement habilité pour gérer ce type de groupe puisque nous pouvons tout à fait mettre en lien les objectifs de l'ergothérapie qui sont de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et ainsi de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes à ceux visés dans cette étude.

Nous avons suivi la démarche de soin en ergothérapie qui consiste à placer la personne au centre du dispositif d'intervention afin qu'elle soit acteur de sa prise en charge par le biais de notre outil de travail notamment avec les prises de parole.

Aussi, les regroupements et les échanges verbaux ont favorisé l'entretien et l'amélioration des fonctions physiques, cognitives, sensorielles, psychiques et relationnelles, d'indépendance ou d'autonomie.

Pour finir, la place de l'ergothérapeute dans cette étude semble être totalement justifiée et primordiale dans la phase d'identification des besoins spécifiques, mais également en matière de conseils en ergothérapie et d'éducation à la santé.

Effectivement, selon les nécessités, il apporte des conseils et adapte les éléments liés à la personne, à l'activité ou à l'environnement pour lutter contre les situations de handicap.

Dans la partie suivante, nous allons énumérer les limites repérées notamment au niveau de la méthodologie. Puis, nous allons proposer des perspectives dans le but d'en tenir compte et d'éventuellement les appliquer pour de nouveaux groupes.

3. Les limites et les perspectives

Après avoir analysé les résultats recueillis et apporté des éléments de réponse à la question de recherche, il est constructif d'étudier les limites de ce travail et commenter ce dernier. De plus, il est aussi pertinent de l'ouvrir à de nouvelles perspectives.

3.1. Les limites

- Le biais de sélection

La sélection des participants : La participation à l'étude s'est fondée exclusivement sur la base du volontariat. Nous pouvons supposer que les personnes qui ont accepté de participer se sentaient relativement concernées par cette problématique. Il se pose alors la question pour les personnes qui n'ont pas souhaité participer. N'y a-t-il pas autant, voire d'avantages de besoins en termes d'accompagnement pour ces personnes ?

L'échantillonnage : Tous les travaux s'accordent sur le fait que le risque de survenu du traumatisme crânien sévère est plus élevé chez les hommes, quelle que soit la tranche d'âge. Cela s'est avéré dans notre étude puisque le groupe s'est formé, en grande majorité, de participants de sexe masculin. Aussi, il serait intéressant de réaliser cette étude à plus grande échelle ou de renouveler plusieurs fois ces groupes puisqu'ici le nombre de sujet est bien trop minime pour que nos résultats soient représentatifs à une population type. Néanmoins, nous restons conscients que les personnes traumatisées crâniennes sont difficilement atteignables lorsqu'elles ne sont pas hospitalisées.

- Le biais d'information

La fiabilité des réponses renseignées aux questionnaires : Nous avons fait le choix d'utiliser des outils d'évaluation à tendance subjective. Néanmoins, la fiabilité des résultats peut-être fortement compromise car, au vu des séquelles cognitives, les réponses ont pu être biaisées par une mauvaise compréhension et/ou interprétation des questions. Il semble en effet complexe de demander à une personne souffrant de troubles anosognosiques de juger ses propres capacités à pouvoir faire ou non quelque chose. Aussi, les participants ont rempli

les questionnaires de façon indépendante. De ce fait, nous n'avons aucune information quant aux conditions environnementales et à l'état psychologique des personnes au moment du remplissage. Enfin, de nombreuses questions sont restées sans réponse. Nous pouvons alors se questionner : Est-ce un oubli de la part du participant ou est-ce un choix ?

Le présentiel : Nous avons mentionné, en critère d'inclusion, le fait de pouvoir assister à tous les regroupements. Néanmoins, nous avons recensé au total neuf absences au cours des cinq regroupements. Le sujet B a eu trois absences, deux sujets (A et C) ont été absents deux fois et deux sujets (D et F) ont été absents une fois. Finalement, seul le sujet E a pu bénéficier de la totalité des échanges et des informations. Il est cependant important de souligner que les motifs d'absence étaient pour la plupart en lien avec la lésion cérébrale ; Cinq absences pour cause médicale (rendez-vous médicaux), et deux absences en lien direct avec les symptômes de la lésion (fatigue et oubli). Aussi, nous précisons que le participant qui a oublié la date du regroupement n'avait utilisé aucun support pour la noter. Enfin, outre le non-bénéfice de certains échanges et certaines informations, ces absences ont causé des déséquilibres dans la composition du groupe.

- Restitution des informations au cours du regroupement

La participation à une recherche de personnes ayant des limitations cognitives ou des incapacités intellectuelles nécessite de tenir compte de leurs caractéristiques personnelles, car elles modifient leur capacité à s'exprimer sur un sujet précis. (*Guide pratique de recherche en réadaptation*, s. d.) Au cours des regroupements, de nombreux sujets, débats et d'éventuelles solutions ont été abordés et transmis. Or, un certain nombre d'information a pu être mal compris en raison d'une hétérogénéité des habilités cognitives et langagières et des habilités différentes sur le plan de l'expression et de la compréhension.

- La temporalité

L'étude s'est étendue sur cinq mois avec en moyenne trois semaines et demie entre chaque regroupement. Par conséquent, un certain nombre d'information a pu être oublié. Aussi, il est difficile de savoir si les bénéfices individuels que semblent avoir apporté les regroupements perdurent dans le temps. Ensuite, entre chaque regroupement, un certain nombre d'événement peut se dérouler dans la vie des participants indépendamment de notre connaissance. Cet événement peut ainsi influencer sur l'état de la personne. Pour exemple, le participant C a été absent à deux regroupements de suite ; La première absence était dû à un rendez-vous médical. Ensuite, le participant nous a contactées pour nous annoncer qu'il ne souhaitait plus participer à l'étude mais n'a pas donné plus d'explication. Puis, il a finalement changé d'avis et a participé au regroupement suivant. Pour conclure, nous sommes dans l'impossibilité de juger qu'une modification du comportement d'un sujet est due uniquement et exclusivement aux regroupements.

- L'analyse des questionnaires

Retard dans l'analyse et dans la réception des questionnaires : Nous avons traversé une période sanitaire très difficile et avons été contraintes, par ce fait, d'annuler le dernier regroupement. Cet aléa a causé quelques problématiques dans notre étude. Tout d'abord, nous n'avons pas pu clôturer les regroupements et recenser les éléments de satisfaction et d'insatisfaction des participants. De plus, la passation des questionnaires a dû être repoussée

et réalisée de façon indépendante de la part des participants. Ensuite, l'analyse des résultats s'est déroulée beaucoup plus tardivement par rapport à ce qui était prévu. Heureusement, nous avons pu réceptionner l'intégralité des questionnaires avant la date butoir.

Questionnaire de satisfaction anonyme : Nous avons prévu de faire remplir les questionnaires de satisfaction de façon anonyme lors du dernier regroupement. Cependant, nous les avons réceptionnés par courrier postal avec les questionnaires standardisés. En conséquent, l'anonymat n'a pas pu être respecté.

Questionnaires standardisés / questionnaires de satisfaction : D'après les résultats obtenus aux questionnaires standardisés, il semblerait que les regroupements ont eu un impact dans la prise de conscience des difficultés et dans le niveau de satisfaction de la qualité de vie. Or, aux questions tirées du questionnaire de satisfaction : « *Avez-vous pris conscience de certaines difficultés que vous rencontrez au quotidien ?* » et « *Avez-vous appris certaines choses pour améliorer votre vie au quotidien ?* », seulement trois participants ont répondu favorablement. Nous observons une discordance entre les résultats obtenus aux questionnaires standardisés et les réponses renseignées aux questionnaires de satisfaction. Pourtant, les deux questionnaires sont subjectifs et ont, potentiellement, été rempli en même temps.

3.2. Les perspectives

Dans une vision à moyen et à long terme, ce travail pourrait être poursuivi de différentes manières.

Tout d'abord, nous avons pu constater que d'un regroupement à l'autre, de nombreuses informations étaient oubliées. Il serait alors utile et nécessaire de **créer un outil de travail pour chaque participant**.

L'outil doit être lisible et ne doit pas être surchargé. Nous pouvons imaginer l'outil en deux parties :

La première serait sous forme d'un calendrier pour que la personne puisse noter les dates et les heures des prochains regroupements afin de limiter le risque d'oubli. L'autre serait plus vaste pour que la personne puisse écrire librement toutes les informations qu'elle souhaite conserver.

Nous avons aussi pensé à **augmenter le temps de réalisation de l'étude**.

La participation à l'étude pourrait être proposée selon la même fréquence, toujours sur la base du volontariat, sur une année entière avec douze regroupements. De cette façon, le premier regroupement serait dédié à la présentation de chaque membre du groupe, à la présentation de l'outil de travail et à la passation des deux questionnaires standardisés. Le dernier regroupement serait consacré à la clôture du groupe, à la passation des questionnaires standardisés et du questionnaire de satisfaction, de façon anonyme.

Comme ceci, nous pourrions accompagner les participants sur l'étape de la passation des questionnaires en guidant si besoin et en vérifiant si les réponses manquantes sont volontaires. Ainsi, cela nous permettrait de pallier plusieurs incertitudes.

Ensuite, nous avons réfléchi à **élargir nos critères d'inclusion**.

D'abord, l'effectif de base de l'étude pourrait être augmenté d'au moins deux personnes. Le groupe serait alors constitué de huit participants au total et d'un ergothérapeute, toujours en groupe fermé. En augmentant l'effectif du groupe, cela pourrait nous permettre, si certains participants ne peuvent pas se rendre disponibles, d'assurer tout de même le temps d'échange avec suffisamment de personnes.

Dans notre étude, les membres du groupe ont tous eu un suivi au sein d'un même pôle et résident tous au sein d'un même département. Nous avons alors pensé à élargir les critères d'inclusion en proposant cette même étude à d'autres personnes suivies par d'autres pôles des blessés de l'encéphale dépendant de département autre. Cela nécessiterait une collaboration à distance entre les ergothérapeutes référents des groupes.

De même, il faudrait **conduire ce type d'accompagnement en créant plusieurs groupes**.

Pour que les résultats soient les plus représentatifs possibles et généralisables à une population cible et que les bénéfices apportés touchent un plus grand nombre, il suffirait de créer de multiples groupes.

Si une même étude se met en place, selon la même méthodologie, dans d'autres départements, les ergothérapeutes référents des groupes pourraient se charger de comparer les résultats une fois l'intégralité des regroupements passés. Pour cela, des tableaux synthétiques de même type qu'exposés précédemment, pourraient être utilisés. Le but étant d'analyser et de comparer les résultats obtenus aux questionnaires des groupes les uns aux autres et d'un département à l'autre.

Aussi, les ergothérapeutes référents des groupes pourraient établir des grilles d'analyse plus complètes en mettant en lien les résultats obtenus avec certains paramètres, notamment le sexe, l'âge, l'année de l'accident, l'établissement de suivi, le parcours de soin, etc...

Pour finir, ce type d'accompagnement pourrait être pleinement **intégré au parcours de soins proposés au sein du pôle Adrien Dany**.

Actuellement, certains blessés de l'encéphale, dont le niveau de gravité du traumatisme crânien a été avéré sévère, ne bénéficie plus de suivi régulier. Néanmoins, les séquelles perdurent au quotidien.

Pour aider ces personnes dans leur vie quotidienne, nous avons pensé à une **collaboration entre médecin et ergothérapeute**.

Il s'avère qu'une consultation annuelle est programmée avec le médecin référent, pour toutes personnes traumatisés crâniennes, même une personne qui ne bénéficie plus de suivi régulier. Nous avons alors envisagé, pour les personnes correspondant à nos critères d'inclusion, qu'à l'issue de ce rendez-vous, le médecin propose cet d'accompagnement.

Autrement, la sélection des participants pourrait se faire comme elle a été faite dans notre étude.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif principal de mesurer l'impact d'une action de groupe dans la prise de conscience des difficultés et dans le niveau de satisfaction de la qualité de vie auprès d'un groupe de personnes cérébro-lésés.

Il s'avère qu'au regard de l'analyse des questionnaires, nous pouvons présumer que les regroupements auraient apporté des bénéfices dans ces deux notions. Ainsi, le soutien par les pairs serait une stratégie potentielle pour améliorer l'efficacité des personnes souffrantes de traumatismes crâniens sévères dans la gestion de leur propre santé.

Cependant, nous avons pu constater que, pour ce groupe, les bénéfices restent tout de même moindres.

En se fiant à l'analyse et aux observations réalisées tout au long des regroupements, il semblerait que les objectifs secondaires pourraient être, eux aussi, validés.

Effectivement, outre ce travail concernant notre problématique de départ, les regroupements ont permis aux participants de partager verbalement leurs expériences respectives, d'entretenir leurs fonctions cognitives, psychiques et relationnelles et de s'ouvrir vers le monde extérieur avec une inclusion sociale.

L'amélioration de la qualité de vie est une des priorités des politiques françaises. La prise de conscience de ses propres capacités et incapacités au quotidien semble être tout autant fondamental pour cette population et pour leur entourage.

L'ergothérapie a un sens non négligeable sur la santé et sur la qualité de vie.

Nous avons pu constater que l'ergothérapeute a un rôle prépondérant dans cette étude puisque les actes réalisés sont compris dans son référentiel de compétence.

D'un point de vue personnel, j'ai l'intime conviction que la participation aux regroupements peut permettre à une personne traumatisée crânienne de multiples apports en lien avec son quotidien.

C'est pour cela que cette étude aurait, à mon sens, un réel intérêt à perdurer dans le temps.

Je peux ainsi clôturer mon écrit avec la sensation que mon travail pourra s'avérer utile à quelqu'un, peut-être aussi à moi-même, dans un futur plus ou moins proche. Cette étude m'aura permis de compléter l'idée que je me faisais de l'ergothérapie avec ce public et de construire une expérience très profitable pour ma future pratique professionnelle.

Je peux affirmer qu'aujourd'hui le métier d'ergothérapeute correspond tout à fait à mes attentes, à mon choix d'aider, de trouver des solutions pour améliorer le quotidien d'autrui.

Ma place dans cette étude et mon expérience acquise tout au long des différents stages professionnels de ma formation m'ont permis, lors de mon engagement en qualité de Sapeur-Pompier Volontaire (SPV), d'aborder différemment les interventions sur le terrain et d'utiliser mes connaissances plus largement.

« Si certains individus face à l'adversité semblent rendus vulnérables par l'exposition aux traumatismes, d'autres vont se construire dans la résilience et sortir renforcés par l'expérience traumatique qui leur donne un regain d'énergie, un ressort psychologique. On peut dire que par le traumatisme le sujet entre en résilience. »

La résilience surmonter les traumatismes, 2003 – Marie ANAULT

Références bibliographiques

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (1998). *Acta Endoscopica*, 28(2), 151-155. <https://doi.org/10.1007/BF03019434>
- ANESM - *Accompagnement des adultes handicapés psychiques.pdf*. (s. d.). Consulté 3 mai 2020, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_1__rbpp_accompagnement_adultes_handicapes_psychiques_2016.pdf
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. (2010). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id>
- Association des Familles de Traumatisés crâniens et Cérébrolésés de Gironde. (2019). *AFTC Gironde - Site officiel*. <https://aftc-gironde.org/site/traumatisme-cranien-et-cerebrolesion-acquise/traumatisme-cranien/etats-vegetatif-chronique-evc-etat-pauci-relationnel-epr/>
- Azouvi, P. (2009). Les troubles cognitifs des traumatismes crâniens sévères. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, 25(2), 66-68. <https://doi.org/10.1007/s11659-009-0135-1>
- Barrou, M., & Sarraf, T. (2014). Quels sont les impacts des déficiences motrices et psychomotrices après une lésion cérébrale ? *Jusqua la mort accompagner la vie*, N° 118(3), 59-68.
- Bastin, C., & Salmon, É. (2020). Anosognosie : Modèles théoriques et pistes de prise en charge. *Revue de neuropsychologie*, Volume 12(1), 26-34.
- Brochure à l'intention des familles et des personnes atteintes—Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux*. (2016). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001756/>

- Cardinal, P. L., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : Historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, Volume 89(5), 365-370.
- Clerc, N., & Agogué, M. (2014). Analyse réflexive de pratiques et développement de nouvelles compétences. *Recherche en soins infirmiers*, N° 118(3), 7-16.
- Cloutier, G., & Maugiron, P. (2016). La pair aidance en santé mentale : L'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique*, Volume 92(9), 755-760.
- Code de la santé publique—Article L1121-1, L1121-1 Code de la santé publique.
- Csikszentmihalyi, M. (1993). Activity and happiness : Towards a science of occupation. *Journal of Occupational Science*, 1(1), 38-42.
<https://doi.org/10.1080/14427591.1993.9686377>
- Delacroix, E., & Galtier, V. (2005). Le groupe est-il plus créatif que l'individu isolé ? *Management Avenir*, n° 4(2), 71-86.
- Devillard, O. (2005). *La dynamique des équipes*. Éditions d'Organisation.
<http://res.banq.qc.ca/login?url=http://www.biblioaccess.com/31/Catalog/Book/705626>
- Giffard, B., & Eustache, F. (2019). Neuropsychologie des traumatismes : Comprendre, faire face, aider. *Revue de neuropsychologie*, Volume 11(4), 247-249.
- Glasgow Coma Scale*. (s. d.). Consulté 23 novembre 2019, à l'adresse
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/gcstekst_fr.pdf
- Groupes à visée thérapeutiques*. (s. d.). Consulté 22 février 2020, à l'adresse
https://www.anpaapdl.org/_docs/Fichier/2016/7-160111020440.pdf
- Guide pratique de recherche en réadaptation*. (s. d.). calameo.com. Consulté 12 avril 2020, à l'adresse <https://www.calameo.com/read/000015856f8d27900dac5>

Handicap et qualité de vie après un traumatisme crânien sévère. (s. d.). Consulté 1 mars 2020, à l'adresse https://www.cnsa.fr/documentation/011-azouvi-rapport_final.pdf

Hartman-Maeir, A., Soroker, N., Ring, H., & Katz, N. (2002). Awareness of deficits in stroke rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(4), 158-164.
<https://doi.org/10.1080/16501970213236>

Health Promotion Glossary. (s. d.). Consulté 7 mai 2020, à l'adresse
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

Katz, N., Fleming, J., Keren, N., Lightbody, S., & Hartman-Maeir, A. (2002). Unawareness and/or Denial of Disability : Implications for Occupational Therapy Intervention. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 281-292.
<https://doi.org/10.1177/000841740206900504>

Kolakowsky-Hayner, S., Wright, J., & Bellon, K. (2012). A brief overview of the Patient Competency Rating Scale : Updates and additions to the COMBI. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 27(1), 83-85.
<https://doi.org/10.1097/htr.0b013e31823645db>

La conscience. (s. d.). Consulté 23 novembre 2019, à l'adresse
http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/VE/JP67_conscience.pdf

La profession. (s. d.). Consulté 17 septembre 2019, à l'adresse <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>

La qualité de vie au travail. (s. d.). Consulté 11 mai 2020, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf

Larousse, É. (s. d.). *Encyclopédie Larousse en ligne—Coma*. Consulté 3 février 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/encyclopedia/medical/coma/12108>

Laureys, S. (2006). *Les degrés de la conscience*. 6.

Le processus de l'ergotherapie.pdf. (s. d.). Consulté 4 mai 2020, à l'adresse

https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/publications/media_07_Le_processus_de_l_ergotherapie.pdf

Les barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs professionnelles : Perceptions

d'ergothérapeutes du Québec. (s. d.). Consulté 11 mai 2020, à l'adresse

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/50788783/Drolet_et_Goulet_2017.pdf?response-content-

disposition=inline%3B%20filename%3DLes_barrieres_et_faciliteurs_a_lactual.pdf&
X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-

Credential=ASIATUSBJ6BAEDWMQHWB%2F20200511%2Fus-east-

1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200511T202145Z&X-Amz-

Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Security-

Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEOz%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCX
VzLWVhc3QtMSJHMEUCIQCCltbec3YRaSe2KflbvjU6mLIKe6PZIjg4mGQoPym5xg
IgbXB2gkE6XL00ZvMHSVGVqt1JA8YOfyZdsqrl1IKZ%2FpAqtAMINRAAGgwyNTAz
MTg4MTEyMDAiDF0hnOLSxeWmPVAVKyqRaxUxSGHYdhWIHvj8g7w1V4EnWM%
2BY1cL5yYzPc4vR%2Fyk%2BTivtwCqKWxwjTCDYVZ3q6EpnOlzTDwj%2FzSxAiW
ZYRIrr1o3XP3S6BGzTFgUTOA5CgY3hFtRoLJOK927C5mbayYUQFUJplasMZP1jM
AHHkMSAmL8dCluxEcHcrdNFYB0fX9LrM6MS%2B%2FB%2BOuElGsiQtTZxYkLU
k0PeQUbZOQW%2FIdonHThd%2BswwyVD%2FvZjzdheNK1pUykPt3lgg03vfqX3j0dl
FirlR3q86PWhZWPFn75rWujLXO5aD3dWf735wpKSCFrpsrik2YP6ZSPiN4bTIQ4Wal
2JFTbqO9F2V88u1ZDd7AjWQu1LO%2BFcgbxYatpEQHd5jHp%2F8vs%2BbHrBjlds
3INBS1wJszmSelII%2BAPOAazxwIq8le8V%2BQqmaplh%2FCSjWDeQpj53NOD%2F
PIUohvmBqwHXML2%2BuTPaN1Sc08%2B7d8ATSsxLBxhGB9LGILXamSv0ifeoY82
gCqvUNYeUbWdkEE8Bz4ek5Sb7C7whzmkWFKRRbMIXe5vUFOusBO0W8RLjW3Fe
3mOw%2FDaGcy5%2BaGd2XVUxPhldjjOC79XHuONnJUsoWWvF5EGDBPo9qb3ps
MU0IPRWQqKFNHaglUTNMBeeg%2FeGi963TsQMXyQSsK%2FiBWCWJfXMSBn

qXvoKcAehy79HmBAMUIweUIpNQjFGojqtRtPGXF9%2BIxjLuye3BXwFSV%2BsCPq
G4WM28%2FDfcsp8tcWTDJyazjnGilJydFRVPUMzFVBI8LQbEM2hcNFAHp4nyiVED
1EPCLwmulQA0tkED2EYF%2F2zFzROSEFDAgtp%2Bf8NM9fbqCcO16WNny%2Fc
EJUv5GuAXGr5g%3D%3D&X-Amz-

Signature=bf1081e6b8530f2e670c638e7037433cc34a59d8c30ff24ee41de1dc7ddaf4
56

Les fonctions cognitives. (2020). Association québécoise des neuropsychologues.

<https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/>

Les règles professionnelles des ergotherapeutes.pdf. (s. d.). Consulté 4 mai 2020, à
l'adresse

[https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Les_regles_professionnelles_
des_ergotherapeutes.pdf](https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Les_regles_professionnelles_des_ergotherapeutes.pdf)

Levy, B. B., Luong, D., Perrier, L., Bayley, M. T., & Munce, S. E. P. (2019). Peer support
interventions for individuals with acquired brain injury, cerebral palsy, and spina
bifida : A systematic review. *BMC Health Services Research*, 19.

<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4110-5>

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système
de santé, 2002-303 (2002).

Mathé, J.-F., Richard, I., & Rome, J. (2005). Santé publique et traumatismes crâniens
graves. Aspects épidémiologiques et financiers, structures et filières de soins.
Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 24(6), 688-694.

<https://doi.org/10.1016/j.annfar.2005.03.029>

MAZAUX, J.-M., BARAT, M., JOSEPH, P.-A., GIROIRE, J.-M., CAMPAN, M., & MOLY, P.
(1997). Troubles du langage, de la parole et de la communication verbale après
traumatisme crânien grave. *Troubles du langage, de la parole et de la communication
verbale après traumatisme crânien grave*, 58, 22-29.

- M.D, J. M. S., M.D, T. W. M., & M.D, D. B. A. (2018). *Textbook of Traumatic Brain Injury, Third Edition*. American Psychiatric Pub.
- MOREL-BRACQ, M.-C. (2001). Activité et qualité de vie, la théorie du Flow. *Ergothérapies*, N°4, 19-26.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- MUCCHIELLI, R. (2016). *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective*. ESF Sciences Humaines.
- Petit, M. L., Desgranges, B., Eustache, F., & Laisney, M. (2019). Cognition sociale dans la démence frontotemporale et la maladie d'Alzheimer : Le rôle des fonctions exécutives. *Revue de neuropsychologie*, Volume 11(2), 108-116.
- Qolibri, qualité de vie après un traumatisme crânien*. (2012).
<http://www.ebissociety.org/qualite-de-vie.html>
- Qualité des soins : Définition | Santé Publique*. (s. d.). Consulté 3 mai 2020, à l'adresse
<https://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>
- Raoult, P.-A., Blanquet, B., Bonneville-Baruchel, E., Chagnon, J.-Y., Ciccone, A., Diet, E., & Duez, B. (2017). *Violences et Malêtre : Discriminations et radicalisations*. Dunod.
- Recommandations de bonne pratique—Troubles du Comportement chez les Traumatisés Crâniens*. (2013). 36.
- Ric, F., & Muller, D. (2017). Chapitre 1. Qu'entend-on par cognition sociale ? *Psycho en +*, 7-19.
- Rubin, M. L., Yamal, J.-M., Chan, W., & Robertson, C. S. (2019). Prognosis of Six-Month Glasgow Outcome Scale in Severe Traumatic Brain Injury Using Hospital Admission Characteristics, Injury Severity Characteristics, and Physiological Monitoring during

- the First Day Post-Injury. *Journal of Neurotrauma*, 36(16), 2417-2422.
<https://doi.org/10.1089/neu.2018.6217>
- Schalock, R. L. (1993). *La qualité de vie : Conceptualisation, mesure et application*. 16.
- Suicide et tentative de suicides : Données nationales et régionales*. (2019). /liste-des-actualites/suicide-et-tentative-de-suicides-donnees-nationales-et-regionales
- Tammam, D., Bensa, P., & Vion-Dury, J. (2013). Phénoménologie des démences (3) : Du savoir à l'anosognosie. *PSN, Volume 11*(1), 53-68.
- Thiebaut de Schotten, M., Urbanski, M., Batrancourt, B., Levy, R., Dubois, B., Cerliani, L., & Volle, E. (2016). Rostro-caudal Architecture of the Frontal Lobes in Humans. *Cerebral Cortex*, cercor;bhw215v1. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhw215>
- Tiedemann, F. (1823). *Anatomie du cerveau...* J.-B. Baillière.
- Transformations de l'intervention sociale*. (2009).
<https://flipbook.cantook.net/?d=%2F%2Fwww.entrepotnumerique.com%2Fflipbook%2Fpublications%2F118.js&oid=7&c=&m=&l=fr&r=https://puq.ca&f=pdf>
- Vakil, E. (2005). The Effect of Moderate to Severe Traumatic Brain Injury (TBI) on Different Aspects of Memory:A Selective Review. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27(8), 977-1021. <https://doi.org/10.1080/13803390490919245>
- Viader, F. (2019). L'ictus amnésique idiopathique : Un syndrome amnésique exemplaire. *Revue de neuropsychologie, Volume 11*(1), 70-74.

Annexes

Annexe I. Questionnaire : Patient Competency Rating Scale	61
Annexe II. Questionnaire: Quality of Life after Brain Injury.....	65
Annexe III. Choix du lieu pour les regroupements.....	67
Annexe IV. Suivi du présentiel	68
Annexe V. Questionnaire de satisfaction	69
Annexe VI. Analyse des questionnaires : Sujet A.....	70
Annexe VI.I. PCRS	70
Annexe VI.II. QOLIBRI.....	71
Annexe VII. Analyse des questionnaires : Sujet B.....	72
Annexe VII.I. PCRS	72
Annexe VII.II. QOLIBRI.....	73
Annexe VIII. Analyse des questionnaires : Sujet C	74
Annexe VIII.I. PCRS	74
Annexe VIII.II. QOLIBRI.....	75
Annexe IX. Analyse des questionnaires : Sujet D	76
Annexe IX.I. PCRS	76
Annexe IX.II. QOLIBRI.....	77
Annexe X. Analyse des questionnaires : Sujet E.....	78
Annexe X.I. PCRS	78
Annexe X.II. QOLIBRI.....	79
Annexe XI. Analyse des questionnaires : Sujet F.....	80
Annexe XI.I. PCRS	80
Annexe XI.II. QOLIBRI.....	81

Annexe I. Questionnaire : Patient Competency Rating Scale

Patient Competency Rating Scale (PCRS ; Prigatano & al., 1986)

Nom :

Age :

Date :

Instructions

Ceci est un questionnaire qui vous demande de juger votre capacité actuelle à faire différentes tâches pratiques.

Certaines questions ne s'appliqueront peut-être pas directement aux activités que vous faites souvent, mais on vous demande de compléter chaque question comme si c'était quelque chose que vous "auriez à faire".

A chaque question, vous devez juger combien il vous est (ou serait) facile ou difficile de faire une activité particulière, et de noter la réponse appropriée.

	Je ne peux pas le faire.	Ca m'est très difficile à faire.	Je peux le faire avec quelques difficultés.	Ca m'est presque facile à faire.	Je peux le faire avec facilité.
1. Est-ce que j'ai des difficultés à préparer mes propres repas ?	_____	_____	_____	_____	_____
2. Est-ce que j'ai des difficultés à m'habiller ?	_____	_____	_____	_____	_____
3. Est-ce que j'ai des difficultés à prendre soin de mon hygiène personnelle ?	_____	_____	_____	_____	_____
4. Est-ce que j'ai des difficultés à faire la vaisselle ?	_____	_____	_____	_____	_____
5. Est-ce que j'ai des difficultés à faire ma lessive ?	_____	_____	_____	_____	_____

	Je ne peux pas le faire.	Ca m'est très difficile à faire.	Je peux le faire avec quelques difficultés.	Ca m'est presque facile à faire.	Je peux le faire avec facilité.
6. Est-ce que j'ai des difficultés à gérer mon budget ?	_____	_____	_____	_____	_____
7. Est-ce que j'ai des difficultés à arriver à l'heure à mes rendez-vous ?	_____	_____	_____	_____	_____
8. Est-ce que j'ai des difficultés à entreprendre une conversation dans un groupe ?	_____	_____	_____	_____	_____
9. Est-ce que j'ai des difficultés à rester concentré sur mon travail, même quand il est ennuyeux ou fatigant ?	_____	_____	_____	_____	_____
10. Est-ce que j'ai des difficultés à me rappeler ce que j'ai mangé la veille ?	_____	_____	_____	_____	_____
11. Est-ce que j'ai des difficultés à me rappeler les noms de personnes que je vois souvent ?	_____	_____	_____	_____	_____
12. Est-ce que j'ai des difficultés à me rappeler mon emploi du temps quotidien ?	_____	_____	_____	_____	_____
13. Est-ce que j'ai des difficultés à me rappeler les choses importantes que j'ai à faire ?	_____	_____	_____	_____	_____
14. Est-ce que j'aurais des difficultés à conduire une voiture si j'avais à le faire ?	_____	_____	_____	_____	_____
15. Est-ce que j'ai des difficultés à accepter de l'aide quand je suis embarrassé ?	_____	_____	_____	_____	_____
16. Est-ce que j'ai des difficultés à m'adapter à des changements imprévus ?	_____	_____	_____	_____	_____

	Je ne peux pas le faire.	Ca m'est très difficile à faire.	Je peux le faire avec quelques difficultés.	Ca m'est presque facile à faire.	Je peux le faire avec facilité.
17. Est-ce que j'ai des difficultés à mener une discussion, un débat avec des gens que je connais bien ?	_____	_____	_____	_____	_____
18. Est-ce que j'ai des difficultés à accepter les critiques d'autres personnes ?	_____	_____	_____	_____	_____
19. Est-ce que j'ai des difficultés à contrôler mes pleurs ?	_____	_____	_____	_____	_____
20. Est-ce que j'ai des difficultés à agir convenablement en compagnie d'amis ?	_____	_____	_____	_____	_____
21. Est-ce que j'ai des difficultés à montrer de l'affection aux gens ?	_____	_____	_____	_____	_____
22. Est-ce que j'ai des difficultés à participer à des activités de groupe ?	_____	_____	_____	_____	_____
23. Est-ce que j'ai des difficultés à me rappeler des choses que j'ai dites ou faites, qui ont pu bouleverser quelqu'un ?	_____	_____	_____	_____	_____
24. Est-ce que j'ai des difficultés à programmer mes activités quotidiennes ?	_____	_____	_____	_____	_____
25. Est-ce que j'ai des difficultés à comprendre de nouvelles instructions ?	_____	_____	_____	_____	_____
26. Est-ce que j'ai des difficultés à faire face à mes responsabilités quotidiennes ?	_____	_____	_____	_____	_____
27. Est-ce que j'ai des difficultés à contrôler mon humeur quand quelque chose me bouleverse ?	_____	_____	_____	_____	_____

	Je ne peux pas le faire.	Ca m'est très difficile à faire.	Je peux le faire avec quelques difficultés.	Ca m'est presque facile à faire.	Je peux le faire avec facilité.
28. Est-ce que j'ai des difficultés à éviter de tomber dans la déprime?	_____	_____	_____	_____	_____
29. Est-ce que j'ai des difficultés à contrôler mes émotions, susceptibles de me gêner dans mes activités quotidiennes ?	_____	_____	_____	_____	_____
30. Est-ce que j'ai des difficultés à contrôler mes rires ?	_____	_____	_____	_____	_____

Annexe II. Questionnaire: Quality of Life after Brain Injury

Dans la première partie de ce questionnaire, nous aimerions connaître votre niveau de satisfaction dans différents aspects de votre vie depuis votre traumatisme crânien. Pour chaque question, choisissez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'heure actuelle (y compris au cours de la semaine passée) en inscrivant "X" dans la case. Si vous rencontrez des difficultés à remplir le questionnaire, veuillez demander de l'aide.

PARTIE 1

A. Ces questions concernent le fonctionnement de votre pensée à l'heure actuelle (y compris au cours de la semaine passée).

	Pas du tout	Peu	Moyennement	Plutôt	Très
1. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à vous concentrer, par exemple en lisant ou pour suivre le fil d'une conversation?					
2. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à vous exprimer et à comprendre les autres, lors d'une conversation?					
3. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à vous rappeler les questions de tous les jours, par exemple les endroits où vous avez mis vos affaires?					
4. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à trouver des solutions aux problèmes pratiques du quotidien, par exemple ce que vous devez faire si vous perdez vos clés?					
5. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à prendre des décisions?					
6. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à vous orienter, pour trouver votre chemin?					
7. Êtes-vous satisfait(e) de la rapidité de votre pensée?					

B. Ces questions concernent vos émotions et la manière dont vous vous percevez à l'heure actuelle (y compris au cours de la semaine passée).

	Pas du tout	Peu	Moyennement	Plutôt	Très
1. Êtes-vous satisfait(e) de votre niveau d'énergie?					
2. Êtes-vous satisfait(e) de votre niveau de motivation à faire les choses?					
3. Êtes-vous satisfait(e) de l'estime que vous avez de vous-même, de votre valeur à vos yeux?					
4. Êtes-vous satisfait(e) de votre apparence extérieure?					
5. Êtes-vous satisfait(e) de ce que vous avez réalisé ou accompli depuis votre traumatisme crânien?					
6. Êtes-vous satisfait(e) de la façon dont vous vous percevez vous-même?					
7. Êtes-vous satisfait(e) de la façon dont vous voyez votre avenir?					

C. Ces questions concernent votre indépendance et votre fonctionnement dans la vie quotidienne à l'heure actuelle (y compris au cours de la semaine passée).

	Pas du tout	Peu	Moyennement	Plutôt	Très
1. Êtes-vous satisfait(e) de votre niveau d'indépendance par rapport aux autres?					
2. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à vous déplacer à l'extérieur?					
3. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à réaliser les tâches domestiques, par exemple cuisiner ou faire des réparations?					
4. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à gérer votre budget personnel?					
5. Êtes-vous satisfait(e) de votre participation au travail ou en formation (scolarité)?					
6. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à participer à des activités de loisirs, par exemple sports, hobby, fêtes?					
7. Êtes-vous satisfait(e) de la manière dont vous prenez en charge votre propre vie?					

D. Ces questions concernent vos relations sociales à l'heure actuelle (y compris au cours de la semaine passée).

	Pas du tout	Peu	Moyennement	Plutôt	Très
1. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à éprouver de l'affection envers les autres, par exemple votre partenaire, famille, amis?					
2. Êtes-vous satisfait(e) de vos relations avec les membres de votre famille?					
3. Êtes-vous satisfait(e) de vos relations avec vos amis?					
4. Êtes-vous satisfait(e) de la relation que vous avez avec votre partenaire ou du fait de ne pas avoir un partenaire?					
5. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle?					
6. Êtes-vous satisfait(e) de l'attitude et du regard des autres envers vous?					

Dans la seconde partie de ce questionnaire, nous aimerions connaître le **degré de la gêne** que vous ressentez face à différents problèmes. Pour chaque question, choisissez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'heure actuelle (y compris au cours de la semaine passée) en inscrivant "X" dans la case. Si vous rencontrez des difficultés à remplir le questionnaire, veuillez demander de l'aide.

E. Ces questions concernent la gêne que vous éprouvez par rapport à vos sentiments à l'heure actuelle (y compris au cours de la semaine passée).

	Pas du tout	Peu	Moyennement	Plutôt	Très
1. Êtes-vous gêné(e) par un sentiment de solitude, même lorsque vous vous trouvez en présence d'autres personnes?					
2. Êtes-vous gêné(e) par un sentiment d'ennui?					
3. Êtes-vous gêné(e) par un sentiment d'anxiété?					
4. Êtes-vous gêné(e) par un sentiment de tristesse ou de dépression?					
5. Êtes-vous gêné(e) par un sentiment de colère ou d'agressivité?					

F. Ces questions concernent la gêne que vous éprouvez par rapport à votre condition physique à l'heure actuelle (y compris au cours de la semaine passée).

	Pas du tout	Peu	Moyennement	Plutôt	Très
1. Êtes-vous gêné(e) par la lenteur et/ou la maladresse de vos mouvements?					
2. Êtes-vous gêné(e) en dehors du traumatisme crânien par les suites d'autres blessures, que vous avez subies au moment de l'accident?					
3. Êtes-vous gêné(e) par la douleur, y compris les maux de tête?					
4. Êtes-vous gêné(e) par des difficultés à voir ou entendre?					
5. Globalement, êtes-vous gêné(e) par les suites de votre traumatisme crânien?					

Annexe III. Choix du lieu pour les regroupements

Lieu A	Local accessible	Tarif de la consommation soft la plus chère	Modalité de la salle	Geste commercial
Place de la République LIMOGES	Oui	3.50€	Table privatisée	Non

Lieu B	Local accessible	Tarif de la consommation soft la plus chère	Modalité de la salle	Geste commercial
Place de la République LIMOGES	Oui	3.30€	Table privatisée	Non

Lieu C	Local accessible	Tarif de la consommation soft la plus chère	Modalité de la salle	Geste commercial
Rue Fitz James LIMOGES	Oui	3.50€	Table privatisée	Non

Lieu D	Local accessible	Tarif de la consommation soft la plus chère	Modalité de la salle	Geste commercial
Rue Turgot LIMOGES	Oui	3.50€	Table privatisée	Non

Lieu E	Local accessible	Tarif de la consommation soft la plus chère	Modalité de la salle	Geste commercial
Rue Haute Vienne LIMOGES	Non : De nombreuses marches et très bruyant	9€ par personne par séance	Salle privatisée	Oui, première séance offerte Total : 216 €

Lieu F	Local accessible	Tarif de la consommation soft la plus chère	Modalité de la salle	Geste commercial
Rue des Tuilières LIMOGES	Oui	3.50€	Salle privatisée	Non

Annexe IV. Suivi du présentiel

Dates	04/10/2019	08/11/2019	13/12/2019	17/01/2020	21/02/2020	13/03/2020
Lieux	Lieu A	Lieu A	Lieu F	Lieu F	Lieu F	Lieu F
Organisation de la séance	Présentation du groupe - Présentation de l'outil de travail : « Cérébrale Bataille » - Clôture du regroupement	Rappel du fonctionnement de l'outil de travail : « Cérébrale Bataille » - Clôture du regroupement	Utilisation du « Cérébrale Bataille » - Clôture du regroupement	Utilisation du « Cérébrale Bataille » - Clôture du regroupement	Utilisation du « Cérébrale Bataille » - Clôture du regroupement	Passation des deux échelles standardisées et remplissage du questionnaire de satisfaction de façon anonyme - Remerciements - Clôture du groupe
Sujet A	X	X	X	Motif médical	Absence de motif	
Sujet B	X	Motif médical	Motif médical	X	Motif médical	
Sujet C	X	X	Motif médical	Ne souhaite plus participer	X	
Sujet D	X	Oubli	X	X	X	
Sujet E	X	X	X	X	X	
Sujet F	X	X	Motif professionnel	X	X	
Anne-Laure	X	X	X	X	X	
Marie	X	X	X	X	X	
TOTAL	8	6	5	6	6	ANNULE

Annexe V. Questionnaire de satisfaction

Questionnaire de satisfaction :

*Etude autour de la prise de conscience des difficultés
et du niveau de satisfaction de la qualité de vie des patients traumatisés crâniens sévères*

➤ De manière générale, avez-vous été satisfait des regroupements ? ☐ Oui ☐ Non

➤ Le fait d'être dans une structure hors hospitalière a-t-il facilité les échanges ? ☐ Oui ☐ Non

⇒ Comment avez-vous trouvé le premier lieu :

.....
.....
.....

⇒ Comment avez-vous trouvé le second lieu :

.....
.....
.....

➤ Avez-vous pris conscience de certaines difficultés que vous rencontrez au quotidien ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....

➤ Avez- vous appris certaines choses pour améliorer votre vie au quotidien ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

➤ Auriez-vous aimé approfondir d'autres thèmes ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

➤ Aimeriez-vous continuer à participer à ce type de regroupement ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....

Merci beaucoup pour votre participation et votre implication !!

Annexe VI. Analyse des questionnaires : Sujet A

Annexe VI.I. PCRS

	1 : Je ne peux pas le faire		2 : Ça m'est très difficile à faire		3 : Je peux le faire avec quelques difficultés		4 : Ça m'est presque facile à faire		5 : Je peux le faire avec facilité	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
1									X	X
2									X	X
3									X	X
4									X	X
5									X	X
6							X	X		
7									X	X
8									X	X
9				X	X					
10									X	X
11									X	X
12						X			X	
13							X	X		
14									X	X
15								X	X	
16							X	X		
17									X	X
18									X	X
19							X	X		
20							X	X		
21						X	X			
22									X	X
23					X			X		
24						X	X			
25									X	X
26							X	X		
27				X	X					
28							X	X		
29			X			X				
30							X	X		

Annexe VI.II. QOLIBRI

	1 : Pas du tout		2 : Peu		3 : Moyennement		4 : Plutôt		5 : Très	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
A.1						X	X			
A.2							X	X		
A.3							X	X		
A.4					X			X		
A.5					X	X				
A.6							X	X		
A.7							X	X		
B.1					X	X				
B.2			X			X				
B.3							X	X		
B.4					X			X		
B.5					X			X		
B.6							X	X		
B.7								X	X	
C.1					X	X				
C.2							X	X		
C.3					X	X				
C.4							X	X		
C.5							X	X		
C.6									X	X
C.7					X			X		
D.1						X	X			
D.2							X	X		
D.3							X	X		
D.4	X	X								
D.5	X	X								
D.6							X	X		
E.1	X	X								
E.2			X	X						
E.3	X			X						
E.4			X	X						
E.5							X	X		
F.1				X	X					
F.2			X	X						
F.3	X	X								
F.4	X	X								
F.5			X	X						

Annexe VII. Analyse des questionnaires : Sujet B

Annexe VII.I. PCRS

	1 : Je ne peux pas le faire		2 : Ça m'est très difficile à faire		3 : Je peux le faire avec quelques difficultés		4 : Ça m'est presque facile à faire		5 : Je peux le faire avec facilité	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
1								X	X	
2									X	X
3									X	X
4									X	X
5									X	X
6						X	X			
7							X	X		
8					X	X				
9					X	X				
10								X	X	
11									X	X
12							X			X
13							X	X		
14								X	X	
15							X			X
16					X			X		
17									X	
18									X	
19									X	
20									X	
21									X	
22							X			
23							X			
24									X	
25							X			
26							X			
27					X					
28							X	X		
29					X			X		
30									X	X

Annexe VII.II. QOLIBRI

	1 : Pas du tout		2 : Peu		3 : Moyennement		4 : Plutôt		5 : Très	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
A.1						X			X	
A.2						X	X			
A.3							X	X		
A.4									X	X
A.5								X	X	
A.6								X	X	
A.7							X	X		
B.1							X	X		
B.2								X	X	
B.3									X	X
B.4								X	X	
B.5									X	X
B.6								X	X	
B.7								X	X	
C.1							X	X		
C.2									X	X
C.3								X	X	
C.4						X	X			
C.5						X	X			
C.6								X	X	
C.7							X	X		
D.1								X	X	
D.2							X			X
D.3									X	X
D.4							X	X		
D.5									X	X
D.6							X	X		
E.1	X			X						
E.2			X	X						
E.3	X	X								
E.4	X			X						
E.5	X			X						
F.1		X			X					
F.2					X	X				
F.3					X	X				
F.4							X	X		
F.5			X			X				

Annexe VIII. Analyse des questionnaires : Sujet C

Annexe VIII.I. PCRS

	1 : Je ne peux pas le faire		2 : Ça m'est très difficile à faire		3 : Je peux le faire avec quelques difficultés		4 : Ça m'est presque facile à faire		5 : Je peux le faire avec facilité	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
1									X	X
2									X	X
3									X	X
4									X	X
5									X	X
6									X	X
7									X	X
8							X	X		
9					X	X				
10							X	X		
11					X			X		
12							X	X		
13							X	X		
14									X	X
15					X			X		
16							X	X		
17							X	X		
18			X			X				
19					X	X				
20							X	X		
21							X	X		
22										X
23					X			X		
24								X	X	
25							X	X		
26									X	X
27					X	X				
28					X	X				
29					X			X		
30							X	X		

Annexe VIII.II. QOLIBRI

	1 : Pas du tout		2 : Peu		3 : Moyennement		4 : Plutôt		5 : Très	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
A.1							X	X		
A.2							X	X		
A.3							X	X		
A.4								X		
A.5					X					X
A.6							X			X
A.7							X			X
B.1					X			X		
B.2					X			X		
B.3								X		
B.4					X			X		
B.5							X			X
B.6					X			X		
B.7					X					X
C.1							X			X
C.2							X			X
C.3							X	X		
C.4							X			X
C.5					X			X		
C.6								X	X	
C.7									X	X
D.1							X	X		
D.2			X	X						
D.3								X		
D.4							X	X		
D.5							X	X		
D.6							X	X		
E.1					X	X				
E.2					X	X				
E.3							X	X		
E.4					X	X				
E.5					X			X		
F.1				X	X					
F.2		X					X			
F.3		X	X							
F.4		X	X							
F.5				X	X					

Annexe IX. Analyse des questionnaires : Sujet D

Annexe IX.I. PCRS

	1 : Je ne peux pas le faire		2 : Ça m'est très difficile à faire		3 : Je peux le faire avec quelques difficultés		4 : Ça m'est presque facile à faire		5 : Je peux le faire avec facilité	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
1							X			X
2									X	X
3							X	X		
4			X					X		
5			X							X
6					X	X				
7					X	X				
8					X			X		
9			X	X						
10			X	X						
11					X	X				
12			X	X						
13			X	X						
14									X	X
15							X			X
16			X	X						
17					X	X				
18						X	X			
19	X			X						
20						X	X			
21									X	
22					X	X				
23				X			X			
24						X	X			
25				X	X					
26						X	X			
27	X	X								
28	X	X								
29	X	X								
30									X	X

Annexe IX.II. QOLIBRI

	1 : Pas du tout		2 : Peu		3 : Moyennement		4 : Plutôt		5 : Très	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
A.1			X			X				
A.2					X			X		
A.3	X			X						
A.4			X			X				
A.5					X			X		
A.6	X					X				
A.7					X	X				
B.1	X	X								
B.2		X	X							
B.3					X	X				
B.4					X	X				
B.5							X	X		
B.6					X	X				
B.7	X	X								
C.1					X			X		
C.2					X			X		
C.3						X	X			
C.4					X	X				
C.5					X			X		
C.6	X	X								
C.7				X	X					
D.1									X	X
D.2									X	X
D.3								X	X	
D.4									X	X
D.5								X		
D.6					X	X				
E.1	X			X						
E.2							X			X
E.3									X	X
E.4									X	X
E.5			X					X		
F.1							X	X		
F.2			X					X		
F.3								X	X	
F.4			X	X						
F.5									X	X

Annexe X. Analyse des questionnaires : Sujet E

Annexe X.I. PCRS

	1 : Je ne peux pas le faire		2 : Ça m'est très difficile à faire		3 : Je peux le faire avec quelques difficultés		4 : Ça m'est presque facile à faire		5 : Je peux le faire avec facilité	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
1					X	X				
2									X	X
3									X	X
4									X	X
5									X	X
6							X			X
7									X	X
8							X	X		
9							X	X		
10								X	X	
11									X	X
12								X	X	
13								X	X	
14					X	X				
15					X			X		
16					X			X		
17						X	X			
18						X	X			
19				X						
20						X	X			
21						X	X			
22							X	X		
23						X	X			
24							X	X		
25							X	X		
26							X	X		
27						X	X			
28	X									X
29							X	X		
30					X	X				

Annexe X.II. QOLIBRI

	1 : Pas du tout		2 : Peu		3 : Moyennement		4 : Plutôt		5 : Très	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
A.1									X	X
A.2					X			X		
A.3					X					
A.4						X	X			
A.5				X					X	
A.6									X	X
A.7									X	X
B.1								X	X	
B.2							X	X		
B.3							X	X		
B.4							X	X		
B.5								X	X	
B.6						X	X			
B.7							X	X		
C.1								X	X	
C.2									X	X
C.3						X	X			
C.4								X	X	
C.5						X			X	
C.6									X	X
C.7							X			X
D.1							X	X		
D.2								X	X	
D.3									X	X
D.4	X					X				
D.5			X	X						
D.6			X							X
E.1	X					X				
E.2	X					X				
E.3			X	X						
E.4	X	X								
E.5				X	X					
F.1					X	X				
F.2					X			X		
F.3			X	X						
F.4	X									X
F.5	X	X								

Annexe XI. Analyse des questionnaires : Sujet F

Annexe XI.I. PCRS

	1 : Je ne peux pas le faire		2 : Ça m'est très difficile à faire		3 : Je peux le faire avec quelques difficultés		4 : Ça m'est presque facile à faire		5 : Je peux le faire avec facilité	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
1									X	X
2									X	X
3									X	X
4									X	X
5									X	X
6					X					X
7									X	X
8					X					X
9							X			X
10									X	X
11									X	X
12									X	X
13							X			X
14									X	X
15					X			X		
16							X			X
17							X			X
18							X			X
19									X	X
20									X	X
21					X					X
22							X			X
23							X			
24									X	X
25							X	X		
26									X	X
27					X	X				
28					X					
29					X					
30							X			

Annexe XI.II. QOLIBRI

	1 : Pas du tout		2 : Peu		3 : Moyennement		4 : Plutôt		5 : Très	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
A.1					X			X		
A.2							X	X		
A.3					X	X				
A.4							X	X		
A.5					X					X
A.6					X			X		
A.7					X					X
B.1							X			X
B.2									X	X
B.3					X					X
B.4					X			X		
B.5							X			X
B.6					X			X		
B.7					X					
C.1									X	X
C.2									X	X
C.3							X			X
C.4									X	X
C.5							X			X
C.6									X	X
C.7							X	X		
D.1							X			
D.2							X			
D.3									X	
D.4							X			
D.5										
D.6							X			
E.1			X							
E.2					X					
E.3							X			
E.4					X					
E.5							X			
F.1					X					
F.2	X									
F.3	X									
F.4	X									
F.5			X							

Echanges verbaux entre patients pairs traumatisés crâniens sévères et ergothérapeutes : Impact sur la prise de conscience des difficultés et sur le niveau de satisfaction de la qualité de vie

Résumé :

CONTEXTE : A l'heure actuelle en France, le traumatisme crânien se révèle être un réel fléau. Les troubles neurologiques peuvent avoir un impact négatif dans la prise de conscience des difficultés et/ou dans le niveau de satisfaction la qualité de vie. Le soutien par les pairs est apparu comme une stratégie potentielle pour améliorer l'efficacité des patients dans la gestion de leur propre santé.

MÉTHODES : Cette étude, menée par un ergothérapeute, examine l'impact des interventions de soutien par les pairs pour les adultes atteints de lésions cérébrales acquises dans la prise de conscience des difficultés et dans l'amélioration du niveau de qualité de vie.

Afin de mesurer l'impact d'une action de groupe, les six participants devront remplir deux questionnaires : PCRS et la QOLIBRI. Pour chaque participant, nous comparerons les résultats obtenus avant et après les cinq regroupements.

RÉSULTATS : Il semblerait que les regroupements aurait apporté des bénéfices dans la prise de conscience des difficultés et dans l'amélioration du niveau de satisfaction de la qualité de vie. Néanmoins, nous constatons que l'évolution des réponses sur l'échelle de cotation de 1 à 5 a fluctué en majorité de 1 laissant présager un faible impact.

CONCLUSION : Pour ce groupe de participants, l'intervention de l'ergothérapeute semble avoir permis un impact dans la prise de conscience des difficultés et dans l'amélioration de qualité de vie.

Mots-clés : Lésion cérébrale acquise ; Soutien par les pairs ; Qualité de vie ; Prise de conscience des difficultés ; Ergothérapeute

Verbal exchanges between peer patients with severe head injuries and occupational therapists: Impact on awareness of difficulties and level of satisfaction with quality of life

Abstract :

BACKGROUND : At present in France, head trauma is real scourge. Neurological disorders can have a negative impact in the awareness of difficulties and/or in the level of satisfaction the quality of life. Peer support has emerged as a potential strategy to improve patients' effectiveness in managing their own health.

METHODS : This study, conducted by an occupational therapist, examines the impact of peer support interventions for adults with acquired brain injury in raising awareness of difficulties and improving quality of life. In order to measure the impact of a group action, the six participants will be asked to complete two questionnaires : PCRS and QOLIBRI. For each participant, we will compare the results obtained before and after the five groupings.

RESULTS : It would appear that clustering would have brought benefits in terms of raising awareness of the difficulties and improving the level of satisfaction with the quality of life. Nevertheless, we note that the majority of responses on the rating scale from 1 to 5 fluctuated by a factor of 1, suggesting a low impact.

CONCLUSION : For this group of participants, the intervention of the occupational therapist seems to have had an impact in raising awareness of the difficulties and improving quality of life.

Keywords : Acquired brain injury ; Peer support ; Quality of life ; Problem awareness ; Occupational therapist

