



HAL
open science

Ergothérapeute expert en réparation du dommage corporel auprès des personnes blessées médullaires et remaniement identitaire

Adrien Pouzadoux

► **To cite this version:**

Adrien Pouzadoux. Ergothérapeute expert en réparation du dommage corporel auprès des personnes blessées médullaires et remaniement identitaire. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01834490

HAL Id: dumas-01834490

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01834490>

Submitted on 10 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

POUZADOUX Adrien

30/05/17

U.E. 6.5 : Mémoire d'initiation à la recherche

Ergothérapeute expert en réparation du dommage corporel auprès des personnes blessées médullaires et remaniement identitaire

Remerciements

« Sous la direction de Mme Karina Dahomay, ergothérapeute libérale à Lyon, maitre de mémoire »

Je tiens, en premier lieu, à remercier tout particulièrement Karina Dahomay. Je la remercie pour son formidable accompagnement en tant que maitre de mémoire. Elle a toujours su très bien me conseiller, se montrer disponible, à l'écoute et encourageante envers moi.

Je remercie également les quatre personnes qui ont accepté que je les interroge lors des entretiens. Elles ont grandement contribué à ce mémoire d'initiation à la recherche.

Je remercie également Céline Dauzat, enseignante à l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne pour son accompagnement méthodologique et la qualité de ses conseils.

Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne pour l'accompagnement dans ce travail, ma formation et mon façonnement professionnel.

Je suis grandement reconnaissant envers mes proches et ma famille pour leur soutien.

Enfin merci à l'ensemble de mes camarades étudiants en ergothérapie de Clermont-Ferrand pour ces formidables années qui ont créé chez moi une réelle passion pour cette profession. Je leur souhaite que cette passion les anime quotidiennement et qu'elle perdure.

Sommaire

Introduction	3
1 Problématique pratique.....	4
1.1 La blessure médullaire.....	4
1.1.1 Définition :.....	4
1.1.2 Conséquences et complications fonctionnelles	4
1.1.3 Impacts sur la vie la quotidienne et vie sociale	7
1.2 L'ergothérapie	8
1.2.1 Principes de l'ergothérapie	8
1.2.2 La place de l'ergothérapeute auprès des personnes blessés médullaires.....	9
1.3 Expertise en réparation du dommage corporel.....	11
1.3.1 Définition du dommage corporel.....	11
1.3.2 Les préjudices	12
1.3.3 Définition de l'expertise	13
1.3.4 L'ergothérapeute en réparation du dommage corporel.....	14
1.4 Émergence de la question de recherche.....	15
2 Problématique théorique.....	17
2.1 Concept de rôles sociaux	17
2.1.1 Définition.....	17
2.1.2 Intérêt des rôles sociaux	18
2.1.3 Rôles sociaux et handicap.....	18
2.2 Théorie du remaniement identitaire.....	19
2.2.1 Définition de l'identité.....	19
2.2.2 Crise identitaire.....	20
2.2.3 Remaniement identitaire.....	21
2.3 Modèle conceptuel Model of Human Occupation.....	22

2.3.1 Occupation humaine	22
2.3.2 Les composantes de l'individu	23
2.3.3 Environnement.....	26
2.3.4 Les dimensions du « doing »	26
2.3.5 Conséquences de l'agir.....	28
3 Méthodologie.....	30
3.1 Choix méthodologique	30
3.2 Choix des populations	30
3.3 Conception de l'outil de l'enquête.....	32
3.4 Recrutement des participants.....	35
3.5 Déroulement des entretiens	37
4 Analyse des résultats	37
4.1 Personnes interrogées :.....	37
4.2 Analyse longitudinales des résultats.....	38
4.3 Analyse transversale	46
5 Discussion.....	51
5.1 Lien avec la théorie des rôles sociaux	51
5.2 Lien avec la théorie du remaniement identitaire	51
5.3 Lien avec le modèle de l'occupation humaine	52
5.4 Réponse à la question de recherche et lien la problématique pratique	53
5.5 Critiques et limites de l'étude.....	54
5.6 Perceptives de travail.....	55
5.7 Apport personnel	56
Conclusion.....	57
Bibliographie	58

Introduction

Lors de mon cursus j'ai découvert que les ergothérapeutes pouvaient pratiquer en tant qu'expert. Ce domaine de pratique m'avait intrigué et après un échange avec des ergothérapeutes exerçant dans ce domaine je décidais de davantage me renseigner par de plus amples recherches sur l'expertise en réparation du dommage corporel. Je me suis d'abord questionné sur l'historique de la pratique, elle semble émerger du continent nord-américain avec de premiers écrits à ce sujet dès les années 1980 (1)(2).

Je me suis ensuite demandé quelle population pouvait bénéficier de la procédure de réparation du dommage corporel. Sachant qu'il faut un tiers responsable dans ces procédures, les traumatismes semblaient correspondre. Les traumatismes sont généralement répartis en deux groupes : les intentionnels (agressions et violences) et les non intentionnels (accidents de la circulation, du travail, de la vie courante). En 2004, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les traumatismes auraient causé 3,9 millions de morts dans le monde soit 6,6% des décès (3). Parmi les causes de ces traumatismes, on retrouve les accidents de la circulation qui représentent en 2015, 3464 décès en France (4)(5). Ces accidents peuvent également être la cause de survenue d'une déficience notamment de traumatismes médullaires. Les causes traumatiques représentent d'ailleurs entre 70 et 80% des lésions médullaires et la première de ces causes traumatiques est l'accident de la circulation. Chaque année, il existe environ 2000 nouveaux cas de lésions médullaires en France (6).

La question d'étude est alors la suivante : quel est le rôle de l'ergothérapeute dans les procédures de réparation du dommage corporel pour des personnes blessées médullaires ?

Pour répondre à cette question, je définirai la lésion médullaire, l'ergothérapie et comment les ergothérapeutes peuvent travailler auprès des personnes blessées médullaires puis la réparation du dommage corporel et la place de l'ergothérapeute expert. Ce travail conduira à la question de recherche qui guidera ce travail d'initiation à la recherche. Je m'appuierai sur les théories des rôles sociaux, du remaniement identitaire et le modèle de l'occupation humaine de Kielhofner pour élaborer un guide d'entretien. Je traiterai la question de recherche avec une méthode clinique qualitative qui sera décrite tout comme les participants et leurs recrutements. Par la suite je présenterai les résultats et les discussions qui en découlent.

1 Problématique pratique

1.1 La blessure médullaire

1.1.1 Définition :

Les lésions médullaires regroupent les paraplégies et tétraplégies. Dans les deux cas il s'agit d'une atteinte de la moelle épinière et/ou des racines consécutives d'une atteinte du rachis. On parle de paraplégie pour une paralysie des membres inférieurs et de tétraplégie pour une atteinte des quatre membres (membres inférieurs et membres supérieurs). Les traumatismes médullaires ou du rachis sont des atteintes de la moelle épinière. C'est une structure nerveuse centrale qui est contenue dans le canal rachidien qui la soutient et la protège. La moelle est protégée par une structure osseuse, le rachis, que l'on appelle plus communément la colonne vertébrale, mais aussi par des méninges. Le rachis se compose d'éléments osseux, les vertèbres, les disques intervertébraux, mais aussi de nombreux ligaments. La fonction principale de la moelle épinière est la transmission des messages entre le cerveau et le reste du corps (le système musculaire et sensitif de chaque membre, mais aussi les organes). Les traumatismes de la moelle épinière sont généralement classés selon le niveau vertébral de la lésion, suivant le caractère total ou partiel de l'atteinte et également suivant la récupération neurologique dans les 48 heures. Le score ASIA (American Spinal Injury Association) permet la classification neurologique et fonctionnelle des lésions. Les lésions au niveau cervical et à la jonction thoracolombaires sont les plus fréquentes(7).

1.1.2 Conséquences et complications fonctionnelles

L'atteinte de la moelle épinière se manifeste par des troubles moteurs : la motricité volontaire est atteinte on parle alors de paralysie dans le cas d'une atteinte complète où le mouvement est totalement impossible et de parésie si le mouvement est possible, mais de faible puissance. La topographie de l'atteinte va dépendre du niveau de l'atteinte médullaire.

La motricité réflexe est également troublée. Il existe deux cas de figure soit cette motricité réflexe augmente, on parle alors de spasticité soit cette motricité réflexe peut totalement disparaître on parle alors de paralysie flasque. Pour l'activité motrice volontaire si l'atteinte se situe au niveau de C1-C2, seuls les mouvements de la tête resteront possibles. Si l'atteinte se situe à C3 au bien en dessous les membres supérieurs sont mobilisables à

partir des épaules, à partir de C7 la fonction des membres supérieurs est entièrement possible notamment pour l'utilisation du fauteuil roulant manuel. Il existe tout de même des troubles du tonus. L'équilibre du tronc qui se fait par les muscles lombaires et abdominaux dépend des racines thoraciques, il peut donc être atteint en cas d'atteinte de ces racines thoracique ou d'une atteinte supérieure. La marche devient possible à partir d'une lésion en T12 ou inférieur, mais le plus généralement avec une aide technique.

Les troubles sensitifs sont également associés, il s'agit à la fois de la sensibilité superficielle qui comprend le tact épicrotique (touché fin), protopathique (touché grossier), thermoalgique (sensibilité thermique et de la douleur) et la sensibilité profonde : proprioceptive (qui renseigne sur la position du membre) ainsi que la sensibilité intéroceptive qui véhicule des informations viscérales. Comme pour la motricité, le niveau lésionnel va déterminer les zones atteintes.(8) (Annexe I) Bien évidemment, il peut s'agir de lésion incomplète, irrégulière ou particulière.(9)

Dans le cas de paraplégie haute ou de tétraplégie, des troubles respiratoires sont présents. En général le patient a besoin d'une aide à ventilation avant un éventuel sevrage si la lésion se situe en dessous de C4, le principal muscle de la respiration le diaphragme étant contrôlé. Généralement les individus avec lésion en L1 ou en dessous n'ont pas de difficultés, car les muscles intercostaux aident à la respiration en augmentant le volume thoracique. Si la lésion est au-dessus de C5, la ventilation mécanique est généralement nécessaire.

Les troubles cardio-vasculaires sont dus aux troubles du système parasympathique ils se manifestent par une bradycardie et hypotension. Il y a également un risque de thrombose veineuse qui peut se compliquer en stases veineuses et embolie pulmonaire qui doivent être dépistées. La sédentarité qui peut s'installer suite à l'accident peut également provoquer des problèmes de dyslipidémie, insuffisance coronaire, arthrite oblitérante des membres inférieurs.

Les complications cutanées notamment les escarres sont à prévenir. Il s'agit d'une plaie consécutive à l'hypoxie tissulaire due à une pression prolongée et excessive(10). Cette question fera l'objet d'une action éducative auprès de la personne qui devra apprendre à les prévenir et à surveiller son état cutané. La spasticité peut également être présente sur certaines formes de paralysie et elle peut entraîner des conséquences fonctionnelles

notamment si elle est associée à des rétractions musculo-tendineuses (habillage, transfert, installation...).

Il existe également des troubles sphinctériens (urinaire et fécale), il y a toujours besoin d'une aide pour évacuer les contenus. Deux formes de troubles sont possibles : hyperactivité (avec le maintien de réflexe) ou hypoactivité (sans aucun réflexe). Il peut exister selon la topographie de l'atteinte des problèmes de rétention si S3 est sous lésionnelle) soit de problèmes de fuite (en cas de lésion au niveau sacré). La sonde à demeure doit être utilisée seulement dans les premières heures avant d'être remplacée par un sondage intermittent dans les 2/3 des cas (dans le cas des tétraplégies hautes, la sonde à demeure reste parfois la meilleure solution).

Chez les personnes blessées médullaires, il est possible d'avoir une constipation chronique qui peut être résolue par des mesures hygiéno-diététiques et la prise de laxatifs. Dans le cas de lésion sacrée, il peut au contraire se présenter des problèmes de fuite de selle à l'effort.

Les troubles génito-sexuels, chez l'homme, concernent l'érection qui peut être abolie s'il y a lésion complète au niveau sacré sinon (même si la lésion est au-dessus du niveau sacré) elle reste généralement possible. En ce qui concerne l'éjaculation, elle peut être impossible en cas de lésion des métamères dorso-lombaires, si la lésion est supérieure à cette zone, l'éjaculation reste alors possible. Pour les femmes, il peut exister des troubles de la sensibilité périnéale qui dépende de plusieurs racines : de T10 à L2. Elles peuvent malgré tout rester fécondes et mener à terme une grossesse (sous surveillance) (11).

Suite au traumatisme, le blessé médullaire va devoir apprendre à vivre avec des déficiences et il sera confronté des situations de handicap. Dans l'optique d'une reconstruction, les phases de rééducation puis de réadaptation ont pour but de retrouver une qualité de vie satisfaisante. Généralement, plus le niveau de l'atteinte est bas ou que celle-ci est incomplète et plus le degré d'autonomie fonctionnelle de la personne est élevé. Ces personnes doivent également faire face à des complications régulières comme les contractures, la spasticité, l'entretien articulaire, la lutte contre l'apparition d'escarre, une fatigabilité accrue. La question de la réinsertion professionnelle est également un point important. L'activité professionnelle représente un sentiment d'utilité sociale et renforce le sentiment d'estime. Il est possible d'avoir des aménagements de postes notamment à cause de la fatigabilité mais malheureusement, ces personnes rencontrent régulièrement des problèmes d'inaccessibilité des structures. Cela peut bien évidemment être le cas de leur

domicile qu'ils doivent alors réaménager ou changer. Bien évidemment, le traumatisme va aussi bouleverser les relations et les rôles sociaux exercent la personne. Face à ces changements, la personne doit généralement se construire de nouveaux projets de vie(12).

L'espérance de vie pour les blessés médullaires post-traumatisme est inférieure à la population générale : 39ans contre 45,7 ans en population générale. Les effets du processus de vieillissement viennent s'additionner aux complications respiratoires, urinaires, cutanées ou musculo-squelettiques notamment du membre supérieur en cas de paraplégie et de déplacement en fauteuil roulant manuel pendant plusieurs décennies(13). Quel est l'impact de ces déficits sur quotidien ?

1.1.3 Impacts sur la vie la quotidienne et vie sociale

Nous l'avons vu les déficits et conséquences fonctionnelles de la lésion médullaire sont multiples. Au quotidien, on constate tout d'abord que la répartition du temps consacrer aux activités de soins personnels, de productivité et de loisirs chez les personnes blessées médullaires est différente de la répartition en population générale. Le temps alloué aux activités de soins personnels est plus conséquent : environ 1h30 de plus par jour, les loisirs sont aussi plus élevés (1h par jour), mais les activités de productivité sont bien moins importante : 2,7 h par jour. L'évaluation de la satisfaction sur la répartition de ce temps est généralement mauvaise, car il peut y avoir une perte d'emploi et la mise en place d'activités de loisir « passives » comme regarder la télévision (14).

Le handicap engendré par la blessure médullaire provoque également des retentissements sur la vie sociale. On retrouve des taux de rupture environ 10 % supérieurs à ceux de la population générale (19% de rupture contre 11%) d'autant plus que la blessure provoque des déficiences sexuelles (perte de sensibilité, difficulté d'érection, d'éjaculation), qui s'accompagnent de difficultés de procréation. Les femmes ont un risque plus élevé de connaitre une rupture. Au niveau professionnel, les personnes blessées médullaires connaissent une baisse importante du niveau d'activité professionnelle : divisée par plus de deux. Elle va dépendre du niveau d'étude, du niveau d'indépendance, d'une activité professionnelle antérieure à l'accident(15). Les plus jeunes personnes qui étaient au moment de l'accident encore scolarisées sont seulement 10% à reprendre leur cursus. Seulement une personne sur cinq déclare avoir une activité salariale et pour plus de la moitié d'entre elles cette activité n'est pas à temps complet. Au niveau des loisirs évoqués, le sport, qui peut être un élément très intéressant d'intégration et de participation sociale,

est pratiqué par plus de la moitié des personnes (52,8%) et soit en milieu ordinaire soit en association handisport. Les personnes avec une blessure médullaire présentent une qualité de vie inférieure à celle de la population générale et ce constat est d'autant plus important que l'accident est récent, si les personnes présentent des complications (douleurs, spasticité, troubles urinaires...) la qualité de vie est encore plus basse. On constate surtout que le sentiment de bien-être est plus bas tout comme l'interaction sociale(16).

Comment interviennent les ergothérapeutes auprès de ces personnes et à quel moment ?

1.2 L'ergothérapie

1.2.1 Principes de l'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel du champ sanitaire et social. « L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. »(17). L'ergothérapie s'appuie sur l'idée que l'activité est vectrice de santé. La profession est régie par le code de la santé(18). L'ergothérapeute prend en compte la personne et ses capacités, son environnement et ses habitudes de vie pour réduire les situations de handicap. Il souhaite donc promouvoir les notions d'autonomie et d'indépendance chez des personnes présentant un handicap ou en perte d'autonomie. L'ergothérapeute collabore avec de nombreux professionnels : sociaux, acteurs du système de santé, professionnels du bâtiment... Il travaille bien sûr avec la personne (car c'est elle qui définit les activités prioritaires), mais aussi avec l'entourage et la famille de cette dernière. Il fait donc partie d'une prise en charge pluridisciplinaire(19).

Évaluation de l'ergothérapeute : l'ergothérapeute prend en compte les habitudes de vie, rôles sociaux et activités significatives de personne ce qui permettra de constituer les objectifs. Il peut réaliser des évaluations sur les capacités individuelles : physiques (motrices et sensorielles), mentales et cognitives. Il évalue également les facteurs personnels qui peuvent impacter la réalisation de l'activité comme la motivation, l'engagement et le sentiment d'efficacité personnelle. Étant donné que l'ergothérapeute souhaite réduire les situations de handicap, il évalue les facteurs environnementaux (sociaux, culturels et architecturaux) qui influencent la capacité de participation et la possibilité d'assumer ses rôles sociaux(20).

Intervention de l'ergothérapeute : il conseille pour le développement de l'indépendance et de l'autonomie. L'ergothérapeute va faire en sorte de faciliter l'activité humaine et de

rétablir une adéquation entre la personne et son environnement malgré la déficience. Il va donc travailler en réponse aux problématiques tout en respectant la sécurité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins. Il prévient et réduit les situations de handicap par la mise en place d'entraînement au développement des compétences nécessaires à la réalisation d'activité. Mais surtout la mise en place de stratégies de compensations gestuelles, d'aides techniques, des réaménagements organisationnels, d'aménagements architecturaux, d'aides humaines ou animalières. Tout ceci dans le respect des habitudes de vie de la personne et de ses projets personnels(21).

1.2.2 La place de l'ergothérapeute auprès des personnes blessés médullaires

L'ergothérapeute travaille généralement dans des structures du domaine de la santé et/ou du médico-social. Dans ces établissements il peut être amené à accompagner des personnes ayant subi un traumatisme médullaire dans le cadre de prise en charge pluridisciplinaire.

L'ergothérapeute peut rencontrer les personnes blessées médullaires en prise en charge précoce dans des services de réanimation par exemple, soit rapidement après l'accident. Il réalise alors des évaluations : articulaire, musculaire, de la spasticité, de la sensibilité, de la douleur, de l'état cutané trophique. Il évaluera l'indépendance pour des questions telles que : moyen d'appel, d'hydratation, le téléphone, l'accès au loisir (télévision, lecture...), il propose également une installation pour éviter des complications cutanées et des déformations articulaires liées à la spasticité.

L'ergothérapeute peut ensuite être amené à prendre en charge les personnes blessées médullaires en centre de rééducation. Il peut ainsi travailler avec lui sur les transferts, les compétences de préhension et de dextérité (en cas de tétraparésie par exemple), lui proposer un positionnement et un fauteuil roulant adapté. Il l'accompagne dans l'autonomisation dans les actes de la vie quotidienne (soins personnels, productivité et loisirs). L'ergothérapeute peut proposer de mettre en place des stratégies nouvelles, compensations, présenter des aides techniques, aménagements et aides humaines pour faciliter le retour à domicile. Il peut également proposer une éducation thérapeutique au patient pour permettre de le rendre acteur de sa santé : par exemple de surveiller ses escarres, réaliser seul l'auto-sondage, l'entretien articulaire(22).

L'ergothérapeute participe à un accompagnement pluridisciplinaire par exemple : les kinésithérapeutes qui vont aider à l'entretien articulaire, travail des transferts, au tonus du tronc, ... Les médecins de médecine physique et réadaptative qui coordonnent et orientent

les prises en charge en fonctions des besoins. Les infirmiers et aides-soignants qui aident aux soins corporels, la prise du repas et observance des traitements médicamenteux. Le professeur d'activité physique adaptée qui va reconditionner et aider à l'entraînement des membres supérieurs et à l'endurance pour la propulsion du fauteuil. Le psychologue qui accompagne la personne sur les questions d'acceptation d'identité après l'accident, de deuil fonctionnel. L'assistant social qui va aider aux démarches administratives pour la mise en place de projets de vie(11).

Les projets de vie seront à construire tout au long de la prise en charge ils constitueront les objectifs et perspectives à atteindre pour le blessé, mais aussi l'équipe pluridisciplinaire et notamment pour l'ergothérapeute. Ces projets de vie seront également travaillés avec des structures comme les SAVS et SAMSAH où l'on retrouve des ergothérapeutes qui vont accompagner la personne à réaliser la transition centre de rééducation - domicile. Il peut s'agir notamment de l'accès à un logement, la reprise de certaines activités (comme la conduite automobile), la poursuite de ces fonctions professionnelles, familiales et sociales(22).

Se pose ensuite la question des ressources et financements. L'assurance maladie prend en charge un certain nombre d'équipements avec un taux de remboursement qui est défini par la Liste des Produits et Prestations remboursables (LPP). Ce remboursement est souvent partiel et peut être complété (en fonction du contrat signé) par une mutuelle privée. La personne peut également faire appel à la Maison Départementale des Personnes Handicapées, où des ergothérapeutes travaillent, pour demander la Prestation de Compensation du handicap. Dans ce cadre-là, l'ergothérapeute peut être amené à évaluer le lieu de vie, les compétences de la personne et donc ces restrictions d'activité. Il sera là pour évaluer la faisabilité du projet. Il peut préconiser ou valider un aménagement spécifique (logement et véhicule), proposer des aides techniques, humaines le tout pour permettre de compenser le handicap, la perte d'indépendance. Il fait ensuite valider, avec l'aide des devis d'artisans et d'entreprises, le projet par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la MDPH(23). L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) peut également être mis en place si le retour à l'emploi est impossible du fait de leur handicap, elle est soumise aux conditions de ressources et mise en place si la personne ne peut prétendre à un avantage vieillesse, à une pension d'invalidité ou à une rente d'accident du travail dont le montant est au moins égal à l'AAH. Ces diverses aides varient selon le taux d'incapacité décrit plus bas.

L'ergothérapeute peut aussi être amené, s'il est formé, à travailler avec des personnes blessées médullaires dans le cadre de procédure de réparation du dommage corporel. Mais en quoi consiste la réparation du dommage corporel ?

1.3 Expertise en réparation du dommage corporel

1.3.1 Définition du dommage corporel

Le dommage corporel est défini comme « *toute atteinte de l'intégrité physique psychique de la personne* ». Il comprend à la fois le dommage matériel qui comprend l'intégrité physique voir la substance d'une chose et le dommage immatériel qui ne dépend pas du dommage corporel notamment les affaires économiques et financières. Le dommage corporel dépend du domaine médical alors que le préjudice dépend lui du domaine juridique. Il y a donc un barème médical et un barème d'indemnisation (qui dépend du domaine du droit). Pour les réparations du dommage corporel, un médecin expert détermine le lien de cause à effet entre la lésion et le dommage qui en résulte(24). Le domaine de la réparation du dommage corporel est transversal dans le sens où il regroupe le régime de droit commun (accidents domestiques, scolaires, ...) les accidents du travail et maladie professionnelle, les victimes de violence ou de terrorisme, les accidents de la circulation routière et les accidents médicaux.

L'évaluation médicale est basée sur la physiologie et la fonctionnalité du corps humain, mais peut également contenir une évaluation psychologique. Dans tous les cas, pour avoir une réparation du dommage corporel il faut trois éléments qui sont l'existence d'un tiers responsable, d'un dommage et du lien de causalité qui prouve que le tiers est à l'origine du dommage. Ce tiers peut être par exemple un particulier, une association ou une société(25). Il est possible d'avoir un partage de responsabilité si la victime est en partie responsable, le partage de responsabilité est établi au moment du procès-verbal de gendarmerie après l'accident. Dans le cas d'un partage de responsabilité, l'assurance de la victime couvrira une part des préjudices à hauteur du pourcentage de responsabilité de la victime, et le reste sera couvert par l'assurance de l'autre personne responsable.

Le taux d'incapacité est évalué dans la procédure. Ce taux va avoir un impact notamment financier sur les rentes allouées pour le cas des accidents du travail, mais plus généralement sur les préjudices en réparation du dommage corporel. La présence de séquelles entraîne une diminution durable des capacités physiques ou mentales, on mesure le taux d'incapacité fonctionnelle, qui quantifie l'atteinte aux différentes fonctions de

l'organisme. Ce taux permet l'expression chiffrée de lésions et ceux peu importe l'individu l'ayant subi : à déficit égal, taux égal. Il est possible d'avoir des déficits multiples, l'addition pourrait donc amener à un taux d'incapacité supérieur à 100%. Dans ce cas, on tiendra alors compte des capacités restantes et de l'importance de la réduction des potentiels avec les taux conventionnels maximaux pour un déficit. Nous avons par exemple pour une tétraplégie haute (au-dessus de C6) complète un taux minimum de 95% pour une paraplégie complète un taux entre 70 et 75%(26).

1.3.2 Les préjudices

En France, une nomenclature fait office de référence pour les préjudices en réparation du dommage corporel, il s'agit de la nomenclature Dintilhac. Elle propose donc un classement des différents préjudices que la victime peut subir. Pour ces derniers il y a une distinction entre les préjudices patrimoniaux (qui concernent la question pécuniaire) et extra patrimoniaux (qui concerne plutôt la personne). Il peut s'agir pour les patrimoniaux de : dépenses de santé, pertes de gains professionnels actuels, dépenses futures de santé, de logement, des frais pour les véhicules adaptés, les assistances par des tierces personnes,... Et pour les préjudices extra patrimoniaux de : préjudices esthétiques, sexuels, d'agrément, d'établissement (réaliser un projet familial),... (27). Il y a également la distinction entre les préjudices temporaires et permanents qui correspond à avant et après la consolidation. La consolidation est une date définie par un médecin expert et correspond à la fin de l'amélioration de l'état de la victime en rééducation. La réparation de ces divers préjudices n'est pas incompatible avec l'ouverture pour la victime à des prestations telles que l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)(5).

Dans tous les cas, le droit français suit le principe la réparation intégrale. C'est-à-dire qu'il faut s'efforcer de replacer avec le plus d'exactitude possible la victime dans une situation qui aurait été la sienne sans la survenue de l'événement. « *Compte tenu des règles concernant la responsabilité, la personne ayant subi un préjudice à droit à la réparation de celui-ci en ce sens qu'elle doit être replacée dans une situation aussi proche que possible de celle qui aurait été la sienne si le fait dommageable ne s'était pas produit* »(28). Le rapport Dintilhac (27) propose également une nomenclature pour les préjudices subis par les victimes indirectes (les proches la plupart du temps), même en cas de survie de la victime directe, il peut s'agir du préjudice de perte de revenus par exemple. Lorsque le proche est obligé de réduire son temps de travail pour aider la victime.

Le rôle de ces procédures est de mettre en lumière de préciser et d'indemniser les préjudices provoqués suite à l'accident causé par un tiers responsable. C'est le cas notamment lors des accidents de la circulation, des agressions, accidents médicaux.

1.3.3 Définition de l'expertise

Un expert est défini comme quelqu'un qui connaît très bien un sujet grâce à une très longue pratique, c'est une personne apte à juger de quelque chose, un connaisseur.

Dans le domaine médical, expert est aussi un spécialiste qui va pouvoir analyser, prévoir et informer au sujet des questions pour lesquelles il est missionné. Il s'appuie sur la formation qu'il a reçue, sa pratique et son expérience professionnelle. Il peut être mandaté par l'avocat de la victime, l'assureur, un autre expert judiciaire ou bien par le juge(29).

L'expert se doit de respecter un certain nombre de règles d'éthique, qui sont à la fois spécifiques à sa profession, mais aussi à sa mission d'experts. Les ergothérapeutes quant à eux peuvent s'appuyer sur un code d'éthique dans certains pays, mais ce n'est pas le cas en France. Les ergothérapeutes français peuvent s'inspirer du code de déontologie de l'organisation internationale des ergothérapeutes, World Federation of Occupational Therapist ou bien de celui des autres pays francophones(30)(31). Du fait de la singularité du système judiciaire de chaque pays, les ergothérapeutes se réfèrent également aux codes de déontologie des autres professions.

L'ergothérapeute expert est sensé suivre des règles éthiques telles que : entretenir leurs connaissances et d'exercer dans la limite de ses compétences. S'il se trouve devant une mission qui dépasse ses compétences ou qui n'y correspond pas, il doit demander le retrait de la partie de sa mission qui échappe à ses compétences. Il doit également respecter les textes en vigueur relatifs à l'expertise(32). Même s'il est mandaté par l'une des deux parties il se doit être impartial et de rester le plus indépendant possible. Par exemple il ne peut pas être l'ergothérapeute expert et rééducateur d'une même personne. Il doit rédiger un rapport qui soit à la fois clair, précis, complet et qui répond à tous les points de sa mission. L'expert n'a pas le droit de se faire de la publicité. Il se doit dès le début de ses opérations de rappeler sa mission, il se doit de respecter le contradictoire c'est-à-dire qu'il doit donner les mêmes informations à l'ensemble des acteurs de la procédure. Bien évidemment il ne doit pas recevoir d'argent ou davantage, de plus, s'il est témoin d'un litige de ce genre il faut qu'il en témoigne. Il doit également respecter les procédures de communication entre intervenants.

Envers la victime, l'expert se doit d'avoir une attitude bienveillante neutre et dépourvue d'a priori. Il a l'obligation de se présenter, de savoir informer la victime de sa mission. Le secret professionnel est également de rigueur, seuls les éléments pouvant répondre aux questions posées peuvent être présents.

Le rapport critique envers un confrère doit être uniquement basé sur les éléments techniques et ne pas mettre en doute l'objectivité de ce dernier.

1.3.4 L'ergothérapeute en réparation du dommage corporel

Aujourd'hui, on compte environ 40 ergothérapeutes pratiquant l'expertise, il est fortement recommandé d'avoir une formation complémentaire spécifique sur la réparation du dommage corporel (de type Diplôme Universitaire). Les ergothérapeutes peuvent être engagés par l'assureur qui est chargé de l'indemnisation ou de la défense de la victime ou bien ils peuvent être conseil de victime. Ils peuvent également être experts judiciaires et être missionnés par un magistrat ou par un médecin expert en tant que sapiteurs(33).

Les ergothérapeutes depuis une vingtaine d'années exercent en tant qu'experts, ils sont utiles dans la quantification des besoins pour la personne en aides techniques et aides humaines. Ils permettent donc de prévoir les coûts de l'assistance médicale et la prévision du changement du matériel au fil des années(1). L'ergothérapeute se base sur les conclusions médicales faites par le médecin expert ou vient compléter ses évaluations avant la rédaction des conclusions du médecin expert. Le travail des médecins lui sert de point d'appui dans l'évaluation des besoins de la personne en lien de causalité directe avec l'accident (34).

Les ergothérapeutes apportent une approche pratique et un éclairage clinique sur les situations de handicap et les restrictions de participation sociales que subit la victime suite à l'évènement. Ils peuvent également proposer des aménagements de domicile afin que ce dernier soit adapté, accessible, évolutif et sécuritaire. La distinction avec une procédure de demande de financement en MDPH par exemple, est que dans le cas de la réparation du dommage corporel l'ergothérapeute devra également prévoir, au vu du diagnostic médical, l'évolution de l'environnement ainsi que le renouvellement des équipements sur l'ensemble de la vie de la personne(35-37).

L'ergothérapeute est aujourd'hui reconnu dans le domaine de l'expertise pour son travail d'analyse des besoins de la personne grâce à son évaluation écologique c'est-à-dire sur le milieu de vie réelle de la victime. Il réalise « une véritable enquête de vie », suite à quoi il

quantifie les besoins de la personne activité par activité (en détaillant l'organisation temporelle habituelle de la personne). Il explique le type d'aide appropriée, pour les aides techniques : le matériel nécessaire, le prix unitaire, la fréquence de renouvellement et si la victime en a déjà fait l'acquisition. Au sujet de l'aide humaine, l'ergothérapeute expert pourra préciser en fonction des termes de sa mission et en collaboration avec le médecin : pour quelles activités elles sont nécessaires, quel type d'aide (partiel, surveillance, accompagnement, substitution), la fréquence hebdomadaire ainsi que le temps de présence nécessaire et enfin le professionnel requis pour chaque tâche(38). La logique générale au sujet des aides techniques et humaines est de privilégier les compensations et aides techniques par rapport aux aides humaines. En effet, ces dernières seront mises en place pour des activités auxquelles les techniques et les compensations ne répondent pas, ou bien qui seraient trop coûteuses en temps et/ou en énergie à la personne. Cette logique permettra une réparation intégrale, mais aussi le respect d'une certaine intimité chez la victime(39). Si la situation médicale s'aggrave à cause de complications de la pathologie provoquée par l'accident alors le dossier peut être réouvert afin de réajuster la réparation. Cela peut être le cas avec les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur dû à la propulsion du fauteuil roulant manuel pendant plusieurs années(13).

Comme précisé plus haut, l'ergothérapeute se doit de replacer la personne et de permettre une situation la plus proche possible de celle qui était la sienne avant l'accident. Pour cela il va devoir s'informer auprès de la personne, de sa famille et de toutes les personnes nécessaires, de sa situation avant l'accident. L'idée est donc de remettre la personne dans une situation de participation sociale identique ou du moins la plus proche possible de celle qui était la sienne avant la survenue de l'accident(25). Mais qu'en est-il de la question des changements identitaires ?

1.4 Émergence de la question de recherche

L'ergothérapeute est défini comme un professionnel de la santé et du social. Il effectue généralement le travail en équipe pluridisciplinaire avec des acteurs du social, de la santé ou encore des professionnels du bâtiment. Ces missions sont de faciliter la réadaptation de la personne en situation de handicap et/ou en perte d'autonomie, son objectif est de faciliter les activités d'une personne. Il s'appuie en effet sur l'idée que l'activité est vectrice de santé(17). L'ergothérapeute possède notamment des compétences au sujet de l'évaluation de l'individu (motrices, sensorielles, mentales et cognitives), des facteurs personnels (motivation, engagement et rôles sociaux) ainsi que sur les éléments

environnementaux (caractères physiques, architecturaux et sociaux) qui peuvent influencer la participation d'un individu(20). Il est ensuite capable de conseiller et de permettre le développement de l'indépendance et de l'autonomie par des compensations, mise en place de techniques, d'aménagements ou encore d'aides humaines. De cette manière, il prévient et réduit les situations de handicap en essayant de répondre aux projets de vie de la personne(21).

L'ergothérapeute en tant qu'expert semble bien correspondre à ses définitions, car il souhaite faciliter la participation de la victime aux activités. Cependant il agit dans un cadre qui est différent, le cadre juridique, et ses objectifs semblent différents. Il cherche dans le cadre de l'expertise à proposer une réparation intégrale qui remettra la personne dans la situation antérieure ou du moins le plus proche possible de celle-ci. Il cherchera donc ici à rendre possibles les activités antérieures. Dans un cadre plus classique de prise en charge, l'ergothérapeute propose un accompagnement de la personne dans l'élaboration et la mise en place de projets de vie. Il cherchera à répondre aux projets de vie de personne.

La personne blessée médullaire suite à son accident est sujet à une remise en question de son identité : remaniement identitaire. Le remaniement identitaire se définit comme un cheminement que l'individu effectue afin de façonner son identité par rapport à ses nouveaux attributs personnels et sociaux(40). Ses attentes et projets de vie peuvent être modifiés. Ces différents points m'amènent donc à me poser la question de recherche suite : en quoi l'ergothérapeute expert en réparation du dommage corporel permet-il de répondre ou non au remaniement identitaire de la personne blessée médullaire avec un projet de vie construit suivant la logique de réparation intégrale ?

Nous allons aborder cette question de recherche au travers du concept des rôles sociaux, celui du remaniement identitaire et avec le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner.

2 Problématique théorique

2.1 Concept de rôles sociaux

2.1.1 Définition

Le rôle social peut se définir comme un système d'attentes envers un individu. En sociologie, il est défini comme « le comportement d'un individu en raison de la place qu'il occupe dans la société »(41). Les attentes concernent essentiellement le comportement que l'individu doit, ou devrait, adopter envers les autres qui occupent, eux aussi, des rôles sociaux.

Goffman(42) utilise une métaphore pour décrire les relations sociales, ils les comparent à une représentation théâtrale. Nous sommes tous des acteurs, mais aussi des spectateurs selon lui des relations. En effet dans une relation, nous devons nous conduire selon les attentes que les autres ont envers nous. Goffman distingue deux comportements des individus envers les rôles sociaux: la sincérité ou le cynisme. La sincérité consiste à incarner totalement son rôle social. L'individu n'est pas détaché, le personnage se confond avec l'acteur. Inversement, l'acteur cynique est détaché de son rôle. Nous intéresserons dans le cadre de ce travail aux rôles dits sincères.

Pour Goffman nous « jouons un rôle » dans chacune de nos conduites sociales, il peut être différent selon la situation. Le rôle est donc pour Goffman une idéalisation comportementale et normalisante pour un individu. Une personne répond à l'ensemble de rôles sociaux (suivant les différentes situations de vie) qu'il occupe pendant un certain temps et avec une implication plus ou moins importante en temps par exemple. Les rôles ne s'interfèrent pas les uns avec les autres, car ils prennent place dans des « décors » ou contextes particuliers : travail, loisir, domicile, ...

De plus, les rôles sont dynamiques, car ils peuvent évoluer au fur à mesure de l'avancée en âge par exemple : élève, étudiant, employé ou encore retraité. Mais ils sont aussi fonction des occupations que la personne pratique : engagement associatif, politique, sport ou loisirs. L'association Canadienne des ergothérapeutes précise que le rôle est « un schéma occupationnel défini sur le plan culturel et qui témoigne de routines et d'habitudes particulières» (20,43). Un rôle social correspond à un ensemble de conduites normales lorsque l'on possède un certain statut social : âge, sexe, profession, situation économique, pays, ... Mais étant donnée la singularité de chacun et de la multitude d'occupations

possible, chaque personne possède un ensemble de rôles unique. C'est cet ensemble de rôles sociaux qui va lui permettre de se définir sa propre identité sociale. Cette identité est reconnue par la société, mais aussi par l'individu qui se perçoit et agit suivant les différents rôles dans lesquels les autres le reconnaissent(20).

2.1.2 Intérêt des rôles sociaux

Avoir et maintenir des rôles sociaux permet une intégration et une participation sociale c'est-à-dire que l'individu occupe une place reconnue dans la société et qu'il est inscrit dans un réseau de relations sociales. L'intégration sociale correspond, à une volonté du « vouloir-vivre ensemble ». Mais les rôles sociaux mettent en place un contrat social et des codes sociaux liant entre eux les individus et ce de manière volontaire(44). « Trouver une forme d'association par laquelle chacun s'unissant à tous n'obéisse pourtant qu'à lui-même et reste aussi libre qu'auparavant. »(45). Pour Rousseau, il faut donc l'abandon de certaines libertés individuelles en se soumettant à des contraintes collectives pour créer le lien social. Pour cela l'individu accepte et respecte les règles de son groupe social en jouant ses rôles et son groupe le reconnaît en retour comme un pair.

L'individu peut alors avoir une participation sociale, c'est-à-dire avoir un investissement volontaire dans des occupations sociales. Il ne s'agit pas seulement de faire une activité, mais de vivre une expérience avec un sens personnel et social. Cette participation concerne les activités en lien direct avec les rôles sociaux, mais aussi les activités courantes. Les soins personnels qui sont des prérequis à l'exécution de rôles sociaux, on imagine très bien que s'habiller et se préparer pour un repas va permettre de répondre aux règles sociales et donc de faciliter la participation(20). La participation qui correspond à réalisation des habitudes de vie (activité courante répondant aux rôles sociaux) assure donc l'épanouissement de la personne dans la société. La participation sociale permet donc d'avoir une qualité de vie satisfaisante pour la personne qui apprécie répondre aux rôles et attentes de ces groupes(46).

2.1.3 Rôles sociaux et handicap

Lorsqu'un déficit apparaît, il peut causer une situation de handicap c'est-à-dire une restriction de participation sociale. La personne peut alors avoir du mal à maintenir ses rôles sociaux, ne plus répondre aux attentes du contrat social et donc perdre son rôle ou le voir se modifier(46). Pour le cas de personnes blessées médullaires, nous avons vu par

exemple que le maintien d'une activité professionnelle est loin d'être systématique. On imagine donc assez aisément que le rôle social de travailleur/ employé est perdu. La personne perd alors, du fait de l'accident, une reconnaissance sociale et la possibilité d'avoir une participation et de maintenir son identité sociale. Le rôle antérieur de collègue ou employé peut alors disparaître et laisser place à un « rôle d'handicapé », c'est-à-dire que l'individu n'est plus perçu comme « normal » par les autres. En effet, la déficience est alors associée à une forme de déviance par rapport à la norme sociale. La personne est perçue comme anormale, c'est-à-dire privée de normalité et dans ce cas de normalité sociale, car elle ne répond plus aux attentes(47,48). Les activités mises en place qui remplacent le travail sont généralement des activités passives d'intérieur où l'interaction avec d'autres individus est faible, voire nulle(15).

Dans le cas de la réparation du dommage corporel, nous avons vu que l'on cherche à replacer la personne dans la situation la plus proche de celle avant l'accident(28). Le rapport Dintilhac propose un ensemble de préjudices qui peuvent correspondre aux rôles sociaux(27). On a, par exemple, le préjudice d'agrément qui correspond à réparer l'impossibilité de pratiquer une activité sportive ou de loisir. On peut donc imaginer que par cette réparation la personne puisse mettre en place une compensation spécifique pour la pratique de ce sport ou cette activité.

Nous avons vu que les rôles sociaux peuvent évoluer or les rôles contribuent à la définition de l'identité, comment l'identité évolue-t-elle après l'accident ?

2.2 Théorie du remaniement identitaire

Le remaniement identitaire représente des transformations de l'identité à partir des changements de ses attributs personnels et sociaux(40). Cette question de mutation de l'identité peut également être désignée de redéfinition identitaire, crise identitaire, changement identitaire ou reformulation identitaire. Mais dans un premier temps, comment définir l'identité ?

2.2.1 Définition de l'identité

L'identité est définie par Erikson comme « le sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle »(49). L'identité correspond donc à la conception qu'un individu se fait de lui-même à partir de son vécu, de ses intérêts, ses valeurs, mais aussi ses occupations et donc ses rôles sociaux. En effet, les différents rôles sociaux

permettent à l'individu de se définir une identité sociale c'est-à-dire à se situer par rapport aux autres dans la société. L'environnement joue donc un rôle important dans la notion d'identité. L'identité se construit par plusieurs biais à la fois l'auto perception ou la perception personnelle d'un individu de lui-même, mais également via l'hétéro perception c'est-à-dire comment les autres perçoivent l'individu, par ce biais indirect l'individu se construit une image de lui-même. Plusieurs points majeurs, selon Erikson(49) caractérisent l'identité : « le sentiment conscient d'avoir une identité personnelle repose sur deux observations simultanées : la perception de la similitude avec soi-même et de sa propre continuité existentielle dans le temps et dans l'espace et la perception du fait que les autres reconnaissent cette similitude et cette continuité. » Les différentes composantes de l'identité sont donc : la reconnaissance de soi comme une unité similaire et la continuité de cette reconnaissance dans le temps et l'espace, et le fait que les autres puissent également reconnaître cette unité. Le but de l'identité est donc de se sentir unique, c'est-à-dire différent des autres, mais aussi de ressentir une continuité d'existence(50). Ce sentiment de continuité d'existence que Winnicott a introduit, il relie le sentiment de continuité de l'existence aux soins parentaux qui permet à l'enfant de passer de la non-intégration de sa personnalité à l'intégration via différents stades de dépendance vers une indépendance de plus en plus grande. « *La continuité d'être de chaque individu humain constitue le self* ». Il permet à l'individu de trouver du sens pour l'ensemble des événements de vie, c'est un véritable fil conducteur qui met en lien l'individu avec ses expériences de vie. En somme, malgré les changements, l'individu se reconnaît dans le temps, car l'identité reste mobile(51). L'identité ne surgit pas d'un coup, mais elle se forge donc au fur et à mesure des échanges émotionnels avec les autres et l'interaction donne du sens aux événements. L'identité a donc pour objectif d'assurer une continuité ou cohérence biographique dans l'existence d'une personne.

2.2.2 Crise identitaire

Tout au long de la vie, des changements s'effectuent au niveau du corps et l'environnement notamment. Pour René Kaes, ces changements se cumulent sur plusieurs années avant que la prise de conscience vienne déstabiliser l'individu soudainement. Un événement, comme un décès ou dans le cas d'une personne blessée médullaire, un accident peut précipiter la crise, et en être le déclencheur. Nous avons donc deux types de crises, celles dites maturatives consécutives aux évolutions dans le temps, c'est le cas par exemple de la crise d'adolescence. Nous avons de l'autre côté des crises conjoncturelles qui sont-

elles, liées à un phénomène plus brutal (maladie, accident, perte d'emploi, ...), elle est due à un évènement soudain. La crise est « synonyme de tournant nécessaire, de moment crucial dans le développement, lorsque le sujet doit choisir entre des voies parmi lesquelles se répartissent toutes les ressources de croissance, de rétablissement et de différenciation ultérieure. »(52) Les crises identitaires viennent donc bouleverser les repères de l'individu qui ne se reconnaît plus, on a alors une rupture de la continuité d'existence ou rupture de cohérence biographique. En effet nous l'avons vu suite à une blessure médullaire les rôles sociaux peuvent changer ou disparaître. Or l'identité se construit en interaction avec les autres individus. Les notions de reconnaissance de soi et de continuité de cette reconnaissance que l'on peut aussi nommer cohérence biographique, sont compromises. La reconnaissance est modifiée au niveau personnel et intersubjectif, puisque les rôles sociaux peuvent changer, le regard des autres change. On a donc une remise en question de l'identité(53).

2.2.3 Remaniement identitaire

La rupture de cohérence impose à la personne de gérer les contradictions et tensions de l'identité qui est mise à l'épreuve. Cette démarche que l'individu fait afin de mettre en cohérence son identité par rapport à ses nouveaux attributs personnels et sociaux est définie comme la remédiation identitaire. Elle ne consiste pas à construire une nouvelle identité avec les nouveaux attributs, mais plutôt à trouver un réagencement global de l'identité pour faire coïncider l'ensemble du vécu. Mais le processus est à la fois complexe, car il est continu, évolutif et jamais achevé, car il se réfère à la construction de l'identité(40).

Ce réagencement peut être différent on peut le quantifier selon la densité de ce changement, la temporalité du changement (rapide, progressive ou bien lent) et enfin le processus d'adaptation mise en place. L'objectif du remaniement identitaire est de retrouver un contrôle sur sa biographie. Il s'agit de passer d'une définition de soi problématique à un nouvel équilibre de l'identité et ce en tentant de trouver des solutions. Il consiste donc à reprendre une identité sociale et à dépasser sa crise(53). Il existe plusieurs types de ressources : physiques et incorporées, relationnelles et cognitives qui permettent de faire face à des situations nouvelles. La reconnaissance de soi se fait notamment via la reconnaissance d'autrui et elle se reconstruit via cette interaction sociale dans les diverses situations de vie.

Cette question de remédiation identitaire se pose donc pour les personnes blessées médullaires car leurs conditions vont amener des ruptures de cohérence dans la perception de soi-même. L'ensemble de ces interactions va permettre à l'individu d'ajuster son identité.

Les rôles sociaux et la participation sociale sont des éléments importants pour la qualité de vie. Il y a une influence mutuelle entre la participation sociale et l'identité, mais il est également important de se pencher sur le support de la participation sociale : les occupations.

2.3 Modèle conceptuel Model of Human Occupation

2.3.1 Occupation humaine

Gary Kielhofner est l'auteur du Model Of Human Occupation (MOHO) ou modèle de l'occupation humaine(55,56), ce terme d'occupation ne correspond pas tout à fait à la définition commune que l'on a en France « Ce à quoi on consacre son temps, son activité »(57). Gary Kielhofner le définit comme « the doing of work, play, or activities of daily living within a temporal, physical, and sociocultural context that characterizes much of human life ». Pour le Cadre conceptuel du groupe terminologique de l'ENOTHE l'occupation se définit comme « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité et loisirs »(20). Pour Kielhofner l'être humain est naturellement actif et donc impliqué dans des occupations. En somme, l'occupation en ergothérapie est un concept plus large que l'activité, car elle regroupe des activités d'un individu, mais les occupations sont également connotées d'un sens qui correspond à un rôle social. Elles composent l'ensemble de nos actes au quotidien, maintenir des occupations correspond donc à une vie active. On peut prendre l'exemple de l'exercice d'un emploi dans le commerce, la personne a, du fait de cette occupation, plusieurs activités à mener : ranger son magasin, accueillir ses clients, commander et gérer les stocks, ... Elle est également socialement reconnue pour cette occupation : elle a un rôle de commerçant.

L'interaction entre la personne, ses motivations, son style de vie, ses capacités et l'environnement fait qu'il y a une perpétuelle adaptation dynamique d'un système qui englobe les occupations d'une personne. Pour Gary Kielhofner, l'homme est un système ouvert c'est-à-dire qu'il reçoit des informations (input), les perçoit et leur donne un sens

(throughput), produit une réponse/action (output) et reçoit des informations de l'environnement en retour (feedback). Les réponses ou actions réalisées en retour par l'être humain concourent à ses occupations, en fonction des différentes composantes propres à l'individu qui se décomposent en 3 niveaux: volition, habitude, capacité de performance et dépend également des composantes environnementales. (Annexe II) Bien évidemment dans les occupations l'ensemble de ces éléments sont mis en jeu dans un système complexe et individuel.

2.3.2 Les composantes de l'individu

Volition

Kielhofner définit le système de volition comme le système supérieur chapeautant les actions humaines, il représente la commande des actions selon les valeurs de la personne, la causalité personnelle et ses centres d'intérêt. L'ensemble de ces éléments va faire que l'individu s'oriente ou non vers des occupations particulières.

Les valeurs de la personne regroupent ses croyances (les notions de bien, juste et de chose importante). Elles dérivent des messages transmissent par la culture dans laquelle l'individu évolue, des convictions personnelles que l'individu va se forger au fur et à mesure de ces expériences et du sens des obligations qui en découle. Les valeurs représentent donc un idéal de conduite. Dans le cas de la personne blessée médullaire, il est possible du fait de limitations fonctionnelles que l'individu doive contrarier ses valeurs. On peut prendre l'exemple de l'indépendance (réaliser seul ses activités) dans la réalisation des occupations de soins personnels. Du fait de limitations fonctionnelles, la personne peut avoir besoin d'une aide humaine pour la réalisation d'activités comme la douche ou l'habillage.

La causalité personnelle décrite dans le modèle correspond à la perception de l'individu à en être acteur ou la source de l'action c'est-à-dire à en être la cause, via un agissement, d'un phénomène particulier. Il comprend la conscience de ses capacités personnelles et le sentiment d'efficacité personnelle qui correspond à la croyance de l'individu en la réalisation des activités (concourantes à ses occupations)(58). Un sentiment d'efficacité personnel induira une motivation plus grande dans l'occupation et donc un effort plus important et si l'objectif est atteint : on aura donc une plus grande satisfaction. Au contraire si le self efficacy est bas, l'engagement et la croyance en la réussite de l'activité est faible : la satisfaction sera donc faible. Toujours dans le cas des soins personnels chez

une personne blessée médullaire, on peut ressentir les capacités comme faibles, avoir un sentiment d'efficacité personnel faible. En effet la personne peut comparer ses performances actuelles à celles antérieures à l'accident, il y a alors un engagement et une motivation plus faibles.

Enfin dans le sous-système de la volition nous avons les intérêts personnels, ils correspondent aux attraits de l'individu. Il résulte généralement du plaisir et de la satisfaction que l'occupation procure à l'individu, ce plaisir va dépendre de la valeur que l'individu accorde à l'activité, mais aussi de sa performance. L'intérêt de l'individu va donc jouer un rôle dans son implication dans l'activité. Dans le cas d'un handicap, la personne peut avoir un plaisir et une satisfaction moins grande en réalisant des activités antérieures au handicap. Il a donc une perte d'intérêt pour l'activité particulière voir l'occupation. Il est alors possible de l'individu change d'intérêts personnels du fait de sa nouvelle situation.

La volition se met donc en place via les trois composantes que sont les valeurs, la causalité personnelle et les intérêts. Elles sont interdépendantes : si la valeur accordée à une occupation est faible, le sentiment d'efficacité personnelle est faible également tout comme l'intérêt pour cette occupation. Le sous-système de la volition se met en place en quatre étapes qui sont :

- L'anticipation de l'action
- Faire des choix pour l'action et la manière de faire
- L'expérience dans l'action qui correspond au ressenti dans l'activité
- L'interprétation que fait l'individu de ses actions et des feedbacks

Habitude

Le système de l'habitude caractérise les modèles (ou schèmes) d'action des individus qui sont caractéristiques des occupations régulières, voire routinières. Pour Kielhofner ce système d'habitude qui régit les activités ne nécessitant pas conscience ou attention particulière de l'individu regroupe deux éléments qui sont les habitudes et les rôles internalisés. Ce système permet l'organisation et la simplification de la vie quotidienne.

Les habitudes correspondent à des tendances ou manières classiques d'agir dans des conditions environnementales ou situations familières ou régulières. Elles permettent dans un contexte (social, architectural et environnemental) régulier d'être performant dans les

occupations, et donc d'être moins couteuse en temps, énergie et attention. Lorsqu'une personne acquiert une déficience, ses habitudes sont bouleversées, car le contexte personnel change, il y a donc un dérèglement dans le système habituel. La personne a donc besoin d'acquérir de nouvelles habitudes. Dans le cas de la blessure médullaire on peut penser à l'habillage où il y aura besoin d'entraînement pour que la personne puisse être indépendante et efficace dans l'activité.

La définition des rôles internalisés de Kielhofner se recoupe aux rôles sociaux (42) développés plus haut dans la partie qui leur est consacrée. Ces rôles ont une influence sur les occupations : en premier lieu, ils influencent la manière d'agir de l'individu, ils orientent les individus sur des activités particulières répondant aux rôles et enfin, dans notre cas de figure, les personnes blessées médullaires peuvent avoir du mal à garder un ou des rôles sociaux comme celui de travailleur. Cela entraîne donc une altération dans les occupations, mais aussi du bien-être psycho-social (59).

Capacité de performance

La capacité de performance, correspond à la perception de l'individu des habilités qui permettent la réalisation de ses activités. Ces habilités dépendent des différents systèmes musculo-squelettique, neurologique, cardio-pulmonaire, mais aussi des éléments mentaux et cognitifs de la personne. Faire des activités concourantes aux occupations et les répéter permet l'entraînement et le développement des capacités. Ce système de l'occupation humaine pour Kielhofner comprend à la fois les capacités objectives de l'individu, mais surtout subjectives (celle que l'individu perçoit de lui-même). Cet aspect est essentiel selon lui il décrit le « lived body » qui est la conception subjective des expériences de l'individu au travers de son corps. Toutes les expériences se font via cette voie-là, indirecte et unique pour chaque individu. Elle permet d'expliquer la perception singulière de chaque être et les actions qui résultent de cette perception.

Une déficience va avoir pour conséquence sur ce système des perceptions différentes et des habilités altérées. Il y a suite à un traumatisme, un besoin de réappropriation du corps et ses habilités. Cette notion se recoupe également avec le travail identitaire, car les deux processus visent à la reconnaissance de la nouvelle réalité. Dans le cas des personnes blessées médullaires, il y a une altération ou abolition de la marche, la personne doit donc se réapproprier ce corps qui ne marche pas ou plus aussi efficacement et identifier les habilités qui peuvent palier à la marche dans la déambulation au quotidien.

2.3.3 Environnement

Il est défini par le dictionnaire Larousse ® (60) comme l'« Ensemble des éléments objectifs (qualité de l'air, bruit, etc.) et subjectifs (beauté d'un paysage, qualité d'un site, etc.) constituant le cadre de vie d'un individu ». Pour Kielhofner il s'agit des caractéristiques physiques, sociales, culturelles, économiques et politiques particulières. Il s'agit donc des objets, de l'espace, des rites sociaux, des groupes sociaux (famille, amis, collègues, voisins, ...), la culture influençant l'environnement physique et social, les contextes économiques et politiques. Elles s'inscrivent dans des contextes particuliers, en effet suivant les occupations et rôles sociaux ces caractéristiques sont très différentes même pour un même individu. L'environnement peut suivant les occupations offrir des ressources particulières et opportunités pour permettre la réalisation des occupations et la performance des individus. Au contraire l'environnement peut limiter les occupations et être une contrainte. C'est le cas par exemple pour l'entrée d'un magasin dont l'accès se fait via une marche, les personnes se déplaçant en fauteuil roulant se voient alors confrontées à un obstacle environnemental empêchant la réalisation d'une occupation (faire les magasins). L'ergothérapeute en réparation du dommage corporel a d'ailleurs un rôle majeur à jouer sur l'environnement notamment sur la composante spatiale (notamment du domicile), les objets (aides techniques) qui peuvent permettre la réalisation des occupations et donc la participation sociale en répondant aux rôles et de réajuster son identité.

Nous avons donc vu les 3 dimensions du « système » occupationnel qu'est l'être humain et comment l'environnement agit sur l'occupation humaine. Bien évidemment la volition, l'habituatation et la capacité de performance forment un ensemble qui régit l'occupation humaine et il faut toutes les prendre en compte afin d'avoir la perception la plus correcte possible de l'individu. Il existe également « the human doing » ou l'agir humaine traduction que propose Marie-Chantal Morel-Bracq (56) selon trois dimensions qui découlent de la volition, l'habituatation et la capacité de performance.

2.3.4 Les dimensions du « doing »

Pour Kielhofner, on peut donc décliner « the doing » ou l'agir humain. Il s'agit ici non plus d'une perception d'un individu comme système occupationnel, mais de l'occupation directement comme si nous la regardions d'un regard extérieur. L'agir se décompose en trois niveaux qui sont par ordre décroissant : la participation, la performance et les habilités.

La participation se réfère au système de la volition et à l'engagement dans les occupations. La participation occupationnelle se rapproche de la participation sociale que nous avons vue avec les rôles sociaux. La participation recoupe la notion d'engagement social, les occupations possèdent un sens personnel et social des occupations.

La performance occupationnelle correspond à la réalisation d'une activité concourant aux occupations, et répond à la participation occupationnelle. Elle est très fortement liée à l'environnement, mais aussi à d'autres éléments : habiletés, volition, habitude, capacité de performance et bien sûr l'environnement. Un handicap peut venir limiter la performance occupationnelle et donc modifier la participation sociale, toute fois la participation peut ne pas être stoppée grâce à des choix relevant de la volition, d'un soutien environnemental ou encore d'habiletés palliant la situation de handicap.

Enfin les habiletés, elles correspondent à la plus petite dimension de l'agir humain, elles permettent la performance occupationnelle. Elles sont un ensemble de compétences requises pour réaliser les activités (exemple : dextérité, coordination, planification de l'action, ...). Kielhofner propose de les trier en trois types : moteur, opératoire et communication et interaction. Dans le cas d'un handicap, ce sont elles qui sont directement affectées et qui peuvent engendrer des difficultés au niveau de la performance et une moindre participation sociale. Reprenons l'exemple des blessés médullaires, imaginons qu'une personne perd en habiletés motrices : la frappe sur le clavier est donc moins habile, la performance pour l'écriture d'un mail professionnel est donc plus faible et la participation occupationnelle au rôle de salarié est freinée. Cette situation peut être palliée via des ressources environnementales (adaptation de l'outil informatique) combinées avec d'autres habiletés (communication par téléphone) et renforcées par la volition humaine (motivation de l'individu) et donc via une performance différente permettant tout de même la participation.

L'agir ou « the doing » peut donc se découper en plusieurs niveaux qui sont dépendants à la fois entre eux et de la personne (volition, habitude, capacité de performance). La participation occupationnelle permet à la personne de développer une adaptation : son identité et ses compétences.

2.3.5 Conséquences de l'agir

Réaliser ses occupations déclenche donc chez l'individu un processus de développement qui vise à mieux répondre à son environnement et à l'amélioration de la qualité de vie. L'adaptation se met en place via deux composantes : l'identité et les compétences.

L'identité selon Kielhofner correspond à celle d'Erikson évoqué plus haut, elle correspond à la définition de soi. Il explique qu'elle est influencée par les éléments constituant l'occupation (volition, habitude, lived-body). Elle se traduit donc dans le modèle selon des éléments occupationnels : sens d'efficacité personnel, centres d'intérêts, rôles et relations sociales, routine de vie et perception de l'environnement (support ou non). Pour lui l'identité se construit donc par la réalisation des occupations. Les compétences reflètent le degré de participation occupationnel : accomplissement des rôles sociaux, maintenir sa routine, participer à un panel étendu d'occupations produisant un sentiment de contrôle, de la satisfaction et enfin le fait de réaliser ses objectifs/projets de vie. L'adaptation se fait dans un contexte environnemental particulier (opportunités et/ou contraintes). Une déficience vient donc bouleverser le processus d'adaptation : nous l'avons vu pour l'identité il y a une crise puis un remaniement identitaire. Les compétences sont également affectées. L'adaptation est donc très importante s'il y a une déficience et l'individu a besoin de reconstruire son identité et ses compétences.

Le processus d'adaptation impacte simultanément chez la personne, la volition, l'habitude et la capacité de performance. L'environnement est majoritairement la cause de ce processus de changement. Dans ce dernier, il y a tout d'abord une altération des schèmes ou routines occupationnels (provoquée par des changements de l'individu ou de l'environnement). Le changement et la mise en place de nouvelle occupation sont décrits par Kielhofner suivant 3 étapes :

- L'exploration qui correspond à une phase d'essai, la découverte des capacités, chercher de nouveaux rôles, trouver du sens personnel pour l'occupation et voir le degré de satisfaction qu'elle procure.
- Le développement des compétences lorsque la personne développe de nouvelles habilités afin d'être performant dans les activités liées à l'occupation, il a également avec ces progrès un sentiment de contrôle personnel qui croit.

- L' « achievement » ou la concrétisation qui correspond à l'atteinte des objectifs et une bonne performance et donc une participation sociale via cette occupation. C'est également la mise en place d'une nouvelle facette de l'identité.

Ces changements occupationnels affectent donc la personne (volition, habitude et capacité de performance) et par conséquent le traitement de l'information qu'il fait (pensées, émotions et les actions). Ils affectent particulièrement les personnes avec une blessure médullaire qui mettent en place ces différentes étapes et peuvent même faire des va et viens dans les différentes phases afin de trouver une adaptation optimale(61).

Les théories vues dans cette partie ont permis de voir des aspects conceptualisés en lien avec la question de recherche. Ils vont également permettre la construction de l'outil méthodologique afin de répondre de la question de recherche.

3 Méthodologie

Le but de mon étude est d'identifier si l'expertise en ergothérapie auprès des personnes blessées médullaires aide ou non au remaniement identitaire. Les approches théoriques précédentes se vont servir à établir des indicateurs puis de questions afin de répondre à la question de recherche.

3.1 Choix méthodologique

Il existe plusieurs types de méthodes d'initiation à la recherche : expérimentale, différentielle ou clinique. Les deux premières approches sont des méthodes quantitatives et ne semblent pas adaptés à la question de recherche. La méthode clinique est une approche qualitative, centrée sur les personnes, leurs ressentis et leurs discours que l'on recueille par le biais d'entretien semi-directif. Cette méthode semble correspondre tout à fait à la question de recherche, en effet, le remaniement identitaire, comme nous l'avons vu, est quelque chose de personnel. Les praticiens ayant expertisé des personnes blessées médullaires et les personnes avec une blessure médullaire peuvent témoigner directement de par leurs expériences. C'est pourquoi j'ai choisi cette approche pour ce travail d'initiation à la recherche.

3.2 Choix des populations

Afin d'avoir des données qui puissent être comparables j'ai choisi 3 populations différentes : des professionnels exerçant dans ce milieu : des ergothérapeutes experts en réparation du dommage corporel (groupe 1), des personnes avec une blessure médullaire ayant bénéficié d'une expertise en réparation du dommage corporel d'un ergothérapeute (groupe 2), des personnes avec une blessure médullaire n'ayant pas bénéficié d'une réparation (groupe 3). L'objectif est de pouvoir percevoir auprès de ces personnes des nuances potentielles selon si les blessés ont perçu une réparation du dommage corporel ou non. Dans un souci de faisabilité, le nombre d'entretien est limité à deux personnes pour le groupe 1, une pour le groupe 2 et une également pour le groupe 3.

Mon enquête porte sur le remaniement identitaire des personnes avec une blessure médullaire qui se traduit également, selon l'approche théorique, sur le plan social et occupationnel. Les ergothérapeutes pourront ainsi donner leur ressenti en tant qu'expert mais aussi en tant que praticien et l'illustrer par des exemples qu'ils ont pu rencontrer. Les personnes avec une blessure médullaire pourront, elles, témoigner directement de leurs expériences de vie, ces cas seront donc dépourvus de filtre ou de point de vue particulier

comme le professionnel, il s'agit donc de percevoir une et des situations via plusieurs angles.

Les critères d'inclusion pour les ergothérapeutes experts en réparation du dommage corporel (groupe 1) :

- Disposant d'un diplôme de type diplôme universitaire en expertise
- Ayant une expérience clinique comme expert en réparation du dommage corporel supérieur à 3 ans.
- Ayant déjà réalisé au moins 3 expertises auprès de personnes blessées médullaires

Les critères d'inclusion pour les personnes blessées médullaires ayant bénéficié d'une expertise en ergothérapie dans le cadre d'une procédure de réparation en dommage corporel (groupe 2) :

- Diagnostic de blessure médullaire (paraplégie/ paraparésie ou tétraplégie/ tétraparésie) depuis 1 an
- Personne majeure
- Vivant dans leur communauté
- Ayant bénéficié de l'expertise d'un ergothérapeute

Les critères d'inclusion sont donc pour les personnes blessées médullaires n'ayant pas bénéficié d'une procédure en réparation du dommage corporel (groupe 3):

- Diagnostic de blessure médullaire (paraplégie/ paraparésie ou tétraplégie/ tétraparésie) depuis 1 an
- Personne majeure
- Vivant dans leur communauté

Les critères de non inclusion pour les groupes 2 et 3 sont les suivants :

- Présence de troubles cognitifs pouvant altérer le discours ou les informations transmises
- Présence de mesure de protection juridique pouvant compliquer le consentement pour participer à ce travail et à l'enregistrement des entretiens
- Vivant dans un foyer, une maison d'accueil ou une autre structure médico-sociale

3.3 Conception de l'outil de l'enquête

Mes outils pour cette recherche sont donc, du fait de la méthode qualitative via des entretiens semi-directifs, deux grilles de questions incluant des questions de relance afin de redynamiser l'échange mais également de s'assurer que les thèmes nécessaires à l'enquête soient bien abordés, s'ils ne le sont pas spontanément. Une grille de questions est destinée aux ergothérapeutes (groupe 1) et l'autre aux personnes avec une blessure médullaire (groupe 2 et 3).

Les questions ainsi que les questions de relance ont été constituées à l'aide des matrices théoriques (Annexe III), ces dernières reprennent les points essentiels des concepts de rôle sociaux, d'identité/ remaniement identitaire et du Model Of Human Occupation. Les matrices ainsi que les questions (générales et intermédiaires) ont fait l'objet d'une relecture et correction par mon maître de mémoire et ma formatrice.

Les deux grilles comprennent quatre questions générales avec des questions de relance portant sur les mêmes thématiques pour les trois groupes. La question de recherche est ensuite proposée aux ergothérapeutes, les personnes avec une blessure médullaire (groupe 2 et 3) elles, disposent de trois questions supplémentaires afin de juger globalement leur qualité de vie et de résumer leur situation. La question de recherche n'est proposée qu'à la fin de l'entretien pour ne pas biaiser les réponses aux autres questions qui sont censées, grâce aux matrices théoriques, répondre indirectement à celle-ci. Il en est de même pour la question de qualité de vie. Les questions de synthèse de la situation sont également proposées en fin d'entretien pour les personnes blessées médullaires. Même si ces questions ne correspondent pas à la question de recherche, il semble plus pertinent de répondre aux autres questions, plus propices à un développement.

Pour chacune des personnes l'entretien débute avec des questions signalétiques afin de vérifier qu'elles correspondent aux critères.

Pour le groupe 1 :

- Possédez-vous un diplôme en expertise ? De quand date t'il ?
- Depuis quand exercez-vous en tant qu'expert en réparation du dommage corporel ?
- Dans quels cadres exercez-vous cette fonction : assurance, conseil de victime, juridique ?
- Avec combien de personnes blessées médullaires avez-vous réalisé d'expertise ?

Pour les groupes 2 et 3 :

- Quel est votre niveau d'atteinte ?
- De quand date votre accident ?

Pour le groupe 2 exclusivement :

- Avez-vous bénéficié d'une expertise en ergothérapie ?
- Avez-vous eu un procès dans le cadre d'une réparation du dommage corporel ?

Les questions et questions de relance pour les ergothérapeutes sont les suivantes :

Questions générales	Questions de relances
Comment voyez-vous évoluer les usagers que vous expertisez au fur et à mesure de votre intervention?	<p>Comment les voyez-vous évoluer sur le plan professionnel ?</p> <p>Comment les voyez-vous évoluer sur le plan familial ?</p> <p>Maintiennent-ils leurs engagements associatifs : sportif, culturelle, ...) ?</p> <p>Maintiennent-ils leurs engagements politique et religieux ?</p>
Comment percevez-vous l'avant et l'après accident pour ces personnes ?	<p>Quelles sont les différences causées par l'accident : moteur et fonctionnel, l'image de de soi, façon de penser les choses?</p> <p>Est-ce que leur identité bouge après l'accident et après la réparation ?</p> <p>Est-ce que leur relation avec les autres changent ? est ce qu'ils sont perçu de la même manière ?</p>
D'après votre expérience en tant qu'expert quelles sont les modifications dans les occupations des personnes blessées médullaires ?	<p>Est-ce qu'il y a un changement dans leur efficacité lors de vos activités : soins personnels, productivité et loisirs ?</p> <p>Comment perçoivent-ils leurs capacités ?</p> <p>Est-ce que leurs centres d'intérêts et activités « sources de plaisir » changent?</p> <p>Ont-ils, à votre avis, découvert ou mis en place de nouvelle activité ?</p> <p>Quelles sont les activités qui d'après vous leur permettent d'aller de l'avant (de faciliter l'acceptation du handicap)?</p>
D'après les retours que vous pouvez avoir sur vos interventions (réouverture de dossier sur dégradation, ...) qu'est ce qui dans leur	<p>Qu'est-ce qui les aide ou non dans l'environnement matériel et les aides techniques spécifiques ?</p> <p>Qu'est-ce qui les aide ou non dans l'environnement physique/architecturale et les aménagements (financer grâce à la réparation du dommage corporel notamment) ?</p>

environnement est contraignant ou facilitateur ?	Qui est-ce qui les aide ou non dans l'environnement social (famille, amis, voisins), pros,...)?
Question de recherche	En quoi l'ergothérapeute expert en réparation du dommage corporel permet-il de répondre ou non au remaniement identitaire de la personne blessée médullaire avec un projet de vie construit suivant la logique de réparation intégrale ?

Les questions et questions de relance pour le groupe 2 et 3 sont les suivantes :

Pouvez-vous me parler de votre situation/ de vous avant l'accident ?	<p>Quelle était votre situation professionnelle ?</p> <p>Quelle était votre situation familiale ?</p> <p>Aviez-vous un engagement associatif (sportif, culturelle)?</p> <p>Aviez-vous un engagement politique et/ou religieux ?</p> <p>Comment a-t-elle (il) été impacté(e) par l'accident ? (juste après et aujourd'hui)</p>
Qu'est ce qui a changé chez vous depuis l'accident ?	<p>Quelles sont les différences causées par votre accident : motrice et fonctionnelle, l'image de de soi, façon de penser les choses?</p> <p>Est-ce que les grands événements de votre vie sont liés d'après vous et en quoi ?</p> <p>Vos proches voient perçoivent-ils différemment ?</p>
Comment se déroulent vos activités au quotidien depuis l'accident ?	<p>Quelles sont les activités pour lesquelles il n'y a pas eu de changement ?</p> <p>Vous trouvez vous plus ou moins efficace dans vos activités (lesquels et en quoi)?</p> <p>Comment percevez-vous vos capacités ?</p> <p>Quels étaient vos centres intérêts et activités procurant du plaisir ont-ils changés?</p> <p>Avez-vous découvert/mis en place de nouvelle activité ?</p> <p>Quelles sont les activités qui vous ont permis d'aller de l'avant ?</p> <p>Comment s'organise vos activités dans une journée type ?</p>
Qu'est ce qui pour vos activités au quotidien est aidant ou qu'est ce qui ne	<p>Qu'est-ce qui vous aide ou non dans l'environnement matériel et les aides techniques spécifiques ?</p> <p>Qu'est-ce qui vous aide ou non dans l'environnement</p>

l'est pas ?	physique/architecturale et les aménagements (financés grâce à la réparation du dommage corporel notamment) ? Qui est-ce qui vous aide ou non dans l'environnement social (famille, amis, voisins), pros,...)?
Question d'évaluation de la qualité de vie	Sur échelle de 1 à 10 comment situeriez-vous votre qualité de vie?
Questions pour synthétiser sur sa situation actuelle	Pourriez me citer pour résumé votre situation actuelle : 2 points positifs, 2 points négatifs ? Si vous pouviez vous parlez à vous-même au moment de l'accident que vous direz vous pour vous rassurer ?

3.4 Recrutement des participants

Suite à la validation des outils, l'étape suivante consiste au recrutement des personnes à interroger, il s'agit également lors de la présentation du travail de pas biaiser les potentiels participants. Pour cela des messages ont été rédigés et validés par mon maitre de mémoire, pour les ergothérapeutes et personnes blessées médullaires (Annexes IV et V) afin de ne pas biaiser les réponses aux questions de l'entretien. Le thème évoqué aux professionnels était celui de l'impact de l'expertise en ergothérapie sur les personnes blessées médullaires. Pour les personnes blessées médullaires j'ai présenté mon travail comme portant sur la blessure médullaire et l'impact qu'elle a sur le quotidien.

Ergothérapeutes

Avant de m'orienter vers le sujet de l'expertise pour le mémoire d'initiation à la recherche j'avais pu contacter et échanger avec un ergothérapeute (autre que mon maitre de mémoire) qui pratiquait en tant qu'expert en réparation du dommage corporel. J'ai donc contacté cette personne avec le message préalablement préparé et en précisant que nous avions déjà échangé à ce sujet.

Afin de trouver un autre praticien, mon maitre de mémoire m'a transmis les adresses mails d'autres ergothérapeutes qu'elle avait pu rencontrer ou avec qui elle avait pu échanger. J'ai donc contacté ces professionnels. L'un d'entre eux m'a d'ailleurs répondu et à bien voulu s'entretenir avec moi.

Personnes avec une blessure médullaire

Dans un premier temps je me suis adressé à l'antenne régionale de l'Association de Paralysé de France (APF) par mail, ils m'ont redirigé vers le Service d'Accompagnement à la Vie Social (SAVS) et vers un foyer. Etant donné que le critère « vivant dans un foyer ou établissement médicosocial est un critère de non inclusion cette structure n'a pas été contacté. J'ai pu m'adresser par mail à l'ergothérapeute du SAVS qui a transmis mon message à plusieurs usagers ayant une blessure médullaire mais je n'ai pas eu de retour.

Je me suis également adressé par mail à l'Association d'Aide aux Victimes de France, à l'Association des Accidentés de la Route de France et à la Fédération Nationale des Victimes de la Route. Je n'ai pas reçu de réponse par mail j'ai les ai donc contactées par téléphone, certaines d'entre elles possèdent des antennes locales de leur association que j'ai contactées directement. Ces associations n'ont pas été en mesure de m'aider à trouver des personnes car elles leur proposent des aides ponctuelles et ce, juste après leur accident. Il n'avait donc pas de personnes dont l'accident datait d'un an ou plus et auxquelles ils auraient pu transmettre mon message. Enfin, je me suis adressé à une association locale d'handisport mais je n'ai pas non plus eu de retour.

Mon maître de mémoire s'est alors tourné vers les assurances et un avocat avec lesquels elle travaille afin de savoir si je pouvais m'entretenir avec des personnes qu'elle avait pu expertiser. Deux personnes ont accepté l'une d'entre elle a été expertisée dans le cadre d'un contrat d'assurance afin d'évaluer les besoins en aménagement notamment, son accident datait d'un an, elle correspondait donc au critère du groupe 3. L'autre personne a elle été expertisée dans le cadre d'une réparation du dommage corporel et l'expertise date de plus d'un an, la blessure, elle, date de 2 ans et correspond donc au critère du groupe 3. Toute fois le procès qui déterminera sa réparation n'a pas encore eu lieu, la personne n'a donc pas encore perçu ses indemnités. Etant donné que le recrutement et les entretiens se déroulaient sur 8 semaines et qu'au moment de réponse de cette personne le laps de temps était relativement court (2 semaines restantes), elle n'a pas été exclue.

3.5 Déroulement des entretiens

Lors de la période de mon dernier stage, je résidais à plus de 2h de route des personnes que je devais interviewer. Il m'a donc semblé plus judicieux d'opter pour les entretiens téléphoniques. Avec l'accord de chacun des interlocuteurs j'ai enregistré les entretiens puis je les ai retranscrits (Annexes VI, VII, VIII et IX). Les entretiens ont duré entre 30 et 50 minutes.

4 Analyse des résultats

Afin de traiter les informations enregistrées, des tableaux ont été réalisés avec les éléments de réponse de chacun pour chaque question (Annexe X).

4.1 Personnes interrogées :

La méthode choisie est centrée sur les personnes et leurs discours, pour cela il est important de savoir quel est leur point de vue sur la situation, dans le cas échéant sur la blessure médullaire, le remaniement de l'identité et le cadre dans lequel elles sont concernées ou non par la procédure de réparation du dommage corporel.

La première ergothérapeute interrogée est diplômée en ergothérapie depuis plus de vingt ans et possède deux diplômes universitaires en réparation du dommage corporel et expertise depuis 10 et 9 ans. Elle exerce comme expert en tant que conseil de victime ou parfois comme expert judiciaire. Elle a réalisé des expertises auprès de plus de vingt personnes avec une blessure médullaire.

La deuxième ergothérapeute interrogée exerce pour une compagnie d'assurance et réalise des évaluations dans le cadre des contrats d'assurance auprès de personnes âgées, des expertises dans le cas où les personnes sont-elles même responsables de leur accident (donc en dehors de la réparation du dommage corporel) et enfin pour l'assurance dans le cadre de réparation du dommage corporel. Elle représente alors l'assurance de la victime ou de l'agresseur. Elle possède un diplôme universitaire de réparation juridique du dommage corporel et un diplôme universitaire d'aptitude à l'expertise. Elle exerce en tant qu'expert depuis 1994 et a expertisé plus de vingt personnes blessées médullaires dans le cadre de réparation du dommage corporel.

La personne avec une blessure médullaire du groupe 2 est un homme qui vit dans un département d'outre-mer, il est âgé de 22ans son expertise en ergothérapie date de plus

d'un an et la blessure médullaire de deux ans. La blessure est placée en T12-L1 mais elle est partielle car la personne est paraparétique et marche avec des cannes. Le procès civil en réparation du dommage corporel n'a pas encore eu lieu car une procédure pénale envers l'agresseur est en cours. Pour le moment, elle n'a pas été totalement indemnisée, elle a par contre reçu des provisions.

La personne avec une blessure médullaire du groupe 3 est une femme qui vit en Bourgogne-Franche-Comté, âgée de plus de 50ans. Elle a bénéficié d'une expertise dans le cadre assurantiel car l'accident est sans tiers responsable. Son contrat stipulait donc un plafond financier, l'assurance a donc proposée l'intervention d'un ergothérapeute et d'un architecte afin d'optimiser les fonds et de faire des préconisations d'aménagements. Son accident date d'un an et l'atteinte se situe dans la région lombarde et a provoqué une paraplégie.

4.2 Analyse longitudinales des résultats

A l'aide des tableaux disponibles en annexe (annexe X), les réponses aux questions de chaque participant ont été synthétisées.

Ergothérapeute n°1

Question 1 : Comment voyez-vous évoluer les usagers que vous expertisez au fur et à mesure de votre intervention?

Pour l'ergothérapeute tous les rôles sont forcément impactés par la blessure au niveau professionnel, social et familial, des activités de loisirs, car les 4 sphères d'activité sont touchées : soin personnel et activité de base, les activités professionnelles, les activités de loisirs et les activités sociales et familiales. Et il y aura de ce fait des changements ou glissements de rôles comme dans les rôles familiaux notamment qui se réorganisent, car certaines activités deviennent plus difficiles à réaliser il y a donc nouveauté ou changement ou restriction dans les rôles.

Question 2 : Comment percevez-vous l'avant et l'après accident pour ces personnes ?

Il y a certes de changement au niveau fonctionnel, mais la représentation de soi est quelque chose de vraiment personnel, tout va dépendre de l'individu, du contexte dans lequel il se va se retrouver, de sa situation antérieure, de sa personnalité, mais aussi de son environnement physique et social. La seule chose qui peut se trouver chez ces personnes

est le fauteuil roulant qui apparait dans la vie quotidienne et dans les nouvelles habitudes de vie.

L'identité, pour l'ergothérapeute, bouge constamment pour tout le monde. Il s'agit par contre d'un moment important dans une vie où l'identité bouge particulièrement avec une croisée des chemins et des choix à faire. L'expertise en ergothérapie peut faire bouger sur le plan identitaire, la personne, mais elle peut subir une pression juridique qui peut être amenée à durer et vit une période d'attente qui peut être anxieuse, la personne à ce moment-là est limitée. Pendant celle-ci, il peut être difficile d'envisager l'avenir, car il est suspendu à des décisions, le moment de l'expertise peut également faire bouger des personnes. Vient ensuite le moment de la réparation avec laquelle la personne va pouvoir se reconstruire.

Les relations avec les autres sont également impactées par la situation, mais tout va une nouvelle fois dépendre du contexte et de la personne. Pendant l'attente du jugement, il se passe des événements de vie, et ce également au niveau social. Les relations sont impactées dans un sens ou un autre, l'amplitude est plus grande sur les relations : rapprochements ou distensions suivant les personnes et leurs environnements sociaux.

Question 3 : D'après votre expérience en tant qu'expert quelles sont les modifications dans les occupations des personnes blessées médullaires ?

Il y a une restriction pour certaines activités, des changements également d'activité. Il y a des variations dans l'efficacité de la plupart de leurs activités, mais surtout dans la manière de les réaliser. Les centres d'intérêt doivent se modifier du fait de la situation, mais ils sont réinvestis dans d'autres choses. Il peut s'agir d'activités antérieures adaptées ou bien d'activités du même domaine, mais qui sont, elles, plus accessibles. Parfois le choix sera restreint du fait de la nouvelle situation où il ne s'agira donc pas forcément d'un choix. Il y aura des modifications, restrictions, des recherches des essais pour trouver de nouvelles activités. Les activités qui auront du sens et qui permettront de nouveau de se projeter vers l'avant seront vraiment personnelles et dépendront de chacun, de ses valeurs et de l'importance accordée à chaque activité.

Question 4 : D'après les retours que vous pouvez avoir sur vos interventions (réouverture de dossier sur dégradation, ...) qu'est ce qui dans leur environnement est contraignant ou facilitateur ?

En premier lieu il s'agira du lieu de vie, car l'accessibilité aux activités est importante pour leur qualité de vie. Il s'agit de réfléchir et identifier toutes les contraintes, l'ergothérapeute lors de son expertise a d'ailleurs cette mission. L'environnement se définit également suivant le secteur d'habitation : urbain ou rurale, la topographie du quartier, le climat et l'accessibilité des lieux publics avoisinants. Le matériel préconisé par l'ergothérapeute doit et est censé être aidant. Chaque personne peut impacter la situation dans un sens ou dans un autre. Il y a également dans certains cas le contexte juridique avec un non-approvisionnement des personnes, elles sont donc obligées de se tourner vers du matériel de base remboursé par la MDPH par exemple. Il peut y avoir un contexte difficile imposé par les assurances qui peuvent trainer dans les approvisionnements, les avocats non spécialisés, peuvent être des obstacles pour la mise place des aménagements et donc la réalisation des activités. Mais plus la personne est réparée de manière importante plus elle aura de potentiel.

Question 5 : En quoi l'ergothérapeute expert en réparation du dommage corporel permet 'il de répondre ou non au remaniement identitaire de la personne blessée médullaire avec un projet de vie construit suivant la logique de réparation intégrale ?

La réparation intégrale est la règle du jeu et sert essentiellement de repère juridique, elle est forcément faussée, car il n'y pas de vérification, elle sert pour la victime à avoir le plus d'argent possible. Plus la personne a de l'argent plus elle pourra faire de choses. L'ergothérapeute peut lui être aidant dans le remaniement identitaire, mais tout va dépendre de sa position juridique. Si le thérapeute est en conseil de victime alors il est plus probable qu'en plus de sa mission, il est une posture thérapeutique qui aide au remaniement identitaire. C'est-à-dire qu'il fait preuve d'empathie, compréhension sur la situation antérieure et actuelle et l'ergothérapeute peut permettre à la personne de se projeter dans le futur il a donc un rôle dans son remaniement identitaire. Mais il choisit ou non de l'investir, et il a la possibilité ou non de le faire suivant le parti qu'il représente (assurance de la victime, conseil de victime ou assurance adverse ou expert judiciaire).

Ergothérapeute 2

Question 1 : Comment voyez-vous évoluer les usagers que vous expertisez au fur et à mesure de votre intervention?

Les projets peuvent se mettre en place après plusieurs années, il peut y avoir des personnes qui perdent leurs entourages notamment concubins, il peut y avoir une perte d'emploi, des

personnes qui « s'enfoncent » dans des situations complexes avec leurs complications médicales et des fois assez peu d'autonomie. Il y a un impact sur les situations familiales, mais pour des personnes, certains rôles ne semblent pas perturber comme le rôle de parent parfois même pour des enfants conçus après l'accident et qui se projettent facilement sur leurs avenir.

Question 2 : Comment percevez-vous l'avant et l'après accident pour ces personnes ?

Il est difficile pour l'ergothérapeute de percevoir l'avant-accident, car il s'agit seulement des dires de la personne et de l'entourage. Au niveau de la cognition, il est possible d'avoir des changements notamment dans le cas de traumatismes crâniens associés, il arrive que des petits traumatismes crâniens passent inaperçus et qu'ensuite des comportements différents apparaissent. L'ergothérapeute parle essentiellement des aspects techniques avec la personne, mais peut ressentir que la personne est mal dans son corps.

Le plan fonctionnel constitue l'objectif du bilan, toutes les activités de vie quotidienne sont passées en revue. Pour l'ergothérapeute il y a une diversité étonnante dans les résultats fonctionnels cela est en partie liée à la participation, motivation qui est également liée à l'image de soi et au psychisme de l'individu. Certains peuvent être dans une dépendance marquée, d'autres êtres des « battants » notamment les jeunes qui peuvent aller jusqu'à la prise de risque.

Certaines personnes peuvent dans être un rôle de victime et ceci peut être contraignant dans leur réadaptation. L'indemnisation constitue un moment important, mais la procédure peut être longue, compliquée parfois même violente avec le jeu des parties, parfois avec des provisions faibles, certaines situations stagnent à cause la procédure, mais cela va dépendre de l'individu. Certaines personnes accordent aussi une importance à l'auteur de l'accident et sa position : prendre des nouvelles, venir les voir et ceci a un impact sur la reconstruction.

Au niveau des relations il y a un impact évident, avec des relations amoureuses où le conjoint ou la personne peuvent ne pas supporter le handicap pour l'autre, des amis qui restent, d'autres qui s'en vont, au niveau familial il peut y avoir d'énormes changements également. Certains membres peuvent se retrouver aidants.

Question 3 : D'après votre expérience en tant qu'expert quelles sont les modifications dans les occupations des personnes blessées médullaires ?

Au niveau de l'efficacité des activités, les personnes peuvent être, notamment les jeunes, très dynamiques et plutôt autonomes, parfois cela s'avère même surprenant. Mais dans le détail, on constate une différence dans la vitesse, de la fatigue, des complications potentielles à prévenir. Pour la perception de leurs capacités, il peut arriver qu'il y ait des prises de risque et il faut savoir s'il y a eu traumatisme crânien associé. Malgré les réparations et astuces possibles, certaines choses ne sont tout de même plus possibles ou trop complexes, la personne en fait l'expérience. Certaines activités sont donc laissées à une tierce personne afin que la personne ne se fatigue pas trop et puisse réaliser ses autres activités.

Les centres d'intérêts et activités source de plaisir changent, car d'une part certaines des activités passées ne sont plus possibles les personnes doivent « faire une croix ». Mais retrouver d'autres plaisirs peut être difficile, même si cela peut se faire partout, tout le monde les incite plus ou moins à cela. Certaines choses peuvent être discutées en centre de rééducation avec les ergothérapeutes notamment, les loisirs adaptés sont aussi évoqués pendant l'expertise, ils sont parfois compliqués à cause des complications médicales. Les associations peuvent être une bonne solution pour essayer d'appréhender leurs capacités et l'aspiration pour l'activité. Les activités qui permettent d'aller de l'avant dépendent vraiment de la personne (travail, activités familiales, loisirs), de sa motivation et de l'intérêt pour l'activité, le point essentiel est le plaisir que l'activité procure même si le niveau d'autonomie joue également.

Question 4 : D'après les retours que vous pouvez avoir sur vos interventions (réouverture de dossier sur dégradation, ...) qu'est ce qui dans leur environnement est contraignant ou facilitateur ?

L'ensemble des éléments d'aménagement comme la cuisine, l'ascenseur, la salle de bain, mais également des aides techniques sont réfléchis pour aider les personnes dans leurs activités. Il arrive malgré tout que des obstacles subsistent comme l'accès extérieur. L'ergothérapeute essaye de faire en sorte que l'environnement soit le plus facilitant, mais parfois les demandes peuvent « aller trop loin », il peut y avoir des demandes d'aménagements pour des pièces qui ne seront pas utilisées. Il faut également faire attention à ce que les préconisations et aides techniques ne contraignent pas l'entourage dans son rôle d'aidant. L'entourage et son rapport avec la personne a également une incidence sur la personne il peut être stimulant ou au contraire jugeant et donc limiter la

personne. La procédure peut être également une contrainte du fait du temps important qu'elle peut prendre, mais parfois ce temps comprend un temps de maturation sur le projet même si celui-ci peut être bien moins important que le temps de la procédure.

Question 5 : En quoi l'ergothérapeute expert en réparation du dommage corporel permet-il de répondre ou non au remaniement identitaire de la personne blessée médullaire avec un projet de vie construit suivant la logique de réparation intégrale ?

La réparation intégrale n'est pas possible et il peut y avoir un décalage, car la personne ne pourra pas refaire à l'identique ses activités, il s'agit par contre de lui donner des moyens de les refaire et de réparer pour lui donner une vie la plus correcte et convenable possible. Mais le projet de vie évolue après une blessure avec une reconstruction, des complications potentielles, les envies peuvent ne pas être les mêmes. Dans le cas, de provisions qui doivent servir à avancer les projets pendant la procédure, certaines personnes n'osent pas utiliser les fonds. Le contexte juridique peut aussi freiner, du moins le temps de la procédure, même à posteriori la personne aura les moyens de faire plus de choses. Sans la procédure, les gens parfois se débrouillent seuls et se projettent plus facilement.

Entretien avec la personne du groupe 2 :

Question 1 : Pouvez-vous me parler de votre situation/ de vous avant l'accident ?

La personne avant son accident travaillait comme agriculteur, aujourd'hui elle n'est plus en mesure d'exercer cet emploi. Elle a un enfant et une petite amie et vit chez sa mère avec son frère comme avant l'accident. Elle pratiquait le football entre amis et l'athlétisme et ne pratique plus de sport aujourd'hui.

Question 2 : Qu'est ce qui a changé chez vous depuis l'accident ?

Au niveau fonctionnel, la personne marche et se déplace désormais avec des cannes. Elle se voit comme réduite par rapport à avant où elle se trouvait plus « physique ». Elle a l'impression de se concentrer désormais plus sur elle, sur ses projets et a plus envie d'en profiter, mais elle est en attente du jugement et pour elle après le procès les choses seront plus faciles. Pour la personne, les événements de sa vie ne sont pas vraiment liés et elle essaye de ne pas se concentrer sur le passé. Pour elle les relations avec les autres n'ont pas été impactées même si l'évènement les a bouleversés et que ses proches ont été des soutiens.

Question 3 : Comment se déroulent vos activités au quotidien depuis l'accident ?

La personne définit son quotidien comme répétitif et rythmé par les séances de kinésithérapie. Pour elle, toutes ses activités ont changé, elle sort, par exemple, moins souvent. Elle se sent moins efficace pour quasiment tout au quotidien à l'exception des activités où elle bouge peu, malgré une satisfaction de se déplacer en canne et non en fauteuil comme ce qui lui avait été annoncé en centre.

La personne ne pratique plus ses loisirs antérieurs : foot, pêche, sorties, elle est plus souvent chez elle et reçoit des amis ou fait des activités passives : télé ou musique. Ces journées sont surtout rythmées sur par ses séances de kiné et des activités passives ou la visite de ses proches.

Question 4 : Qu'est ce qui, pour vos activités au quotidien, est aidant ou qu'est ce qui ne l'est pas ?

Le matériel qu'utilise la personne notamment ses cannes et releveurs l'aident beaucoup au quotidien. L'architecture n'est pas vraiment un obstacle pour la personne sauf lorsqu'elle utilisait un fauteuil, elle a simplement « fait de la place ». L'environnement se compose surtout de sa famille et de ses proches qui l'aident parfois, mais la personne n'a pas d'aide humaine et elle se dit toujours en attente par rapport à son procès.

Questions 5, 6 et 7 : Sur échelle de 0 à 10 comment situeriez-vous votre qualité de vie?

Pourriez me citer pour résumé votre situation actuelle : 2 points positifs, 2 points négatifs.

Si vous pouviez vous parler à vous-même au moment de l'accident que vous direz vous pour vous rassurer ?

La personne cote sa qualité de vie à 5, car c'est convenable, mais pas optimal non plus. Les points positifs sont pour cette personne : l'évolution de son état en kinésithérapie et la proximité avec sa famille. Les points négatifs sont liés aux changements radicaux du fait de l'accident, mais elle essaye de ne plus se concentrer sur ces aspects. Enfin si elle pouvait se dire quelque chose à elle-même au moment de l'accident pour se rassurer elle dirait que tout irait bien et qu'elle finira par marcher avec des cannes.

Entretien avec la personne du groupe 3

Question 1 : Pouvez-vous me parler de votre situation/ de vous avant l'accident ?

La personne travaillait avant elle était proche de la retraite, mais elle est aujourd'hui en arrêt. Au niveau familial, elle était déjà proche de ses enfants, mais les voit davantage et se trouve entourée peut-être plus qu'avant. Elle n'avait pas d'activité sportive ou culturelle à l'exception de sorties les weekends : promenade et jardin qu'elle ne peut pas faire pour le moment du fait de travaux en cours.

Question 2 : Qu'est ce qui a changé chez vous depuis l'accident ?

La personne a dû laisser sa maison, car elle comportait trop d'escaliers et vit dans un autre logement actuellement en travaux. Sur le plan fonctionnel, elle est en fauteuil et dit pouvoir réaliser de nombreuses activités seule. Elle se voit quand même comme réduite et dépendante des autres et se sent parfois inutile. Elle ne voit plus les choses comme avant, elle n'imaginait pas sa retraite ainsi ni le handicap comme elle le vit. Elle ne trouve pas forcément de lien entre ses événements de vie, elle se demande toujours pourquoi cela lui est arrivé. Pour elle, les autres la voient différemment, mais ne lui font pas ressentir, ses enfants notamment sont très présents, mais souhaitent qu'elle soit indépendante et le plus possible comme avant.

Question 3 : Comment se déroulent vos activités au quotidien depuis l'accident ?

Les travaux sont en cours avec notamment l'installation d'un ascenseur qui pourra permettre les sorties à l'extérieur. Elle se trouve moins efficace et perçoit ses capacités comme réduites même si elle trouve avoir progressé depuis son accident et qu'elle peut rester seule chez elle sans soucis. Des centres d'intérêt comme la cuisine seront repris après les travaux. La lecture et les mots fléchés étaient des activités qu'elle aimait, mais ne pratiquait pas ou peu aujourd'hui elle a plus de temps et ce sont des activités importantes. Elle n'a pas découvert pour l'instant de nouvelle activité, mais a plutôt investi des activités d'avant qu'elle n'avait pas le temps de réaliser. Ce qui lui permet d'aller de l'avant et surtout d'être avec ses enfants, peu importe l'activité. Dans l'organisation de ses journées, elle prend beaucoup de temps lors du lever et de sa préparation le matin et du coucher, dans la journée elle lit ensuite beaucoup et reçoit des proches.

Question 4 : Qu'est ce qui pour vos activités au quotidien est aidant ou qu'est ce qui ne l'est pas ?

Elle dispose de matériel qui l'aide : lit médicalisé, matelas air, fauteuil électrique, fauteuil manuel, une planche de transfert et une pince à long manche. Elle sait également qu'avec

son avancée en âge ces éléments seront importants, car elle risque de perdre « physiquement ». Des adaptations sont fait ou en cours pour faciliter son quotidien : ascenseur, cuisine, salle de bain, terrasse pour un accès à l'extérieur. L'environnement extérieur peut être non adapté et la freiner dans ses activités comme des boutiques en centre-ville. Enfin au niveau social, elle se sent aidée par ses enfants, ses amis et voisins ou même les personnes inconnues quand elle est à l'extérieur. Mais elle ne dispose de tierce personne notamment pour le ménage et en éprouve tout de même le besoin.

Questions 5, 6 et 7 : Sur échelle de 0 à 10 comment situeriez-vous votre qualité de vie? Pourriez me citer pour résumé votre situation actuelle : 2 points positifs, 2 points négatifs. Si vous pouviez vous parlez à vous-même au moment de l'accident que vous direz vous pour vous rassurer ?

Elle a du mal à coter sa qualité de vie, car elle voit plus ses proches, mais elle a perdu ses jambes et donc par rapport à sa situation antérieure elle la cote à 0, mais elle donne 5. Les 2 points positifs sur sa situation sont d'être plus avec ses proches et de voir plus de monde. Les 2 points négatifs sont la perte de ses jambes et les limitations qui en découlent et les complications associées à son état. Enfin si elle pouvait se dire quelque chose à elle-même au moment de l'accident pour se rassurer elle évoquerait ses enfants dont elle peut encore profiter.

4.3 Analyse transversale

L'analyse transversale consiste à croiser les points de vue des personnes interrogées pour cela, j'ai repris les analyses longitudinales de chaque personne pour pouvoir les comparer.

Question 1 :

Les ergothérapeutes s'accordent sur le fait que tous les rôles sont impactés du fait des restrictions d'activité dues à la blessure et aux complications : professionnel, social, familial, loisirs. Le rôle de travailleur notamment pour la deuxième ergothérapeute est impacté, c'est effectivement le cas pour les personnes du groupe 2 et 3 qui ne travaillent plus. Les rôles familiaux et relationnels n'ont pas forcément étaient changées, car les deux personnes sont dans la même situation qu'avant l'accident même si les relations ont été impactées. Les activités de loisirs pour les personnes ne sont plus pratiquées aujourd'hui du fait de la blessure. Enfin les ergothérapeutes s'accordent sur le fait que les rôles impactés seront en fonction de la situation de chacun.

Question 2 :

Pour l'ergothérapeute 2, l'avant-accident repose uniquement sur les dires des personnes et proches, mais l'évaluation fonctionnelle constitue l'objectif même de l'intervention, car il y a forcément des changements fonctionnels, ce qu'évoque également l'ergothérapeute 1. De ce fait l'image de soi est impactée. Pour l'ergothérapeute 1, tout dépendra bien sûr de l'individu, de sa situation antérieure et de son environnement. Pour l'ergothérapeute 2, l'image de soi impacte réciproquement les résultats fonctionnels avec une motivation marquée ou une forme de dépendance. L'ergothérapeute 1, évoque le point commun à toutes les personnes qu'est l'apparition du fauteuil roulant. Les personnes interrogées, se voient aujourd'hui comme diminuées, parfois dépendantes des autres, même si elles sont capables de réaliser de nombreuses activités seules. La cognition/ façon de penser et de voir les choses changent notamment si un traumatisme crânien est associé pour l'ergothérapeute 1, les personnes avec une blessure médullaire sont toutes les deux d'accord sur le fait qu'elles voient désormais les choses en se concentrant plus sur leurs projets futurs. Mais la personne avec une procédure juridique (du groupe 2) est-elle en attente par rapport à sa réparation.

L'identité, pour l'ergothérapeute 1, bouge constamment, mais la période après l'accident fait particulièrement bouger les identités. Les deux sont d'accord sur le fait que la procédure, les pratiques des assurances (qui procurent ou non des provisions aux personnes) ont un impact sur l'identité et qu'elle stagne pendant cette période du fait de l'attente des décisions, des fonds et donc de la stagnation de leurs projets. Pour l'ergothérapeute 2, il y a également la position de victime qui est importante dans la reconstruction : elle s'attend parfois à un geste de la personne responsable. Pour l'ergothérapeute 1, la procédure est un frein, mais l'expertise en ergothérapie, par contre, peut aider à faire bouger l'identité. Les deux sont d'accord : la réparation constituera par contre la mise en route des projets. La personne blessée médullaire du groupe 2 qui est dans le cadre d'une procédure de réparation et dont les indemnités n'ont pas été décidées est dans l'attente de ses financements pour certains projets. La personne du groupe 3, elle n'est pas passée par le cadre de la réparation, mais dispose des fonds de son assurance alors que son accident est plus récent.

Les relations avec les autres pour les deux ergothérapeutes sont forcément impactées. Pour l'ergothérapeute 1 les amplitudes pendant la période de la procédure sont plus grandes : les familles se resserrent ou se distendent. Pour l'ergothérapeute 2, les relations sont également impactées par le fait que les proches peuvent devenir aidants. Les personnes du groupe 2 et 3 sont d'accord sur le fait que leurs proches peuvent être des soutiens voire des aidants pour la personne du groupe 3 qui est, elle, en fauteuil. En revanche, la personne du groupe 2 ne voit pas forcément d'impact dans les relations même si ses proches ont été bouleversés par l'événement. Pour la personne du groupe 3 en revanche, les autres et notamment ses proches la voient différemment, mais essaient d'être le plus possible comme avant.

Question 3 :

Pour les deux ergothérapeutes, l'efficacité des activités est forcément impactée, tout comme la manière de réaliser des activités. Pour l'ergothérapeute 2, la perception des capacités peut être mauvaise et ce malgré les réparations et adaptations, certaines activités doivent être confiées à une tierce personne. Les deux personnes avec une blessure médullaire sont plutôt en accord : elles se trouvent moins efficaces, même si elles ont vu leur indépendance progresser depuis l'accident. La personne du groupe 3 a besoin de beaucoup de temps pour ses soins personnels le matin et le soir et ses journées sont ponctuées par la lecture et des visites. La personne du groupe 2, elle parle même de quotidien répétitif rythmé par ses séances de kinésithérapie.

Pour les ergothérapeutes, les centres d'intérêt doivent se modifier du fait de la nouvelle situation. Les personnes interrogées qui présentent une blessure médullaire s'accordent sur le fait que certains loisirs ne sont plus possibles aujourd'hui et qu'ils y ont renoncé. Pour l'ergothérapeute 2, la question du réinvestissement dans de nouveaux centres d'intérêt peut être complexe. Les personnes blessées médullaires sont plutôt dans ce cas de figure, car elles n'ont pas découvert de nouvelles activités. Pour l'ergothérapeute 1 ce sont, soit des activités antérieures adaptées, soit des activités ou du même domaine plus accessibles qui se mettent en place. En effet pour les personnes du groupe 2 et 3, les activités investies sont celles qu'elles pratiquaient avant moins souvent, car elles travaillaient, mais qui sont accessibles : lecture pour la personne du groupe 3 et visite des amis pour la personne du groupe 2. Les deux personnes par contre n'ont pas découvert de nouvelles activités. La

personne du groupe 3 se revoit par contre investir des activités lorsque ses travaux seront terminés comme la cuisine.

Les deux ergothérapeutes s'accordent sur le fait que les activités qui permettent aux personnes d'aller de l'avant sont vraiment personnelles et dépendent des valeurs, de la motivation, de leur niveau d'indépendance, de l'intérêt pour l'activité. Les personnes blessées médullaires évoquent elles que c'est surtout le fait d'être avec leurs proches qui leur permet d'aller de l'avant. Enfin pour les ergothérapeutes, il y a un processus pour la mise en place de nouvelles activités avec la découverte, des essais-erreurs.

Question 4 :

Les deux ergothérapeutes définissent leurs missions comme portant sur l'accessibilité : dans un premier lieu celui du logement. Mais l'environnement urbain ou rural, la topographie, le climat et l'accessibilité des lieux publics fréquentés sont également importants. Pour l'ergothérapeute 2, il faut aussi faire en sorte que les aménagements soient cohérents : pour les pièces qu'utilise la personne. Pour les personnes blessées médullaires, l'environnement architectural du domicile n'est pas perçu de la même façon : la personne du groupe 2 se déplace avec des cannes et ne perçoit pas d'obstacle particulier alors que celle du groupe 3 a eu besoin d'aménagement des pièces de vie. Malgré tout, la personne du groupe 2 a vécu chez elle en fauteuil et reconnaît que cela était difficile. La personne du groupe 3 qui est en fauteuil identifie également les lieux publics non adaptés, comme des obstacles.

Le matériel, pour les ergothérapeutes, est censé être aidant pour les personnes, malgré tout pour l'ergothérapeute 2 il faut veiller à ce qu'il ne soit pas un obstacle pour les aidants. Les personnes blessées médullaires sont d'accord, le matériel et les aides techniques facilitent leur quotidien.

Au niveau social, les ergothérapeutes pensent que les proches peuvent aussi bien impacter la situation dans un sens ou un autre : faciliter ou restreindre la personne : être stimulant ou limiter la personne. Les personnes interrogées trouvent que leurs environnements sociaux sont plutôt aidants, même si les deux regrettent l'absence de tierce personne.

La procédure pour les ergothérapeutes est contraignante avec notamment certaines assurances qui ne provisionnent pas la personne et un délai pour les réparations important. La personne du groupe 2 exprime d'ailleurs à plusieurs reprises qu'elle est en attente de

son procès pour réaliser certaines choses, tandis que celle du groupe 3 dont l'accident est plus récent voit les travaux se terminer. Pour l'ergothérapeute 1, les moyens financiers et matériels de la personne avec une réparation du dommage corporel seront tout de même plus importants à terme, elle aura ainsi plus de potentiel. De plus pour l'ergothérapeute 2 la procédure peut également laisser un temps de maturation aux projets de vie même si le temps de maturation est moins important que celui de la procédure, les attentes pour certaines personnes seront mieux définies.

Question 5 pour les ergothérapeutes et **questions 5, 6 et 7** pour les personnes blessées médullaires

Pour les ergothérapeutes la réparation intégrale n'est pas possible. Il s'agit surtout d'un principe juridique afin que la personne ait le plus de moyens possibles afin d'avoir un potentiel important pour retrouver une vie la plus convenable possible. Les personnes blessées médullaires, d'ailleurs, cotent toutes les deux, leur qualité de vie à 5, car il s'agit d'un chiffre convenable même si la personne du groupe 3 en comparatif avec sa situation d'avant est de 0. Les points négatifs sont liés à la perte fonctionnelle, les points positifs sont la proximité avec les proches. Pour les ergothérapeutes le contexte juridique freine, du moins le temps de la procédure, la personne dans son remaniement et la mise en place de ses projets, c'est d'ailleurs ce qu'exprime la personne qui est en attente de son procès. Pour l'ergothérapeute 2, le projet de vie avec le remaniement identitaire évolue forcément et donc les envies peuvent ne plus être les mêmes, dans ce sens la réparation intégrale est contradictoire. Pour l'ergothérapeute 1, l'expertise en ergothérapie suivant le positionnement du thérapeute peut être aidant dans le processus de remaniement identitaire. Il pourra plus investir un espace thérapeutique comme conseil de victime où le temps d'accompagnement de la victime est plus important et aider la personne à se projeter dans l'avenir. Enfin si elles pouvaient se parler après leur accident elles se rassureraient sur le fait que de bons moments les attendent encore.

5 Discussion

5.1 Lien avec la théorie des rôles sociaux

Avec les réponses apportées par les participants dans ce travail, il semble évident que les rôles sociaux des personnes avec une lésion médullaire soient impactés. Elles ne peuvent plus assumer certains rôles. Les personnes avec une blessure médullaire perdent du fait de leur situation des rôles : le rôle professionnel, des rôles sportifs et culturels et d'autres sont modifiés : rôles familiaux. En effet, les proches, du fait de la blessure, peuvent devenir aidants ainsi les rôles au sein du cercle familial se modifient. Les rôles changent donc, ils se modifient et/ ou sont remplacés par d'autres rôles. Avoir des rôles permet d'interagir avec les autres et d'avoir une participation sociale. Vu que les rôles sociaux semblent tous impactés, la participation sociale l'est également, la question est donc de savoir si cette participation sociale est satisfaisante. Cette participation sociale se fait via des activités avec les autres (potentiellement passives), et les personnes blessées médullaires se voient attribuer plus de fond avec une procédure de réparation du dommage corporel. Elles peuvent ainsi investir davantage d'activités et donc avoir une participation sociale de meilleure qualité que dans un cadre « classique ».

5.2 Lien avec la théorie du remaniement identitaire

Toutes les personnes interrogées reconnaissent la blessure médullaire comme un évènement déclenchant une véritable crise identitaire, en effet il y a forcément un avant et après avec des impacts majeurs sur la vie des personnes. Elles se voient différemment dans les capacités et dans l'image qu'elles ont d'elles même. Les relations aux autres sont forcément bouleversées du fait des nouveaux attributs de la personne. Au cours de l'enquête, les participants ont d'ailleurs évoqué ces changements. Les personnes blessées médullaires interrogées dans le cadre de ce travail ne perçoivent pas forcément de cohérence entre tous leurs évènements de vie par contre, ils se disent les mêmes qu'avant avec de nouveaux attributs / dans une nouvelle situation. Les personnes avec une blessure médullaire changent également leur façon de penser et de voir les choses ce qui caractérise le remaniement identitaire et semble montrer qu'elles ne souhaitent pas forcément retrouver leurs activités antérieures.

La procédure et les délais qui sont associés avant de percevoir les indemnités, le « rôle » de victime, les pratiques de certaines assurances pour ralentir le versement des provisions semblent être des obstacles au remaniement identitaire. En effet, elles ne peuvent pas forcément pratiquer des activités, entreprendre leurs aménagements durant le temps de la procédure et être dans une incertitude qui les bloque sur leurs projets. Ce n'est pas forcément le cas quand les personnes ne sont pas concernées par une procédure, les décisions et financements peuvent être plus rapides. Ainsi l'équilibre et le contrôle de la biographie se retrouvent plus rapidement. Mais étant donné qu'avec une réparation les personnes semblent avoir plus de moyens pour pratiquer leurs occupations, retrouver des rôles sociaux satisfaisants, le remaniement identitaire sera peut-être de meilleure qualité, car la personne sera en mesure de pratiquer plus d'activités.

L'expertise de l'ergothérapeute et les indemnités aident par la suite à retrouver des activités significatives mais pendant la durée la procédure le processus de remaniement identitaire semble freiné.

5.3 Lien avec le modèle de l'occupation humaine

Au niveau de la personne, il semblerait que chaque composante soit modifiée.

Au niveau de la volition : les valeurs ont changé, par exemple, elles privilégient les relations à leur famille et aux proches. La conscience de leur capacité et le sentiment d'efficacité-personne ont changé, elles se voient diminuées dans leurs activités. Leurs intérêts changent également, car certains d'entre eux ne sont plus accessibles ou trop difficiles. Au niveau de l'habitation, les rôles sont impactés comme nous l'avons vu avec les rôles sociaux, les routines également sont bouleversées : avec par exemple plus de temps de préparation le matin. Au niveau des capacités de performance, il y a des changements dans leurs fonctions motrices, sensitives et parfois urinaires, sexuelles ...

L'environnement matériel a globalement été perçu comme facilitateurs, c'est le cas des aides techniques par exemple. L'environnement physique peut être une contrainte suivant l'accessibilité des lieux, le domicile est généralement aménagé pour que ces contraintes soient enlevées. Par contre, l'environnement extérieur, les lieux publics, l'aménagement urbain, la topographie peuvent être limitants dans les occupations. L'environnement social est également modifié, car, nous l'avons dit, les relations aux autres changent et ils peuvent devenir contraintes ou facilitateurs. Avec une procédure de réparation du dommage corporel et l'expertise d'un ergothérapeute dont la mission est d'évaluer l'environnement,

la personne semblent pouvoir disposer d'environnements plus facilitants. C'est le cas par exemple pour l'attribution d'aide humaine, mais également, car beaucoup de besoins auront pu être identifiés par une expertise en ergothérapie.

Dans le « doing » /l'agir humain, toutes les dimensions sont également impactées : la participation avec l'accomplissement des rôles, la performance avec la réussite dans leurs activités qui est globalement moins importantes et enfin leurs habilités dans les activités qui sont diminuées par rapport à leur état antérieur même si elles ont progressé sur certains aspects (équilibre assis, maniement du fauteuil roulant, ...).

On retrouve donc bien un processus d'adaptation, les personnes du fait de leurs nouvelles situations changent d'activité, développent des compétences, explorent ou investissent davantage certaines occupations afin de retrouver un nouvel équilibre et une adaptation optimale ou du moins la plus satisfaisante possible. Ce travail et les réponses apportées semblent présumer que le processus d'adaptation chez les personnes avec une indemnisation dans le cadre de la réparation du dommage corporel sera plus complet. En effet, vu que l'environnement suite à l'expertise d'un ergothérapeute sera facilitant dans les occupations, le processus d'adaptation sera plus simple pour les personnes.

En revanche, comme c'est le cas pour le remaniement identitaire et les rôles sociaux, la procédure peut être un obstacle durant son déroulement pour la pratique des occupations de l'individu. Pendant cette période, les personnes qui ne bénéficient pas de ce cadre juridique sont moins contraintes.

Du fait de l'accident, il y a forcément des changements occupationnels et cela à tous les niveaux. Le processus d'adaptation occupationnelle semble lui aussi facilité par les indemnités et l'expertise de l'ergothérapeute qui évalue les besoins et aide à se projeter. Même si comme pour la question de l'identité, ce processus est freiné durant la procédure.

5.4 Réponse à la question de recherche et lien la problématique pratique

Le principe de réparation intégrale de part sa définition et le remaniement identitaire semblent bien contradictoires. En effet, les personnes, du fait de leur situation vont changer leur façon de penser, centres d'intérêt, leurs relations aux autres. Ainsi vouloir se remettre dans la situation d'avant ne répond pas forcément à ses attentes et ne coïncide pas forcément avec ses envies pour le futur. Il s'agit toutefois d'un principe forcément inatteignable qui sert de repère juridique pour rendre une qualité de vie la plus satisfaisante possible à la personne : il sera donc biaisé. Par contre, les indemnités attribuées, suite à une

réparation du dommage corporel, aux personnes blessées médullaires semblent faciliter le remaniement identitaire. Les personnes disposent de moyens plus importants que dans les circuits classiques de l'assurance, des aides sociales et procédures MDPH pour mettre en place leurs projets de vie.

En lien avec la problématique pratique de ce travail on retrouve que l'ergothérapeute dans ce processus a pour mission d'évaluer les performances à la réalisation des activités et les besoins environnementaux qui faciliteront ces activités : aménagement, aides techniques et tierce personne. Par son analyse, il s'intéresse aux difficultés fonctionnelles, aux habitudes de vie et aux projets de la personne et peut aider la personne à se projeter dans l'avenir et donc dans son processus de remaniement identitaire. Dans cette démarche le positionnement de l'ergothérapeute est également important : conseil de victime, assurance de la victime, de l'agresseur ou expert judiciaire. Dans le cadre d'une expertise en conseil de victime, l'ergothérapeute semble avoir plus de possibilités pour un processus d'accompagnement thérapeutique de la personne, il dispose par exemple de plus de temps. Si les moyens après une réparation du dommage corporel semblent faciliter le remaniement identitaire, le temps de la procédure est lui beaucoup plus important. De ce fait la personne est par contre suspendue aux décisions. Et durant cette période la personne semble être bloquée dans sa reconstruction identitaire et freinée dans l'investissement de ses activités et la possibilité de réinvestir ses rôles sociaux. En effet il semble que les personnes qui ne passent pas par une voie judiciaire se reconstruisent plus vite et réinvestissent plus rapidement leurs activités. Des éléments comme la position de victime, la relation à l'agresseur peuvent également parfois freiner les personnes dans leur processus de remaniement identitaire. Cette idée était d'ailleurs développée dans l'article de R. Goldet(37).

Enfin, il semble essentiel de stipuler que chaque situation, chaque personne et leurs environnements seront différents. Ce n'est pas seulement un traumatisme qui déterminera les situations de handicap, mais véritablement l'interaction entre la personne, ses activités et son/ses environnement(s).

5.5 Critiques et limites de l'étude

Ce mémoire d'initiation à la recherche s'appuie une méthode clinique, il n'y a donc pas, étant donné le nombre restreint de participants, de résultats significatifs en population entière.

Participants et méthode :

Pour des raisons pratiques et au vu des contraintes de temps, les entretiens sont peu nombreux et les différents groupes sont composés d'une à deux personnes. De plus, d'autres critères d'inclusions auraient pu être ajoutés pour au moins l'un des groupes. Pour le groupe 2 qui se compose de personne ayant bénéficié de l'expertise d'un ergothérapeute en réparation du dommage corporel, le critère suivant aurait pu être ajouté : « dont les indemnités de réparation du dommage corporel ont été perçues ». La personne n'a pas pu témoigner, à posteriori de la décision juridique, d'une certaine qualité de vie « améliorer par la réparation et l'expertise en ergothérapie ». Je suis toute fois satisfait car la personne interrogée a pu partager des réponses communes avec les ergothérapeutes : le fait d'être dans une période délicate et en attente. Enfin, j'aurai pu définir une limitation fonctionnelle minimale : la perte de la marche, pour les deux groupes afin d'avoir des réponses d'autant plus comparables. L'âge des deux participants était également différent. De plus, pour des raisons pratiques, il était complexe pour mon maître de mémoire de contacter des personnes qui avaient déjà perçu leurs indemnités suite à une procédure pour des raisons pratiques, légales et réglementaires. Le choix d'interroger des personnes me semble toutefois pertinent, car elles ont pu apporter des exemples concrets. Les entretiens ont été réalisés par téléphone ce qui a pu biaiser les échanges et les rendre peut être moins spontanés qu'un échange oral direct.

L'outil quantitatif n'aurait pas été adapté à mon étude, car il nécessite un minimum de 30 réponses or à la fois la pratique d'expert est assez peu répandue et il est complexe d'avoir des personnes en situation. L'outil quantitatif n'aurait pas permis d'avoir des réponses et points de vue si détaillés.

5.6 Perceptives de travail

Suite à ce travail qui a pu aborder et amener des données qualitatives, il serait intéressant, afin d'avoir des données qui soient d'une meilleure fiabilité scientifique, de mettre en place une recherche quantitative. Il existe en effet des outils découlant du Modèle de l'Occupation Humaine qu'il serait intéressant de proposer aux personnes blessées médullaires en complément d'un questionnaire pour préciser sa situation. Il serait possible, par exemple, d'avoir deux groupes comparables aux groupes 2 et 3 de cette étude auquel l'on proposerait les auto-questionnaires :

- Role Checklist, dans lequel la personne définit ses rôles sociaux, s'ils sont passés, présents et/ou futures et l'importance qu'ils accordent à chacun d'entre eux (annexe XI).
- Occupational Questionnaire, dans lequel la personne renseigne les activités qu'elle réalise sur la journée, de quel type d'activité il s'agit (soins personnels, loisirs, productivités, autres), comment elle la réussit, si c'est une activité importante et si c'est une activité source de plaisir (annexe XII).

Il existe des traductions de ces outils en langue française qui sont validés en langue anglophone, mais pas en langue française, cependant ils ne nécessitent pas de formation spécifique, ils sont également associés de manuels/consignes de passation.

5.7 Apport personnel

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis d'acquérir des compétences notamment sur la recherche documentaire, la méthodologie comme la conduite d'entretien, l'analyse des résultats et le travail de synthèse. Étant donné que mes grilles d'entretien découlent de concepts théoriques, j'ai dû approfondir ceux-ci avant de pouvoir les éprouver sur le terrain. Les modèles conceptuels et notamment celui de l'occupation humaine que j'ai choisi, propose de nombreux outils et une approche centrée sur la personne et l'occupation humaine avec laquelle je souhaiterais exercer. Ce travail a également entretenu mon intérêt pour les missions d'évaluation des besoins et compensations des personnes. Le caractère global des interventions des ergothérapeutes experts en réparation du dommage corporel et l'évaluation en situation écologique des performances pour chaque activité me plaisent également. Comme cela était précisé dans la problématique pratique, afin de pratiquer l'expertise il est fortement conseillé d'avoir acquis une expérience clinique, c'est pourquoi je n'imagine pas m'orienter vers un diplôme universitaire directement à la suite de mon cursus en ergothérapie. Par contre, le domaine de la réadaptation me plaît fortement. Je pense m'orienter vers ce secteur avant de peut-être d'ici une dizaine d'années potentiellement m'inscrire à un diplôme universitaire en expertise.

Enfin, par ce travail j'ai pu percevoir la nécessité des données probantes dans les différents domaines de l'ergothérapie. Je suis d'avis que les évidences scientifiques viendront également renforcer la crédibilité des ergothérapeutes et de leurs évaluations, par exemple auprès du tribunal. Même si mon travail ne s'appuie pas sur une validité statistique, je suis satisfait d'avoir participé, à mon échelle, à une démarche de recherche.

Conclusion

La blessure médullaire est à l'origine de plusieurs déficiences et de difficultés fonctionnelles en fonction du niveau d'atteinte et du caractère total ou partiel de la lésion. Cela génère, en interaction avec l'environnement de chacun, des situations de handicap propres. Il s'agit d'un événement de vie majeur qui implique une réadaptation afin que la personne puisse investir de nouveau des occupations et rôles sociaux.

Si une blessure est causée par un tiers, une procédure en réparation du dommage corporel peut avoir lieu. Un ergothérapeute expert peut intervenir, il existe d'ailleurs plusieurs cadres possibles. Il évaluera les besoins en aides techniques, humaines et en aménagement qui faciliteront l'indépendance de la personne pour chaque activité. Ces procédures s'appuient sur le principe de réparation intégrale. Or celui-ci n'est-il pas contradictoire avec le remaniement identitaire et les aspirations de la personne qui peut souhaiter autre chose que de reprendre toutes ses activités antérieures ? Comment l'ergothérapeute avec cette logique de réparation intégrale peut-il tenir compte du remaniement identitaire ? Quel est l'impact de son expertise et de la procédure sur ce processus ? Pour répondre à ces interrogations, j'ai choisi une méthode clinique, qualitative. Je me suis entretenu avec des ergothérapeutes et des personnes en situation : une qui est concernée par une procédure de réparation du dommage corporel et une expertise en ergothérapie et une autre pour qui ce n'est pas le cas. Je souhaitais une approche qui soit la plus holistique possible. Les résultats montrent que les personnes changent effectivement dans leur identité et cela impacte leurs occupations : centres d'intérêt, rôles sociaux, ... Il semble également que l'expertise via l'analyse des besoins, permet à la personne de se projeter, de réinvestir plus d'occupations, également car elle possède plus de moyens financiers. Mais les résultats évoquent que la procédure et certaines pratiques qui y sont liées peuvent entraver la personne dans leur remaniement identitaire.

Cette étude s'intéressait aux perceptives occupationnelles du remaniement identitaire (changement de centre d'intérêt et rôles sociaux) elle implique donc que l'environnement soit pris en compte.

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis de m'interroger sur la place de la profession d'ergothérapeute au sein du système juridique. Sa mission d'accompagnement, habituelle dans les autres cadres de pratique, n'est pas demandée dans celui-ci, mais elle semble implicite du fait de nos champs de compétences et démarche.

Bibliographie

1. Harris I, Henry A, Green N, Dodson J. The occupational therapist as an expert analyst on the cost of future health care in legal cases. *Can J Occup Ther.* 1994;61(3):136–140.
2. DeMaio-Feldman D. The occupational therapist as an expert witness. *Am J Occup Ther.* 1987;41(9):590–594.
3. Richard J-B, Thélot B, Beck F. Les accidents en France: évolution et facteurs associés. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* 2013;61(3):205–212.
4. Statistiques d'accidents - APR [Internet]. Association Prévention Routière. 2016 [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <https://www.preventionroutiere.asso.fr/2016/04/22/statistiques-daccidents/>
5. Badinter. Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 [Internet]. juill 5, 1985. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068902&dateTexte=20100114>
6. Privat A. Physiologie du traumatisme médullaire et conséquences thérapeutiques. *Bull Académie Natl Médecine.* Juin 2005;2005-6:1109-19.
7. Aghakhani N, Vigué B, Tadié M. Traumatismes de la moelle épinière. *Encycl Méd-Chir.* (17-886-A-10).
8. Désert J-F. Les lésions médullaires traumatiques et médicales (paraplégies et tétraplégies) [Internet]. 2002 [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/273604/>
9. Barat M, Goossens D, Penchet G, Dehail P. Syndromes médullaires. *Neurologie* [Internet]. [cité 3 févr 2017];(17-042-A-10). Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/231891/syndromes-medullaires>
10. Barateau M, Jousselin C, Blancher A-N, Perroy C, Lafargue A. Education thérapeutique dans la prévention des escarres [Internet]. 2008 [cité 9 sept 2016]. Disponible sur: http://www.sffpc.org/index.php?pg=connaiss_escarre3
11. Haute Autorité de Santé. Guide-Affection de longue durée Paraplégie (lésion médullaire) [Internet]. 2007 sept. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald_20_guide_paraplegie__20_septembre_2007.pdf
12. Levesque P. La qualité de vie chez les personnes ayant une lésion médullaire: une analyse des déterminants [Internet]. Université Laval; 2006 [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/fichiers/23994/23994.pdf>
13. Beuret-Blanquart F, Boucand M-H. Vieillesse chez les blessés médullaires. In: *Annales de réadaptation et de médecine physique* [Internet]. Elsevier; 2003 [cité 3 févr

- 2017]. p. 578–591. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016860540300240X>
14. Pentland W, Harvey AS, Smith T, Walker J. The impact of spinal cord injury on men's time use. *Spinal Cord*. 1999;37(11):786–792.
 15. Espagnacq M. Mortalité à long terme et devenir social des blessés médullaires tétraplégiques. Etudes à partir des enquêtes Tétrafigap 1995 et 2006. [Internet]. Université Panthéon-Sorbonne-Paris I; 2008 [cité 9 nov 2016]. Disponible sur: <http://hal.upmc.fr/tel-00360948/>
 16. Westgren N, Levi R. Quality of life and traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998;79(11):1433–1439.
 17. ANFE. Définition de l'ergothérapie [Internet]. 2016 [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
 18. Chapitre 1er ergothérapeute [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171314&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20091219>
 19. SynErgo. Livre Blanc de l'ergothérapie [Internet]. 2008 [cité 10 oct 2016]. 34 p. Disponible sur: http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/livre_blanc.pdf
 20. Meyer S. De l'activité à la participation. 1^{re} éd. Paris: De Boeck Solal; 2013.
 21. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports. Diplôme d'état d'ergothérapeute référentiel de compétences [Internet]. Bulletin officiel Santé août 15, 2010 p. 177-86. Disponible sur: <http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences-DEE.pdf>
 22. Pouplin S. Accompagnement de la personne blessée médullaire en ergothérapie. Solal; 2011. 402 p. (ergOTHérapies).
 23. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. La compensation individuelle du handicap [Internet]. CNSA. 2016 [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perse-dautonomie/la-compensation-individuelle-du-handicap>
 24. Py B. Expert: un métier, une fonction, une adulation. *Médecine Droit*. 2013;2013(120):53–56.
 25. Lambert-Faivre Y. L'indemnisation du dommage corporel [Internet]. 2006 [cité 18 oct 2016] p. 7-13. Disponible sur: <http://cyril.bloch.online.fr/master-2/rapport-lambert-faivre.pdf>
 26. Service Public. Accident du travail: indemnisation en cas d'incapacité permanente [Internet]. Service-Public. 2016 [cité 12 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14840>

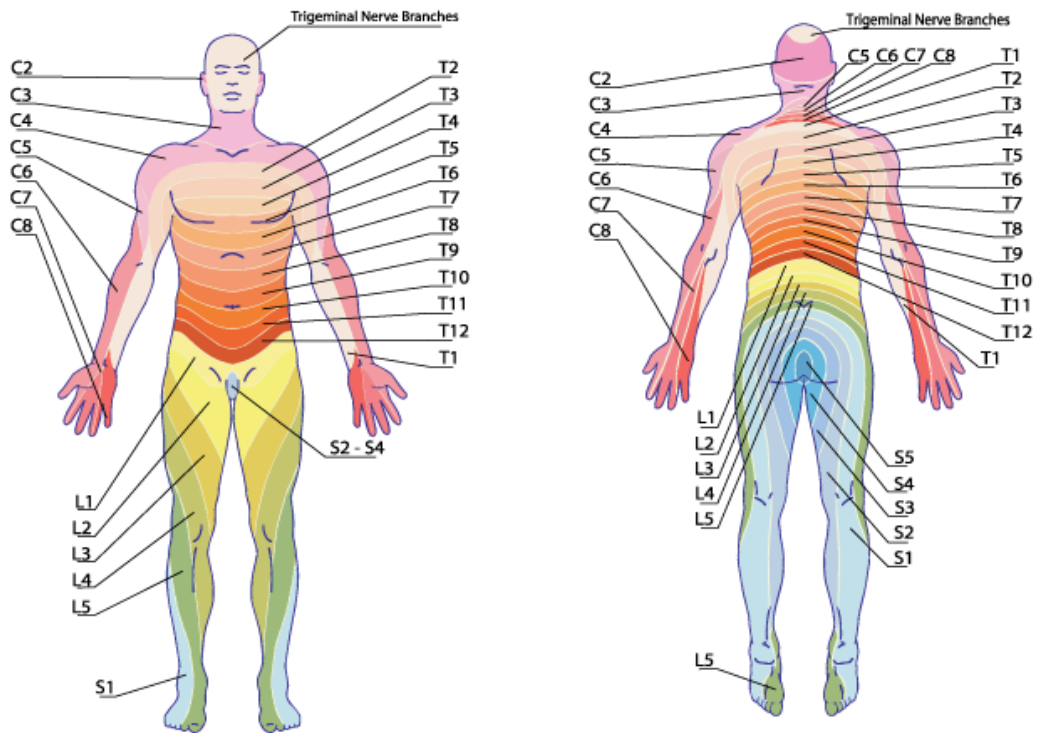
27. Dintilhac J-P. Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporel. Conseil national de l'aide aux victimes; 2005 juill.
28. Conseil de l'Europe. Résolution du conseil de l'Europe relative à la réparation des dommages en cas de lésions corporelles et de décès. 1975 mars.
29. Décret n°2004-1463 relatif aux experts judiciaires [Internet]. déc 30, 2016 p. 63. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005983254>
30. World Federation of Occupational Therapists. Code of ethics [Internet]. 2016 [cité 20 août 2016]. Disponible sur: <http://www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/780/Default.aspx>
31. Association Suisse des Ergothérapeutes. Code de déontologie de l'ASE [Internet]. 2011 [cité 20 août 2016]. Disponible sur: http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Ethik/Berufskodex_FR.pdf
32. Joubert C. Démarche expertise et éthique. ErgOTHérapies. sept 2007;51-7.
33. Mazaux J-M. L'expertise médicale. In: Nouveau guide de pratique en ergothérapie entre concepts et réalités. Marseille: Solal; 2008. p. 319-31. (ergOTHérapies).
34. Varichon P. L'évaluation des besoins de tierce personne: la nécessaire complémentarité du médecin et de l'ergothérapeute. Revue française du dommage corporel. 2014;330-40.
35. Pronesti C. Ergothérapeute libérale auprès des traumatisés crâniens et expert judiciaire. ErgOTHérapies. juin 2014;5-11.
36. Robillard J. L'analyse des besoins de la victime à partir du travail de l'ergothérapeute conseil. Gazette du palais. 15 mars 2016;
37. Goldet R, Jacquin O, Belfy J. Intérêt de l'ergothérapie dans la réparation du dommage corporel: retour à domicile et qualité de vie. J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt. 2005;25(3):122–125.
38. Thiriez P-Y. Aides techniques aides humaines : un indissociable binôme. Gazette du palais. 1 déc 2012;13.
39. Menard P. Dommage corporel et droit de la santé : l'avocat, une plus-value! L'expertise de l'ergothérapeute. Gazette du palais. 18 avr 2009;19.
40. Tcholakova A. Le remaniement identitaire entre reconnaissance et maintien de la cohérence biographique L'exemple des réfugiés en France. Sociologie. 2016;7(1):59–76.
41. Dictionnaire de sociologie. Paris: Albin Michel; 2007. 667 p.
42. Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne. Les éditions de minuit; 1973. 256 p.

43. Association Canadienne des ergothérapeutes. Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie. Ottawa; 2002.
44. Rhein C. Intégration sociale, intégration spatiale. *L'Espace Géographique*. 2002;31(3):193–207.
45. Rousseau J-J, P B. Du contrat social, ou Principes du droit politique. chez J. P. Bresson; 1795. 306 p.
46. Fougeyrollas P. La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap. Presses Université Laval; 2011. 315 p.
47. Goffman E. Asiles : étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Les éditions de minuit; 1968.
48. Goffman E. Les usages sociaux des handicaps. Les éditions de minuit; 1975. 180 p.
49. Erikson EH. Adolescence et crise: la quête de l'identité. Flammarion; 1972. 328 p.
50. Castra M. Identité. *Sociologie* [Internet]. 2012 [cité 4 févr 2017]; Disponible sur: <https://sociologie.revues.org/1593>
51. Houzel D. Le sentiment de continuité d'existence. *J Psychanal Enfant*. 2016;6(1):115–130.
52. Collectif, Kaës R. CRISE, RUPTURE ET DEPASSEMENT. Dunod; 1979. 324 p.
53. Voegtli M. Du Jeu dans le Je: ruptures biographiques et travail de mise en cohérence. *Lien Soc Polit*. 2004;(51):145–158.
54. Van Lander A. L'identité à l'épreuve de la maladie létale. [Lyon]: Lumière Lyon 2; 2012.
55. Kielhofner G. Model of Human Occupation: Theory and Application. Lippincott Williams & Wilkins; 2008. 594 p.
56. Morel-Bracq M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux. De Boeck Supérieur; 2009. 176 p.
57. Editions Larousse. Occupation [Internet]. Larousse. [cité 20 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/occupation/55508#z1SEEaskhlcTVh71.99>
58. Bandura A. Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle. De Boeck Université; 2003. 878 p.
59. Spreitzer E, Snyder EE, Larson DL. Multiple roles and psychological well-being. *Sociol Focus*. 1979;12(2):141–148.
60. Editions Larousse. Environnement [Internet]. Larousse. [cité 14 janv 2017]. Disponible sur:

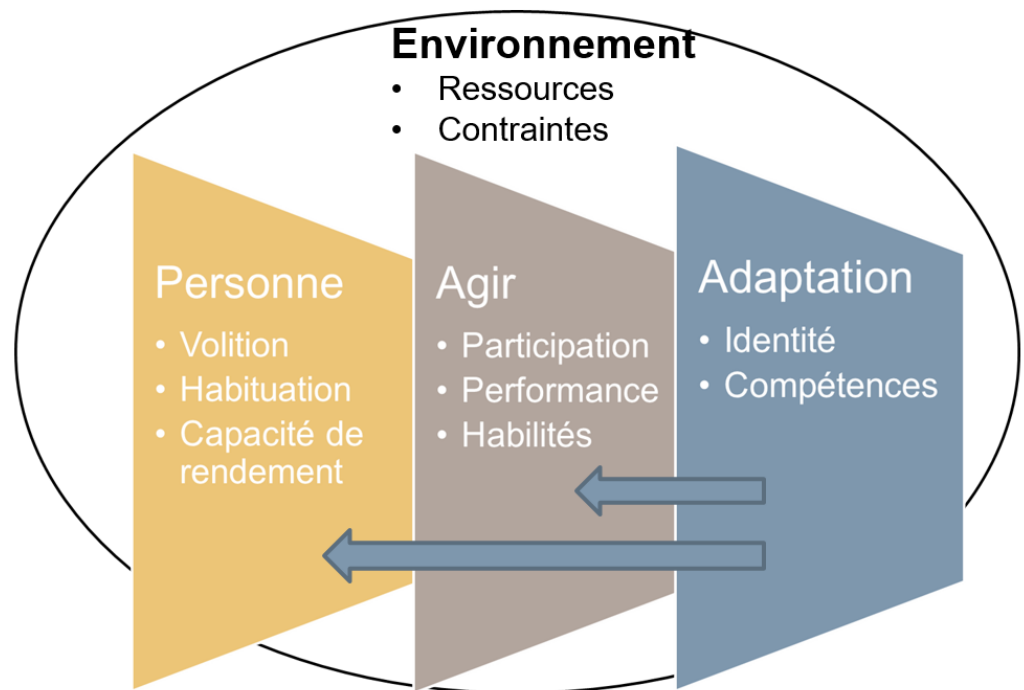
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/environnement/30155?q=environnement#30067>

61. Hammel J. The life rope: A transactional approach to exploring worker and life role development. *Work*. 1999;12(1):47–60.

Annexe I : Dermatome humain



Annexe II : Schéma récapitulatif du modèle de l'occupation humaine :



Annexe III : Matrices théoriques

Rôles sociaux

Critères (constituent le concept)	Indicateurs (donnent des renseignements)	Indices	Questions pour les personnes avec une blessure médullaire	Questions aux ergothérapeutes
Remplir un rôle	Répondre aux attentes	Situation familiale Rôle familial Place de parent Statut professionnel Engagement associatif/sportif	Question n°1	Question n°1
Avoir plusieurs rôles simultanément	Exercer plusieurs rôles au cours des journées	Organisation des activités dans la journée	Question n°3 sous question g	
Rôle comme support d'intégration	Avoir du lien social	Pratiquer des occupations socialement reconnues Pratiquer des occupations avec d'autres individus	Question n°3 sous questions : d, e, f	Question n°3 sous questions : c,d, e
Un déficit peut freiner la réalisation des rôles (la participation sociale)	Limites de réalisation des rôles découlant de déficit	Limitation des rôles de conjoint, familiaux, de parent, de travailleur, associatif/sportif	Question n°1 Question n°3 sous questions : a, b, c	Question n°1

Matrice remaniement identitaire

Critères	Indicateurs	Indices	Questions pour les personnes avec une blessure médullaire	Question aux ergothérapeutes
Identité	<p>Définition de soi</p> <p>Sentiment de continuité de soi</p> <p>Reconnaissance des autres</p>	<p>Se définir, savoir qui l'on est, nos valeurs</p> <p>Sentir une unicité en nous malgré les évènements</p> <p>Etre perçu et reconnu par les autres comme identique</p>	Question n°2 sous question a, b et c	Question n°2 sous question a, b et c
Crise identitaire	<p>Phénomène brutal</p> <p>Perte de repères : remise en question de l'identité</p>	<p>Conséquences fonctionnelles</p> <p>Conséquences cognitives</p> <p>Conséquences sur l'image de soi</p> <p>Perception de l'unicité de soi remise en question</p> <p>Se percevoir comme différent</p>	<p>Question n°2 sous question a</p> <p>Question n°2 sous questions : a, b</p>	<p>Question n°2 sous question a</p> <p>Question n°2 sous questions : a, b</p>
Remaniement identitaire	<p>Mise en cohérence de son vécu</p> <p>Retrouver une continuité d'existence</p> <p>Interaction sociale dans des activités</p>	<p>Trouver un sens sur les évènements vécus</p> <p>Se sentir le même qu'avant, mais avec de nouveaux éléments</p> <p>Pratique d'occupations (et de rôles sociaux)</p>	<p>Question n°2 sous question b</p> <p>Question n°2 sous question a et b</p> <p>Question n°3</p>	<p>Question n°2 sous question a et b</p> <p>Question n°3</p>

Matrice MOHO

Critères	Indicateurs	Indices	Questions aux personnes avec une blessure médullaire	Questions aux ergothérapeutes
Personne	Volition	Valeurs personnelles Causalité personnelle : conscience de ses capacités, sentiment d'efficacité personnel	Question n°3 sous questions d, e et f Question n°3 sous questions b et c	Question n°3 sous questions c, d et e Question n°3 sous questions a et b
	Habituation	Intérêts personnels (activités procurant du plaisir et satisfaction)	Question n°3 sous questions a, d, e	Question n°3 sous question c
	Capacité de performance	Rôles Habitudes Routines : matinale, journalière, hebdomadaire Aspects objectifs : musculo-squeletiques, neurologiques, cardio pulmonaire Aspects subjectifs : perception de ces habilités et expériences vécues par le corps	Question n°1 Question n°3 sous question g Question n°2 sous question a Question n°2 sous question a et question n°3 sous questions a, b et c	Question n°1 Question n°2 sous question a Question n°2 sous question a et question 3 sous questions a et b
Environnement	Contraint ou facilite les occupations	Physique Matériel Social et humain	Question 4 sous question b Question 4 sous question a Question 4 sous question c	Question 4 sous question b Question 4 sous question a Question 4 sous question c
Doing	Participation	Participation sociale : remplir les rôles	Question n°1	Question n°1
	Performance	Réussir les activités (soins personnels, productivités, loisirs)	Question n°3 sous question b	Question n°3 sous question b
	Habilités	Motrices, opératoires, communication/ interaction	Question n°3 sous question c	Question n°3 sous question c

Adaptation	Identité	Façonnement de l'identité au travers des activités	Question n°3 sous question f	Question n°3 sous question e
	Compétences	Développement des compétences	Question n°3 sous questions a, b et c	Question n°3 sous questions a et b
		Exploration d'occupation	Question n°3 sous question e	Question n°3 sous question d
		Concrétisation et participation acceptable	Question n°5	Question de recherche

Annexe IV : mail à destination des ergothérapeutes pour le recrutement des participants

Bonjour,

Je suis actuellement étudiant en 3^{ème} année à l'institut de formation en ergothérapie de Clermont-Ferrand, je vous contacte, car je réalise mon mémoire sur l'ergothérapeute en réparation du dommage corporel et l'impact de son expertise sur la vie des personnes avec une blessure médullaire.

Dans le cadre ce mémoire, je souhaite à la fois m'entretenir avec des ergothérapeutes exerçant en tant qu'expert en réparation du dommage corporel et avec des personnes avec une blessure médullaire ayant bénéficié de l'expertise d'un ergothérapeute.

Seriez-vous d'accord pour vous entretenir avec moi afin de répondre à mes questions ?

Annexe V : mail à destination des ergothérapeutes pour le recrutement des participants

Bonjour,

Je suis étudiant en ergothérapie sur Clermont-Ferrand dans le cadre de notre formation, il nous est demandé de réaliser un travail de recherche. J'ai choisi de faire ce travail sur la blessure médullaire et l'impact qu'elle a sur le quotidien des personnes.

Je vous contacte, car je suis à la recherche de personne ayant une blessure médullaire afin de m'entretenir avec elle sur l'impact de celle-ci sur leur quotidien. Je suis en effet d'avis que les personnes vivant avec une blessure médullaire au quotidien, leurs avis et expériences sont essentiels pour répondre à ma question.

Seriez-vous d'accord pour m'accorder un peu de temps afin que vous puissiez répondre à mes interrogations ?

Annexe VI : retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 1

Moi-même ou M: Bonjour, est ce que vous m'entendez correctement ?

L'ergothérapeute 1 ou O : Bonjour, Oui c'est bon

M : Etes-vous toujours d'accord pour que j'enregistre l'appel ?

O : Oui oui

M : Bon très bien. Je vous propose donc de procéder de la manière suivante : dans un premier je vais vous poser des questions sur votre pratique d'expert, après je vais poser mes questions et des questions de relance pour répondre à ma question de recherche, et dans un troisième temps je vous présenterai ma question de recherche et si vous aussi vous avez des questions sur ce travail.

O : D'accord, parce que du coup votre question, votre étude c'est sur quoi ?

M : Du coup c'est sur les personnes blessées médullaires et sur l'expertise, après je préférerai vous poser mes questions et questions intermédiaires avant de vous proposer ma question de recherche si c'est possible pour vous ?

O : oui oui c'est bon

M : d'accord, bon très bien, alors dans un premier temps je vais vous demander depuis quand vous avez vos diplômes universitaires ou inter universitaire et vous en disposez bien ?

O : Oui par contre je ne me souviens pas de l'année, je vais regarder, mais je m'en souviens pas comme ça, je vais rechercher

M : Après auprès de combien de blessés médullaires (approximativement) si c'est plus d'une vingtaine, entre 10 et 20 moins de 10 avez-vous joué le rôle d'expert ?

O : alors ça c'est un peu compliqué à dire, je dirai plus d'une vingtaine

M : Est-ce qu'il vous est arrivé de suivre des personnes dans le cadre d'une réouverture de dossier ? A aggravation ?

O : alors quelqu'un que j'avais vu ou pour laquelle j'interviens uniquement en aggravation ?

M : surtout les personnes que vous auriez vu en aggravation et que vous aviez vues une première fois ?

O : alors non, j'en ai vu des personnes en aggravation, des blessés médullaires, mais là c'était ma première intervention. Par exemple, des gens qui avaient 40 ans , leurs accidents étaient par exemple 20 ans avant. Mais moi j'ai vu des gens en aggravation en première intention.

M : très bien d'accord, du coup ces questions c'étaient pour répondre à la première de mon étude où je dois expliquer qui j'ai interrogées globalement. Du coup, je vous propose de commencer à répondre à mes questions, alors ma première question est : comment ressentez-vous les usagers que vous expertisez au fur et à mesure de votre intervention et est-ce que vous les voyez évoluer ? Donc notamment au niveau social !

O : Alors je n'arrive pas à comprendre votre question.

M : alors comment est-ce que vous voyez évoluer ces personnes auprès de qui vous menez une expertise, notamment sur le plan social. Est-ce que vous voyez un impact et quel impact sur eux ?

O : L'impact de l'expertise qu'est ce que ça change ?

M : alors en général que ça soit l'expertise et la blessure sur l'avant et l'après au niveau social.

O : Évoluer comment ?

M : Par exemple, au niveau professionnel, est-ce que généralement, il y a une perte d'emploi

O : Alors la question c'est quelle conséquence a eu la pathologie médullaire sur les personnes ? L'impact sur la vie de la personne ?

M : Oui voilà

O : Alors oui il y a un impact sur le travail sur tous les rôles, mais je ne comprends pas vraiment vous cherchez quoi là ?

M : alors moi j'aimerais interroger à la fois des ergothérapeutes qui réalisent des expertises, mais aussi des personnes blessés médullaires qui ont bénéficié d'une expertise et du coup voir s'il peut y avoir des différences dans les représentations des uns et des autres.

O : Alors, moi la question est ce : ce que j'ai vu avant et après la blessure médullaire ou de ce que j'ai vu après l'expertise.

M : Alors, elle correspond plutôt à avant et après la blessure et dans l'évolution pendant votre expertise.

O : très bien alors oui il y a des conséquences sur le travail, sur les rôles dans la famille, des conséquences sur la vie sociale avec des amis, sur les 4 sphères : personnel, tout ce qui est indépendance par rapport aux activités corporelles élémentaires,

M : Donc vous voyez des conséquences dans ce qui familial sociale, pro ?

O : oui dans les 4 sphères des activités : activités de base, toilette, habillage, tout ce qui est activité professionnelle, tout ce qui est activité sociale et de loisirs et tout ce qui est activité familiale

M : d'accord très bien, du coup, on va passer à question suivante : Comment est que vous percevez l'avant et l'après accident que ce soit au niveau fonctionnel, de l'image de soi, de leur cognition et façon de penser ?

O : Pour le côté fonctionnel, il y a forcément des changements alors comment la représentation de soi de l'image corporelle et tout, alors c'est joker, parce que c'est vraiment individuel. C'est trop personnel tout dépend de la personnalité, de la personne, de sa situation d'avant enfin c'est vraiment individuel, non je ne peux pas généraliser. À part le côté fauteuil roulant, mais après tout dépend de comment la personne elle vit ça. Je ne peux pas généraliser là.

M : Oui je me rends compte que c'est compliqué et que ce que je demande est généralisant, mais si vous avez des exemples en tête.

O : Mais ce qu'on peut généraliser c'est l'élément qui est nouveau et fondamental c'est l'apparition d'un fauteuil roulant dans la vie des personnes

M : Du coup vous pensez que ça peut avoir quel impact sur l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, sur leur identité ?

O : Oui il y a un impact après, je ne sais pas je vois un paraplégique qui était hyper sportif, il a refait d'une autre façon donc il a pu se remettre dans le sport, une autre personne au contraire elle a dû attendre je sais pas combien de temps pour sortir de chez elle donc l'impact de l'environnement qui affecte si le fauteuil roulant était et comment c'était vraiment un obstacle, là c'est impossible de généraliser quoi. La personne elle est âgée et n'arrive pas à prendre le maniement d'un fauteuil de manière suffisante fluide pour pouvoir s'en servir, il y avait d'autres personnes par exemple des enfants avec le changement de véhicule des parents enfin c'est tellement divers je n'arrive pas à généraliser ce qu'il a de commun c'est qu'il y a un fauteuil roulant qui apparaît dans la vie avec l'image du fauteuil roulant et puis les obstacles par rapport à l'accessibilité de fauteuil roulant et l'intégration du fauteuil roulant dans les habitudes de vie.

M : Du coup est-ce que vous pensez que leur identité elle bouge que ce soit après l'accident et même après la réparation ?

O : Ben moi je pense que mon identité personnelle, elle bouge tout le temps. Donc en quoi elle bouge particulièrement ?

M : oui c'est ça.

O : parce mon identité d'enfant en maternel c'est plus la même que maintenant.

M : je suis bien d'accord avec vous après est-ce qu'elle bouge plus ?

O : Ben c'est sûr que c'est un passage de vie avec une croisée des chemins et que les gens sont sur un chemin, il arrive un événement et des chemins alors s'ouvrent, des chemins qu'ils n'avaient pas prévu et il faut faire des choix, prendre des décisions, c'est un passage important dans une vie.

M : Donc là vous évoquiez surtout au moment de l'accident et après au moment de la réparation, du passage au tribunal, est-ce que selon vous c'est un moment clef où l'identité peut être amenée à bouger ?

O : Ben il y a différentes choses, le moment de l'expertise en ergothérapie qui fait bouger des personnes, le côté judiciaire, mais qui peut durer jusqu'à 7 ans donc du coup comment la personne vit toute la pression judiciaire, le fait d'attendre. Et après il y a le moment de la réparation où elle va percevoir par exemple une enveloppe avec une rente ou un capital et où elle va pouvoir reconstruire avec. Donc ce sont des moments différents.

M : D'accord et du coup est-ce que les moments de procédures sont entre guillemets des moments plus difficiles d'avancer ? Du fait de la durée de la procédure et qu'ils n'ont pas encore perçu leur réparation

O : Oui, la période de la procédure judiciaire est une période où les gens sont limités dans le temps, ils n'ont pas les éléments de leur avenir, ils sont suspendus à des décisions, ils sont en attente et en mode pause avec beaucoup de papier à faire et les décisions ne dépendent pas d'eux.

M : il y a donc pour vous des difficultés à se projeter ?

O : Oui c'est une période qui suspend et où il y a des attentes anxieuses.

M : D'accord, alors toujours sur l'avant et l'après-accident, quelles sont les conséquences qu'il peut y avoir dans les relations avec les autres ? Est-ce que, à la fois au moment de votre expertise et après la réparation, ces relations vont bouger ou particulièrement bouger ?

O : Je dis oui

M : Du coup comment où avec qui en particulier selon vous ?

O : ce n'est pas possible comme question, tout dépend de l'entourage de la personne, si c'est un enfant, si la personne gère elle-même ses papiers, si c'est une personne qui n'était pas en couple qui se met en couple pendant ce temps et qui a un enfant. Cette période elle est longue et il se passe des événements dans la vie de la personne. Il y a effectivement une pression dans la vie de la personne qui est suspendue aux décisions, mais je sais pas si la personne, je dis n'importe quoi, ça ne m'est pas arrivé, la personne est une jeune paraplégique qui tombe amoureuse de son avocat, évidemment que ça va changer dans les relations. Ou bien on contraire, c'est un cas réel là, un monsieur qui a divorcé avec sa femme avant la fin de la procédure.

M : Donc il y a un impact dans la vie sociale pour vous et dans ce cas la vie conjugale ?

O : Mais on ne sait pas si c'est ça, mais c'est sûr que ça fait peser un poids supplémentaire, imaginons toujours la jeune paraplégique qui tombe amoureuse de son avocat et ils finissent par se marier. Par contre oui, il y a plus de pression, une irritabilité des gens, des tensions supplémentaires. Après il y a plus de pression, une irritabilité des gens, des tensions supplémentaires. C'est plus compliqué après tout dépend du contexte, mais une amplitude qui est plus grande sur les relations sociales, mais ça peut être dans un sens ou dans l'autre. Des familles peuvent se resserrer et d'autres se distendre.

M : Alors après d'après vous, votre expérience, quelle peuvent être les modifications dans leurs occupations, que ce soit au niveau de l'efficacité, de la perception de leur capacité, de leurs centres d'intérêt ? Qu'elles seront les modifications du fait de la blessure ?

O : Donc soit il y a une restriction de certaines activités, soit il y a un changement d'activité soit il y a des glissements de rôles dans la famille.

M : Qu'est-ce que vous entendez par glissement de rôles dans les familles ?

O : Ben par exemple, une personne paraplégique qui était jeune cadre qui partait souvent à l'étranger pour le travail et la femme avait un rôle familial régulier en s'occupant des courses et tout ça et ben le monsieur maintenant fait beaucoup plus la cuisine alors qu'avant moins. Il y a un changement de rôle.

M : pour vous c'est pas seulement une substitution, mais ça peut être vraiment un changement de rôle ?

O : Oui il peut y avoir des gens qui refont du sport et qu'en faisaient pas, des gens qui arrêtent le sport qui en faisait, il y a des gens qui faisait des activités dans la vie de famille qui ne peuvent plus les faire, des gens qui reprennent les missions administratives alors qu'ils ne faisaient pas donc tout se recompose, mais c'est en restriction ou en nouveauté, ou en changement ou en glissement.

M : est-ce que dans les différents domaines (soins personnels, productivité, les loisirs) il peut y avoir des changements au niveau de leur efficacité, que ça soit dans un sens ou dans l'autre?

O : Il y a des variations, c'est plus les mêmes activités ou elles ne se font plus pareilles, la plupart. Si la personne avait l'habitude de faire les tâches administratives c'est plus compliqué éventuellement de ranger les papiers, les classeurs et tout, mais l'activité se réalise plus de la même façon.

M : vous évoquiez le changement d'activité ou les glissements de rôles, d'après vous est-ce que c'est lié à des contraintes ou c'est aussi un nouvel équilibre qui se forme avec les centres d'intérêt et les sources de plaisir qui peuvent changer ?

O : Les centres d'intérêt doivent se modifier des fois pour se réinvestir ailleurs. Par exemple quelqu'un qui faisait du tennis va se mettre au pingpong fauteuil donc oui il y a des transformations et changements.

M : Pour vous ce n'est pas seulement dû aux contraintes, mais aussi au fait que de nouvelles activités se proposent aux gens ? C'est-à-dire des activités auquel il n'avait pas pensé dans leurs vies antérieures, mais qui maintenant c'est proposé à eux.

O : c'est plus quelqu'un de sportif qui va chercher quel sport il peut faire et vu la disponibilité autour de lui il fera des choix par défauts, mais c'est bien parce qu'il est sportif qu'il va chercher un sport. Le sport ne viendra pas à sa porte tout seul.

M : c'est donc à la fois du fait des contraintes comme la proximité d'un club de sport, mais aussi des contraintes physiques comme le fait d'être en fauteuil, et il trouve cette possibilité-là dans son environnement ?

O : oui voilà, mais tout dépend des personnes c'est sûr qu'on peut dire qu'il y a des modifications, restrictions, des choix par défauts, des recherches, des échecs.

M : Pour vous, il y a des nouvelles d'activités qui peuvent ou vont se mettre en place ?

O : Oui il y a des changements d'activités avec des choses nouvelles qui peuvent se mettre en place, mais ça ne sera pas forcément par choix, enfin pour les loisirs si c'est un choix, mais par exemple la personne qui été jeune cadre dynamique qui aller dans de nombreux pays et qui se retrouve à la maison.

M : On évoquait les différents champs d'activité, pour vous quels vont être les activités qui vont faciliter et améliorer la qualité de vie et permettre de se projeter vers l'avant et de prendre du plaisir ? Est-ce plutôt les soins personnels, les loisirs, les activités familiales, même si ça restera personnel et propre à chaque individu ?

O : Je ne peux pas répondre ça sera vraiment personnel, pour des personnes ça sera se remaquiller tout seul, pour d'autres ça être pouvoir vivre chez eux, faire les marchés, c'est vraiment en fonction de la personne et ces valeurs. Pour les personnes très sportives ça sera le sport, mais d'autres ça sera accéder à la salle de bain pour se maquiller donc c'est vraiment trop personnel.

M : d'accord alors la question suivante : D'après vous qu'est-ce qui dans l'environnement, en général ou si vous avez des exemples particuliers en tête, qu'est-ce qui sera contraignant et facilitateur dans leurs activités ?

O : Je vois le mot accessibilité déjà.

M : Donc surtout l'environnement physique et architectural ?

O : ben déjà par rapport à leur lieu de vie

M : d'autant plus que l'expertise de l'ergothérapeute va jouer un rôle sur l'accessibilité du lieu de vie ?

O : oui c'est un des points essentiels de l'intervention après l'accessibilité aux activités qui leur sont importantes pour leur qualité de vie pour qui accède à ces activités.

M : Vous avez parlé de l'environnement physique et architectural qu'elles sont les aspects contraignants

O : ben c'est déjà les escaliers, les portes trop étroites, pas de passage sous les plans de travail, les marches, l'accès aux sanitaires.

M : on imagine également que les personnes ont des activités à l'extérieur, est-ce que les établissements extérieurs peuvent comporter des contraintes également ?

O : ben tout dépend des secteurs dans lequel évolue la personne, si la personne est sur Lyon, il y a oxibus elle peut donc avoir un déplacement. Quelqu'un dans l'Ain n'aura pas de bus adapté. C'est donc tous les environnements, ça peut être aussi le climat, le vent qui peut être contraignant pour accéder à certains endroits, s'il y a de la neige et du verglas on ne va pas sortir. Ça peut être urbain, par exemple si quelqu'un habite à la croix rousse à Lyon c'est en pente, alors que la plaine de l'Ain c'est peut être rural, mais plat donc la topologie, les dispositifs, le climat, et après les accès des bâtiments. Il faut pouvoir passer la porte, à la piscine pouvoir passer et rentrer dans l'eau.

M : D'accord, après dans ce qui va être matériel et aide technique une partie sera financée par la réparation et ça a intérêt à être facilitateur, mais est-ce qu'au plus long terme ça peut s'avérer être contraignant ?

O : donc c'est-à-dire que l'on fait des choix d'aide technique, mais après les gens ne s'en servent plus ? Le but c'est l'inverse que les aides proposés facilitent la vie quotidienne.

M : oui dans le cas par exemple d'une réouverture en aggravation vous voyez que le choix qui avait été fait est aujourd'hui contraignant ou bien ce choix a été fait en amont par d'autres équipes et vous intervenait en expertise.

O : Alors moi ça ne m'est jamais arrivé les réouvertures en aggravation, pour les blessés médullaires c'est 20 ans après quoi sauf cas exceptionnel ou problème particulier sinon c'est souvent des problèmes d'épaule. J'ai eu des aggravations pour d'autres personnes que j'avais suivies, mais je n'ai pas encore eu de blessés médullaires. J'ai eu des dossiers d'aggravation, mais ce n'était pas des personnes que j'avais vues en expertise initiale. Donc après il y a peut-être entre les espoirs de la réparation en expertise et la réalité il y a toujours un écart donc je pense qu'il y a des gens qui ne font pas tout ce qu'ils pensaient faire.

M : Et si la personne sort d'un centre de rééducation où on lui a conseillé du matériel, elle s'en est procurée peut-être elle-même en plus, vous intervenez pour réaliser une expertise. Est-ce qu'il y a lors des choses qui peuvent faire obstacles.

O : Au ben des fois, le problème c'est des savoirs si l'avocat a pu provisionner la personne ou pas. Si ça n'a pas été fait, la personne a du matériel remboursé par la MDPH, du matériel de base. Mais si elle a pu être provisionnée et bien accompagnée, elle va avoir du matériel de plus haut niveau : par exemple un fauteuil plus léger au lieu d'un fauteuil

standard. Tout va dépendre de la provision de l'avocat en fait. Le problème c'est qu'il y a des assurances qui jouent la guerre de l'usure et font en sorte que les gens n'aient pas de provision tout de suite comme ça la MDPH finance du matériel qu'eux auraient dû prendre en charge. Et comme la MDPH ne demande pas de remboursement, c'est tout bénéf pour l'assurance. Les contribuables payent donc à la place de l'assurance. La MDPH contrairement à la sécurité sociale ne fait pas de rappel donc il y a des assurances qui trainent pour donner le montant. Par exemple, j'ai une personne qui a eu son aménagement de véhicule financé par la MDPH alors que normalement c'est à l'assurance de payer.

M : Du coup l'assurance, ou du moins le temps important pour certaines réparations peut être obstacle aux occupations ?

O : Oui, mais c'est aussi les avocats non spéciales, l'assurance, car en fonction de quel est l'assurance ça peut varier et puis après les personnes et comment elle gère leur dossier.

M : D'accord, après au niveau environnement social : famille, amis, professionnels, on évoquait ceux de la justice par exemple, est-ce qu'ils peuvent avoir un impact sur les occupations en étant contraignants ou facilitants ?

O : Ben je dis oui, après ça dépend vraiment des personnes pour savoir qui impactent, ça dépend de l'avocat, de chaque personne autour de la personne, de ses activités aussi. Chacun peut impacter la situation dans un sens ou l'autre.

M : d'accord merci, alors on a fini avec les questions, je vais donc vous poser ma question recherche et donc d'y répondre. Puis si vous avez des questions à votre tour je vous laisserai les poser !

O : d'accord

M : alors ma question est : en quoi l'ergothérapeute expert en réparation du dommage corporel permet il répondre ou non au remaniement identitaire de la personne blessée médullaire avec un projet de vie construit suivant la logique de réparation intégrale ?

O : Ok c'est-à-dire ?

M : Donc en fait ce qui m'avait questionné c'était que la réparation intégrale veut remettre la personne dans la situation la plus proche possible de la sienne avant l'accident et il y a un remaniement identitaire, des changements dans leurs activités, centres d'intérêt ... Mais la logique est de la remettre dans la situation antérieure donc retourner aux loisirs qui étaient les siens alors qu'ils ont peut être changé, retourner aux rôles sociaux qu'étaient les siens avant. Je m'interroge donc s'il n'y avait pas de contradiction entre le remaniement identitaire et le principe de réparation intégrale. Et donc est-ce que l'ergothérapeute via son expertise peut aider au remaniement identitaire ?

O : pour moi c'est deux choses qui ne sont pas reliées, c'est-à-dire que la réparation intégrale est la règle du jeu

M : oui je suis d'accord, l'ergothérapeute doit travailler suivant cette règle, mais est ce qu'indirectement, il peut permettre de répondre au remaniement identitaire ?

O : Donc la réparation intégrale est la règle du jeu qui sert de repère à la justice, mais en fait il n'y a pas de vérification, on est d'accord ? Car elle est faussée, on ne verra pas après si la personne elle est revenue, il n'y a pas de vérification de ce que la personne peut faire de l'argent qu'on lui donne.

M : oui

O : c'est donc une espèce de jeu pour avoir le plus d'argent, car plus elle aura d'argent, plus elle aura de potentiel et elle pourra faire de chose dans sa vie, plus elle se sentira réparée. Le remaniement identitaire tout dépend de comment on fait l'expertise soit on reste au niveau de ou pour qui l'expert intervient. Moi j'interviens en tant que conseil de victime. Si moi je travaille pour une assurance j'ai une contrainte d'une assurance, je ne suis pas à la même place donc il y a la question de pour qui travaille l'expert. Si je suis pour l'assurance je fais seulement l'évaluation et je n'aurai rien à voir avec l'identité de la personne, j'aurai seulement un impact administratif et financier, mais pas thérapeutique si je suis pour une assurance. Alors qu'en conseil de victime, soit en tant qu'ergothérapeute je pense que je n'ai qu'une démarche de la réparation pour que soit transformé en argent. Soit en tant qu'ergothérapeute je fais à la fois une réparation et j'essaie à la fois en sorte que mon intervention soit thérapeutique, mais ça s'est par rapport à des valeurs de la personne, mais c'est sûr que quand on est ergothérapeute pour une assurance on ne peut pas avoir un rôle sur l'identité de la personne. Ça s'est fondamental dans votre approche.

M : d'accord c'est une réponse intéressante, car dans ce que j'ai pu lire sur le sujet, la logique était que l'ergothérapeute peut import sa position il devait adapter une posture qui était la même qu'il travaille pour l'assurance, en conseil de victime.

O : Oui il doit y avoir une neutralité par rapport à la réparation, mais par rapport à l'identité. Alors la théorie c'est ça en effet on a la même perception, mais à ce moment-là pourquoi il y a des expertises contradictoires ? L'assurance demande entre guillemets d'évaluer au minima la personne, alors qu'en conseil de victime on essaye d'avoir le maximum pour la personne. Donc l'un verra le verre à moitié plein et l'autre à moitié vide, mais c'est toujours le même verre. Donc ça s'est au niveau de la réparation financière, mais au niveau de l'identité, l'ergothérapeute pour l'assurance c'est que administratif, il n'y a aucun impact sur l'identité. En conseil de victime soit avec son investissement professionnel, il veut rendre son expertise thérapeute soit c'est que rendre son expertise. Après du coup pour moi quand on a fait une bonne expertise ça peut être en effet thérapeutique comme une mauvaise peut être destructrice, donc c'est un moment très important où il y a des enjeux importants pour la personne.

M : est-ce que vous pensez que le remaniement identitaire il peut être freiné par la procédure qui se rallonge ?

O : oui oui la durée et le fait d'être suspendu par des décisions qui dépendent d'autrui ça va avoir un impact sur la possibilité de mettre en œuvre des projets de changement.

M : d'accord merci, avez-vous des questions à votre tour sur mon travail ?

O : Je ne comprends pas tout à fait votre hypothèse ?

M : alors la méthodologie que l'on utilise pour le mémoire ne prévoit pas de faire des hypothèses, mais de choisir une population, un pratique j'ai donc pris l'expertise en réparation du dommage corporel et les personnes avec une blessure médullaire et ensuite on doit faire des recherche sur dans ces axes pour faire émerger une question la mienne porte donc sur l'identité. Car je me suis demandé si la logique de réparation intégrale et le remaniement identitaire n'étaient pas un peu contradictoires. Du coup ma question vient de là est-ce que l'ergothérapeute expert qui doit agir avec cette logique de réparation intégrale il peut avoir un impact sur le remaniement identitaire.

O : Pour moi la logique de réparation intégrale c'est le cadre de l'expertise et c'est dissocié de l'approche qui peut être thérapeutique, mais on n'a pas l'obligation de le créer cette espace thérapeutique. Mais on peut le faire en conseil de victime et la notion de réparation

intégrale c'est un outil pour que la personne puisse refaire d'autres choses derrière. On évalue un coût.

M : Donc pour vous la question se joue sur le positionnement de l'ergothérapeute ?

O : Oui, mais c'est plus, c'est pas est-ce que la réparation intégrale est en lien ou pas sur une modification de l'identité. Mais la réparation intégrale c'est le cadre de l'argent et est ce qu'on agit sur les possibilités de réinvestir des activités une qualité vie ? Est-ce que l'ergothérapeute se donne ce cadre thérapeutique là ou pas ? Plus on aura d'argent plus il y a aura de possibilités, mais plus on aura créé et investi un espace thérapeutique au moment de l'expertise plus on aura favorisé et faciliter les possibilités de changements identitaires. Mais on le fait que si l'on veut, c'est propre à la personne, mais l'ergothérapeute a une énorme possibilité de le faire si elle le veut comme on rentre dans les habitudes de vie et qu'on comprend l'importance et pas importante pour beaucoup d'autres personnes, l'identifier va être essentiel. Par exemple est-ce que vous mettez vos chaussettes ? La personne peut se sentir comprise et comprend qu'on s'intéresse à la vie quotidienne donc l'ergothérapeute en expertise peut comprendre de façon fine le quotidien de la personne et elle se sent alors comprise dans ses difficultés quotidiennes et qui prennent de la valeur aux yeux de l'ergothérapeute.

M : Si l'ergothérapeute choisit de ne pas se consacrer ou investir cette espace thérapeutique et de se concentrer seulement sur les aspects financiers et tout ça, est-ce que ça ne va pas aider la personne, car elle disposera de fonds plus conséquent et que ça peut l'aider à réinvestir sa vie ?

O : Non, car la personne elle ne va pas savoir, déjà si le même dossier est présenté à deux juges, ça n'est pas le même argent et donc la personne ne sait pas combien ça vaut. Alors que si on s'intéresse au quotidien et à comment elle faisait avant que ça prenne du sens ou si j'enregistre seulement qu'elle ne peut pas mettre la chaussette seule administrativement c'est ça qui va faire. Une bonne expertise, il y a une écoute, une empathie, une compréhension de la réalité d'avant, de maintenant et surtout le futur possible. Quand on arrive à faire ce lien on aide la personne à se projeter, car elle comprend comment elle était, ses pertes et les perceptives que l'ergothérapeute propose ça c'est aidant ! Mais si on n'investit pas nos questions par exemple sur un enfile pas on fait preuve de compréhension et d'empathie.

M : ça vous est arrivé d'agir dans un autre cadre que conseil de victime ?

O ; oui ça m'est arrivé d'être missionnée comme expert judiciaire, mais il y a énormément de contraintes et puis il n'y a pas ce côté thérapeutique pour la personne où l'on peut faire le lien entre les activités pour l'aider à rebondir et puis il y a un temps administratif très important.

M : d'accord, je vous remercie du coup pour le temps que vous m'avez accordé et aux réponses que vous m'avez amenées même si c'est vrai que certaines questions n'étaient pas évidentes, car il y a beaucoup de variation entre chaque personne.

O : bon tant mieux, continuez bien et bonne journée.

M : bonne journée à vous et encore merci.

Annexe VII : retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 2

L'ergothérapeute 2 ou K : bonjour, Mme K.

Moi-même ou M : Bonjour merci de libérer de votre temps pour répondre à mes questions.

K : De rien alors votre mémoire porte sur quoi exactement ?

M : il porte sur l'expertise par l'ergothérapeute en réparation du dommage corporel et son rôle auprès des blessés médullaires, pour ne pas biaiser les questions que je vais vous poser mes questions intermédiaires et je vous proposerai ma question de recherche seulement à la fin. La méthodologie du mémoire fait que l'on choisit une pratique, une population sur lesquels on fait des recherches donc j'ai choisi l'ergothérapie en réparation du dommage corporel et les personnes blessées médullaires on arrive ensuite à une question donc la question de recherche puis on la rapproche de concepts et ces concepts nous permettent d'avoir des indicateurs et questions intermédiaires qui répondent à la question de recherche.

K : Alors après si jamais vous citez les personnes comment est-ce que vous faites ?

M : Non je ne vais citer personne, je vais anonymiser les informations. Êtes-vous d'accord pour que j'enregistre l'appel ?

K : oui oui, d'accord

M : Je vais donc d'abord vous poser des questions sur votre pratique en tant qu'expert puis vous proposer mes questions intermédiaires et enfin la question de recherche et vous si à votre tour vous avez des questions sur mon travail.

K : d'accord alors il faudra que je cible sur les personnes avec une lésion médullaire ?

M : oui voilà, après si avez des points de comparaison avec d'autres populations ça peut être intéressant également.

K : d'accord parce que là où je travaille nous faisons à la fois des bilans pour les personnes âgées, de la réparation juridique ou alors de l'expertise, mais dans le cadre de contrat donc sans recours à l'avocat.

M : Alors sur votre pratique : est-ce que vous avez un diplôme en réparation du dommage corporel ?

K : alors oui j'ai le DU de réparation juridique du dommage corporel, j'ai le DU aptitude à l'expertise qui est à la suite.

M : D'accord, depuis quand travaillez-vous en tant qu'expert ?

K : Ça fait un peu plus de 20 ans depuis 94.

M : est-ce que vous avez une idée du nombre de personnes avec une lésion médullaire que vous avez expertisé : moins de 10, entre 10 et 20 ou plus de 20 ?

K : Je dirai plus de 20, alors après il y a plusieurs types d'expertise : amiable, contrat. On est dans des cadres différents.

M : oui alors on touche à la question suivante : dans quel cadre êtes-vous amené à les expertiser ?

K : alors je fais du cadre contrat c'est-à-dire sans responsable autre que la personne elle-même à ce moment-là il y a une expertise médicale, une expertise ergo voire architecturale. Au contraire s'il y a un recours donc que quelqu'un a créé l'accident c'est de l'assistance à expertise amiable avec une assurance qui défend le blessé et une qui va payer les compensations et la troisième c'est judiciaire avec un ergo qui représente la victime et un la personne qui va payer.

M : D'accord du coup vous êtes amené à travailler dans ces trois types de cadres ?

K : oui voilà, je peux très bien être en défense ou en recours

M : d'accord très bien, alors je vais commencer à vous poser les questions intermédiaires je les ai déjà posés à une ergothérapeute et certaines peuvent être difficile, car elle demande une généralisation, mais c'est aussi la méthode qui veut ça, mais si vous avez des exemples pour illustrer dans un sens ou dans un autre ou même les deux. Alors ma première question : comment est-ce que vous percevez évoluer les usagers que vous expertisez au fur et à mesure de votre intervention ? Notamment au niveau social

K : Alors je l'ai vu évoluer, alors on ne peut pas forcément répondre à ça parce que parfois on ne les voit qu'une fois, après au niveau social, qu'est-ce que vous entendez par là ?

M : Alors au niveau professionnel, familial, associatif, culture, politique religieux, par exemple des rôles qu'ils peuvent investir.

K : alors il y a des gens que je vais voir deux fois, d'autres trois fois il y a des enfants que je vais 4 ou 5 fois aussi parce qu'il faut le temps qu'ils grandissent. Moi ce que j'ai pu remarquer, j'ai une situation en tête d'ailleurs ça tombe bien, c'était un jeune homme de 19 ans tétraplégique. Première visite, il vit chez ses parents au milieu du salon donc le souhait c'était d'aménager la maison. Alors maison un peu atypique, mais on fait des propositions et l'on se dit que c'est peut-être pas non plus l'idéal. Un ou deux ans après j'ai une deuxième intervention, ils se sont rendu compte que ce n'était vraiment pas pratique d'aménager cette maison donc le projet est d'en acheter une autre, mais en attendant le jeune est toujours dans le salon avec des amis qui peuvent pas forcément venir et la vie familiale et personnelle, amical est quand même très perturbée. Alors un premier projet est fait qui était plutôt moyen puis un deuxième avec une construction d'une nouvelle maison où les parents et le jeune avaient chacun leurs habitations dans le même bâtiment, mais bien séparées en deux avec chacun leur appartement adapté. C'est ce projet-là qui a vu le jour et au final le jeune est resté 5/6 ans dans son salon. Ça paraît extrêmement long, mais si les aménagements avaient été faits tout de suite je ne sais pas si il aurait eu ce projet qui finalement lui correspondait beaucoup mieux. Après au niveau social et familial il y en a c'est l'inverse, par exemple une dame que j'ai revu un an après, le mari est parti entre temps, elle a beaucoup de complications comme de la spasticité. Qui s'enfoncé quoi qui travaille plus qui est seule, reste au lit toute la journée, avec des douleurs, peu d'autonomie à la sortie elle a eu son permis, enfin elle l'a revalidé donc elle pourrait avoir un véhicule adapté, mais elle n'en a pas. Elle habite dans un endroit montagneux, mais ça lui fait peur donc elle se fait véhiculer par d'autres personnes. Donc beaucoup de peur et d'inquiétude pour reprendre une autonomie. Après je sais si voulez parler d'autres aspects ?

M : Oui peut-être après avez-vous constaté des changements au niveau professionnel ; perte d'emploi ou qui ont réussi à se maintenir ou peut être des gens qui avaient des engagements dans leur communauté, des rôles de parents difficiles à assumer ?

K : alors oui il y a un impact sur les familles forcément, mais je pense à un couple avec un monsieur qui était paraplégique et qui après plusieurs années avait 3 ou 4 enfants. Le rôle de parent ne semblait pas perturber particulièrement, ils se sont facilement projetés sur le futur. Après une dame paraplégique qui étaient enceinte, mais il y a plusieurs cas de personne qui ont des enfants après la paraplégie et qui assume très bien la parentalité. On commence à avoir des exemples comme ça, mais c'est sûr que ce sont des projets qui se construisent sur des années donc je n'ai peut-être pas encore assez d'expérience.

M : Très bien, alors on va passer à la question suivante : comment le percevez-vous avant et après l'accident ? Au niveau fonctionnel, de l'image de soi et peut être également de leur façon de penser.

K : alors c'est un peu difficile parce qu'avant je ne les connais pas donc ça sera par rapport aux dires soit de la personne soit de l'entourage. Alors une des premières choses qui me vient c'est au niveau cognitif c'est tous les traumatismes crâniens qui sont parfois associés même si c'est un petit trauma crânien qui peut passer inaperçu il y a des choses parfois qui ressortent au fil du temps avec des comportements différents. Après au niveau de l'image de soi c'est sûr parfois on parle déjà pas mal des aspects techniques et de l'accompagnement. Après pour parler de l'image de soi on peut le ressentir que la personne est mal dans son corps, mais ce n'est pas forcément exprimé de manière claire. Après au niveau fonctionnel, c'est vraiment l'objectif du bilan, on passe en revue toutes les activités de vie quotidienne. Ce qui peut être étonnant c'est la diversité des résultats fonctionnels après on touche aussi à la participation, la motivation que finalement c'est lié à l'image de soi au psychisme, mais il peut y avoir des gens qui seront plutôt dans une forme de dépendance marquée et d'autres au contraire qui seront vraiment des battants et qu'il faudra presque arrêter, car ils prennent des risques ça arrive aussi notamment chez les jeunes.

M : d'accord alors est-ce que vous pensez que l'identité de ces personnes elle bouge que ça soit après l'accident, mais aussi après la réparation quand les projets sont mis en route ?

K : alors là c'est compliqué, car ça peut durer très longtemps quand il y a des avocats, des expertises contradictoires, il faudrait presque avoir des cas. Parfois, ce que je ressens c'est qu'il y a des personnes à fond dans le côté victime alors ce n'est pas forcément aidant dans la réadaptation et dans le fait de refaire des choses. Après effectivement, le fait d'être indemnisé est sûrement très important pour eux, en fait ça dépend beaucoup de chaque situation et de chaque personne. Il y a des gens qui en veulent à l'auteur de l'accident, d'autres pas. Certains qui disent : il n'est même pas venu me voir, il n'a pas pris de nouvelles, ça semble les perturber plus à ce niveau-là. Très certainement que c'est reconstructif, moi ça me paraît évident. Après la phase indemnitaire est compliquée et même parfois assez violente avec le jeu des parties. Certaines demandent beaucoup pour avoir quelque chose, certaines refusant de payer. Après il y a des choses qui nous dépassent totalement, le dernier dossier que j'ai fait en réparation du dommage corporel, c'est un paraplégique, l'accident date de 6 ans, c'est un jeune qui est toujours bloqué, car on ne sait toujours pas qui est responsable de ça. Dans l'accident 2 personnes, une en scooter et une en voiture, mais les responsabilités ne sont toujours pas tranchés. Donc la situation stagne, quand elles seront tranchées si c'est 100% pour l'un ou 50/50, ça risque de se débloquer, mais en attendant tout ce qu'on fait au niveau fonctionnel, aménagement, médicale, et autres. Alors il y a des aménagements qui ont été faits, mais avec une provision relativement faible, mais ça nous a été rappelé par un avocat, c'est très rare, mais si la responsabilité qui a été tranchée est en défaveur de la personne il faudra qu'elle rende

l'argent. Je parle de ça par ce que dans ce dossier là, ça bloque. Après je m'éloigne un petit peu ?

M : non ça a du lien avec ce que vous avez dit, les procédures qui se rallongent ça peut empêcher les personnes de se projeter sur l'avenir.

K : oui exactement, en plus là c'était compliqué il y a eu de choses à l'amiable qui se sont passées avant avec des expertises avec 2 ergo qui ont pu conseiller pour des aménagements, mais finalement ça s'est bloqué, car l'assureur a dit je ne sais pas si c'est à moi de payer. C'est pour ça que c'est parti en judiciaire. On est sensé faire ça en urgence, mais ça date de 2011 on est quand même en 2017. Pour dire qu'effectivement parfois ça bloque pour des choses bien en amont.

M : D'accord, merci pour cette illustration alors j'avais une autre question qui fait le lien sur l'avant et l'après-accident : est-ce que vous percevez des modifications dans les relations avec les autres : la famille, les amis ?

K : oui, c'est assez évident, ça va du tétraplégique qui dit à sa petite amie : je te rends ta liberté que j'ai vu très récemment après ça veut pas dire qu'elle ne vient plus le voir. Après l'ami, oui il y a des amis qui continuent à venir et parfois c'est étonnant par ce que ce n'est pas ceux qu'il s'attendait à voir rester qui reste. Au niveau familial, il peut y avoir d'énormes changements parce qu'ils peuvent être transformés dans leurs rôles en rôle d'aidant. Puisque même s'il y a des provisions les gens ont du mal à les utiliser par exemple pour une tierce personne. La fille peut faire tierce personne et être rémunéré par la PCH, il y a quand même quelqu'un d'autre qui vient. Une paraplégique se débrouille seule, mais nettoyer elle ne peut pas le faire toute seule alors quelqu'un vient de temps en temps en plus de la fille. Le rôle a forcément changé et la maman ne veut pas non plus être dépendante de sa fille pour certaines choses, voilà c'est comme ça que je l'ai analysé et on peut le comprendre. Le mari s'en va, ne supporte pas forcément le handicap et aussi ce qu'il y a autour. Là, en l'occurrence c'est une paraplégie d'une dame de 40 ans qui doit être mariée depuis 20ans avec beaucoup de douleur et spasticité, mais du coup c'est vraiment une femme très confinée à la maison et au lit avec des problèmes de fuites urinaires. Donc c'est aussi les complications. Oui pour moi c'est vraiment évident qu'avant et après c'est forcément différent surtout dans les blessés médullaires.

M : alors merci on va passer à la question suivante : En tant qu'expert quelles sont les modifications dans les activités de ces personnes ?

K : Dans quels aspects ?

M : Déjà au niveau de l'efficacité dans leurs activités de soins personnelles, productivités et loisirs, la perception de leurs capacités ?

K : Alors quand on fait le bilan des blessés médullaires on peut avoir un jeune très dynamique et qui peut être très autonome pour plein de choses, même parfois ça peut être assez surprenant. Mais quand on regarde plus dans le détail des choses, forcément il y a des choses où il ne va pas à la même vitesse, forcément qu'il est fatigué et fatigable, qu'il y a des complications à prévenir comme l'épaule, la vessie. Le jeune que j'évoquais tout à l'heure c'est vrai qu'il ne prend pas soin de lui du tout, notamment au niveau urinaire où il laisse de quoi faire le sondage toute la nuit donc, forcément derrière il y a des conséquences.

M : d'accord après du coup comment est-ce qu'ils perçoivent leurs capacités ? On parlait des personnes qui foncent et qui ne se posent pas.

K : Oui ça arrive après faut voir aussi s'il n'y a pas un petit problème cognitif, ça arrive que des personnes prennent des risques comme lorsque des transferts. Le jeune peut se relever en cas de chute, une dame plus âgée ne pourra pas après forcément qu'il y a des incapacités qui restent et dont la personne fait l'expérience. Même avec des réparations on ne revient jamais à quelque chose d'identique même en port de charge, à changer une ampoule, voilà dans le quotidien il y a des choses déjà qui ne sont plus possible même si on essaye de trouver des astuces. Après il y a des gens qui étaient très bricoleurs et qui pourront plus faire de la peinture ou poser du papier peint, il pourra aider, mais ne pourra le faire seule. Comme pour passer l'aspirateur, quelqu'un en fauteuil peut très bien passer l'aspirateur ce n'est pas impossible, mais s'il doit y passer plus d'une heure, qu'après il y a des douleurs au dos, ... il y a des choses qui partent en tierce personne déjà si le matin c'est assez long pour se préparer, si c'est quelqu'un qui a envie de reprendre son activité professionnelle. Je pense à une dame qui était paraplégique et qui a repris une journée par semaine son activité professionnelle dans un bureau. Mais c'est un petit peu galère et forcément qu'il faut l'aider à côté quoi. Parce que justement le matin où elle va au travail, il faut que ça aille vite.

M : D'accord alors toujours sur les activités, est-ce que les centres d'intérêt et les activités qui peuvent être source de plaisir elles peuvent changer ?

K : je pense que oui parce que déjà il y a des choses qui leur faisaient plaisir et qu'ils ne peuvent plus faire souvent il faut faire une croix sur certaines choses. La difficulté est justement de retrouver d'autres plaisirs et d'autres activités et ça c'est un truc un peu en horizontal parce que ça peut se faire partout et qui peut les aider à ça ? Je pense qu'au niveau du centre c'est discuté, mais on voit dans les expertises : il faisait du vélo, de la randonnée, c'est comme des accidents de parapente. Il y a des personnes qui avant faisaient du parapente et c'est terminé.

M : Est-ce qu'ils découvrent et mettent en place de nouvelles activités ?

K : je pense que tout le monde les incite plus ou moins à cela, en tous cas les ergo que ça soit en centre on les incite. Après il y a aussi très certainement des moments pour le faire. Au centre aussi il peut y avoir des activités en place comme le ping-pong ou des choses comme ça qui sont en dehors et peuvent faire partie des possibilités. Nous c'est des choses qu'on aborde aussi les loisirs, alors certains vont avoir envie de reprendre des choses : je pense au fauteuil tout terrain de descente ou du ski après ce qui est compliqué c'est qui personne blessée médullaire qui va avoir un peu de spasticité des douleurs, problèmes urinaires et qui s'orientent vers des sports avec des à-coups, mais là on passe sur d'autres choses. Des fois des personnes demandent de fauteuil de sport, un fauteuil comme ceci, un comme cela, mais en fait on sait très bien qu'ils ne vont pas les utiliser ou très peu. C'est parfois plus logique d'adhérer à une association, par exemple, ski et qu'il se fasse accompagner pour essayer, prêter le matériel pour voir les capacités et l'aspiration pour l'activité. En plus dans ma famille, j'avais une personne qui a été paraplégique très jeune et avant je la voyais monter des pentes à 10% très facilement ça ne lui posait pas de problème, il avait de super muscles après avec l'âge, le problème d'épaule c'est plus dur.

M : D'accord merci alors d'après vous quelles sont les activités pour les personnes avec une blessure médullaire, qui leurs permettent d'aller de l'avant ? Est-ce que c'est plutôt les soins personnels, le travail ou alors les loisirs ?

K : oui alors c'est mon avis personnel, mais c'est vraiment en fonction de chacun, de la motivation et de l'intérêt pour l'activité, je suis convaincu qu'à partir du moment où on arrive à se faire plaisir c'est le premier point. Après en fonction de l'autonomie c'est sûr

que ça joue. Si dans l'eau la personne se retrouve quasiment équivalente aux autres personnes, ça doit être jouissif. Mais je pense pas qu'il y ait de recette, c'est comme dans la vie, il y a des gens pour le travail c'est prioritaire, d'autres c'est la vie de famille c'est la même chose.

M : Très bien, alors vous avez été amenée à voir des personnes plusieurs fois du coup, qu'est-ce qui dans leurs environnements va être aidant et qu'est-ce qui ne va pas l'être ? Que ça soit au niveau matériel avec des aides techniques par exemple, l'environnement physique donc par exemple, l'architecture et l'environnement social ?

K : alors un petit peu tout qui aide les personnes, la dame que j'ai vue récemment on a fait mettre un ascenseur pour accéder à la chambre, une salle de bain adaptée ils ont fait une cuisine adaptée donc déjà au niveau aide technique et aménagements du logement. Elle a pu réintégrer sa maison après ça empêche pas qu'elle a besoin de quelqu'un pour la toilette, pour la cuisine il y a aussi quelqu'un il y a encore des obstacles, par exemple, devant chez elle il y a un plan inclinée à 15 % alors qu'elle ne peut descendre un plan incliné à 4% elle n'a pas de véhicule. Par contre, elle est bien entourée par ses enfants et a une tierce personne tous les jours. Après il y aspect environnemental et l'aspect psychologique parce que la douleur, parce que ceci, les gens vont s'enfermer et peuvent s'assommer de médicaments.

M : D'accord et du coup c'est élément matériel et architectural ils sont facilitateurs ou au contraire obstacles ? je parle également d'avant l'intervention parce que bien évidemment l'intervention a pour but que l'environnement soit facilitateur le plus possible par la suite. Mais qu'en est-il aussi de l'environnement social ?

K : Normalement oui c'est ce qu'on essaye de faire après des fois ça va même trop loin parce qu'on nous demande des trucs pour réaménager alors que, par exemple cette personne, la maison est sur 3 niveaux le dernier niveau c'est juste une chambre sous les combles pour sa fille, la personne a dit je n'en aurai pas besoin, mais des fois on nous demande d'aménager jusqu'au 3e niveau alors que l'on sait que ça ne sera pas utilisé. Après bien évident que c'est facilitateur, mais il ne faut pas croire que ça soit tout. C'est important parce que ça donne plus d'indépendance, ça limite les contraintes et ça peut aussi les limiter pour l'entourage, comme des aides aux transferts et puis après l'aspect psychologique de la personne et de l'entourage. Si la personne est mal ou dépressive si l'entourage est aidant, mais stimulant ou s'il est jugeant, la personne peut être limitée.

M : d'accord alors j'avais une dernière question avant la question de recherche : est-ce que vous pensez que la procédure qui peut durer plusieurs années dans certains cas, ça n'est pas contraignant pour après réaliser ses activités et son projet ?

K : si si je pense que ça peut l'être et je pense aussi que certains vivent très mal les expertises parce qu'on peut être 8 ou 9 autour de lui, je pense à un jeune qui avait du mal à s'exprimer on voyait qu'il ne disait pas ce qu'il aurait pu dire. Après l'exemple que j'ai cité par rapport à l'aménagement je ne l'ai vu que 2 fois, mais on compatit on se dit ce n'est pas possible d'attendre si longtemps dans son salon. Mais après c'est parfois un bien pour un mal on va dire ça comme ça parce que peut être qu'ils auraient pu aménager la maison et le projet et puis finalement ça va pas il faut qu'on aille ailleurs, mais parfois c'est trop tard. Donc après si c'est tout réaménagé et qu'ils n'arrivent pas à vendre la maison ben ils n'auront pas de fond pour en acheter une autre donc il y a un temps de maturation qui est important, il ne faut pas 5 ou 10 ans. Sauf des cas très exceptionnels, ça a pu m'arriver par exemple un monsieur de 45 ans avec une paraplégié marié avec des enfants. Tout de suite il a su qu'il était paraplégié et que c'était définitif, ça a rapidement

été intégré, c'est aussi comment ça a été présenté par le médecin et l'hôpital et ensuite ça a été intégré par la famille ce qui a fait que très rapidement on a pu mettre en place les démarches et au bout d'un an la maison a été aménagée. Ça arrive aussi ça.

M : d'accord très bien alors je vais proposer ma question de recherche : en quoi l'ergothérapeute expert en réparation du dommage corporel permet-il de répondre ou non au remaniement identitaire de la personne blessée médullaire avec un projet de vie construit sur la logique de réparation intégrale ?

K : alors est-ce que vous pouvez reprendre ?

M : oui alors je vous explique ce que j'ai pu échanger et lire sur l'expertise c'est qu'elle doit se faire suivant la logique de réparation intégrale où on veut remettre la personne le plus près possible de la situation antérieure, mais les personnes avec une blessure médullaire sont quand même touchées dans leur identité et il y a un travail sur leur identité qui se fait après l'accident, du coup il y a des changements dans leur vie et du coup est-ce que ce n'est pas contradictoire de vouloir les remettre dans la situation antérieure alors qu'il y a des changements.

K : pour moi oui, on est bien d'accord ce que vous dites par rapport à la réparation intégrale on est dans le cadre d'une expertise avec recours parce que dans les contrats c'est ficelé il y a tant de possibilités d'aménagement avec des plafonds. Dans le cadre d'une réparation juridique avec un recours, je sais que j'ai rencontré pas mal d'avocats qui tiennent ce genre de discours. Moi je pense que ce n'est pas forcément la vérité et puis ce n'est pas possible alors quand j'entends que cette personne à 3h du matin il faut qu'elle descende boire un verre d'eau et il faut qu'il y ait quelqu'un avec elle qui puisse l'amener pour un tétraplégique. Alors sur l'idée pourquoi pas, mais en même temps combien de paraplégiques vont, je peux me tromper aussi ils gèrent le temps de tierce personne en fonction de leurs besoins, quand je vois beaucoup de personnes avec des douleurs et problèmes annexes je me dis est-ce qu'il n'y a pas de décalage. Après que cette personne puisse retourner en vacances, faire des choses qu'elle faisait, ça ne sera pas comme elle faisait avant ce n'est pas possible, alors au plus près de comment elle faisait avant oui, mais ce n'est pas sûr qu'elle est envie par exemple de retourner à la même plage où elle allait avant il y a 10 ans. Après si elle a envie c'est intéressant de lui donner les moyens de pouvoir le faire donc ça veut dire quoi : du matériel et une tierce personne pour l'aider si la plage n'est pas aménagée. Mais le projet de vie forcément évolue, quelqu'un qui a été blessé qui doit se reconstruire et qui doit le faire en étant quelqu'un d'autre ne va pas avoir les mêmes envies. Après peut-être que oui, mais moi ça me gêne cette notion de dire qu'il faut qu'il fasse ce qu'il faisait avant et puis en plus c'est une projection peut-être. On n'en sait rien est-ce que c'est son choix ?

M : après ce que j'ai comme retour c'était que c'était la règle du jeu et après il y a quand même une adaptation même au tribunal et ils prennent en compte que la situation serait différente forcément. Donc c'est un principe, mais de base il ne peut être respecté à 100%.

K : oui bien sûr après par exemple la personne faisait de la plongée, elle veut en refaire, est-ce que médicalement elle peut ça me paraît être important. Après si elle eut on se lance et on réfléchit aux adaptations ou refaire du vélo, du ski et dans une journée il y a 24 h. Donc le ménage par exemple on va le faire faire à quelqu'un d'autre parce que la personne a déjà du mal à être indépendante le matin si en plus elle travaille l'après-midi, qu'elle s'occupe à faire des choses le weekend et les vacances, le temps n'est pas extensible non plus donc des choses qu'elle faisait avant elle ne les fera plus ou en tout cas pas à l'identique. Après je comprends c'est la règle du jeu, c'est de remettre la personne à l'identique, parce qu'elle

n'y est pour rien, on lui est rentré dedans et on est bien sensé la réparer ou la compenser pour retrouver une vie la plus correcte et la plus convenable possible. Mais en même temps je remarque, c'est très personnel ce n'est pas une vérité, mais est-ce que ça ne sauve pas les choses aussi parce que quand je vois comment les gens arrivent se dépasser à se débrouiller quand ils n'ont pas cette histoire de règle juridique, d'avocat derrière eux et que finalement ils ne comptent que sur eux et ils savent qu'ils ont un contrat d'assurance et la mdph, je me demande parfois si ça ne peut pas les freiner au moins le temps de la procédure après j'espère que non. Parce que derrière il y aura les moyens de faire plus de choses, mais est-ce qu'ils auront encore les gens pour faire.

M : oui voilà les moyens seront peut-être plus importants, mais ils auront également ressassé et fait le comparatif avec la vie d'avant pendant le temps de la procédure qui peut durer.

K : après le temps de la procédure les gens qui vont de l'avant et qui ont des provisions qui font des travaux parce que le risque c'est aussi que même s'ils sont bien conseillés par les avocats pour dire l'argent sert à ça. Les gens ont peur et se disent on a eu 50 000 euros on les met de côté à la limite on met 5000 pour le fauteuil, mais voilà. Je pense à un tétraplégique dans un fauteuil électrique de plus de 70 ans qui vivait au 2e étage sans ascenseur et qui vivait dans le salon, sa femme faisait office de tierce personne alors qu'il avait eu 90 000 euros de provision, ça, ça arrive aussi. Quand l'avocat vous demande du 26 heures sur 24 alors que la femme part toutes les après-midi pendant 2 heures et qu'il n'y a personne ça pose question.

M : D'accord bon déjà merci pour vos réponses à mes questions, est-ce que vous à votre tour vous avez des questions ?

K : ben j'ai l'impression que c'est assez ciblé sur des aspects psychologiques de la personne, l'image de soi par exemple.

M : oui c'est ciblé sur l'identité et sur sa reconstruction et je me questionne sur la possible contradiction ou non avec la logique de réparation intégrale.

K : alors je ne peux pas répondre directement sur ça, mais l'avis d'un psy pourrait être intéressant

M : oui moi après ce que je souhaite c'est questionner également des personnes pour pouvoir croiser les informations données par les ergothérapeutes avec des exemples précis qui témoigneraient de leur cas. Après je ne me focalise pas sur les mécanismes psychologiques du remaniement identitaire, mais plutôt sur son retentissement et les signes de ce changement dans les activités notamment avec des changements de centre d'intérêt, l'investissement de nouvelles activités.

K : alors après ça dépendra aussi de si les gens arrivent à se rappeler de comment ils étaient et s'ils ont l'envie et l'honnêteté de vous le dire.

M : D'accord alors merci, merci d'avoir libéré de votre temps pour répondre à mes questions vos réponses vont m'aider

K : après il s'agit de ma vision à moi, de mon ressenti, par rapport à mon expérience

M : oui j'en ai bien conscience que l'on ne peut pas avoir réponse à tout et que l'on a aussi un positionnement particulier.

K : oui voilà

M : bon alors merci beaucoup et bonne continuation à vous

K : merci au revoir.

Annexe VIII : Retranscription de l'entretien avec la personne du groupe 2

M (moi-même) : Bonjour Mr B, je suis l'étudiant en ergothérapie, vous êtes toujours libre pour que l'on échange ?

Mr B : bonjour, oui oui pas de soucis

M : D'accord alors déjà merci de bien avoir accepté est-ce que vous seriez d'accord pour que j'enregistre cet appel, car il faudra ensuite que je le retranscrive à l'ordinateur. Bien sûr je ne citerai pas votre nom, mais cet entretien fera partie de mon devoir.

Mr B : oui d'accord pas de soucis c'est ok

M : alors je vais vous poser quelques questions rapides sur votre situation à vous et après j'ai des questions sur votre expérience qui vont m'aider à répondre aux questions de ma recherche.

Mr B : d'accord pas de soucis ça me va

M : Du coup est ce que vous savez votre niveau d'atteinte de votre blessure ?

Mr B : où elle est placée ma blessure, ben elle est placée T12-L1

M : D'accord et après alors elle date de quand ?

Mr B : 7 juin 2015 je me souviens de la date précise

M : d'accord du coup Mme D. a réalisé une expertise auprès de vous, vous vous souvenez environ de quand vous vous étiez vu ?

Mr B : alors je ne sais pas la date précise de l'expertise, mais c'était on va se dire janvier ou février 2016, après je suis toujours en attente pour mon affaire s'est pas passé encore au tribunal pour que j'aie ma réparation

M : Du coup, est-ce que vous pourriez m'expliquer votre situation avant l'accident ? Prenons en premier la situation professionnelle par exemple.

Mr B : ben je pouvais travailler, j'étais dans l'agriculture je faisais les bananes donc par rapport à l'accident ben je peux plus travailler, j'étais tout le temps dehors et là ben je ne peux plus travailler.

M : d'accord et après au niveau de la famille est ce que votre situation a changé ?

Mr B : ben non pas vraiment.

M : vous avez des enfants une femme ?

Mr B : oui des enfants oui j'ai une fille et une copine oui et je vis chez ma mère avec ma copine et mon frère.

M : d'accord et cette situation familiale elle a été impactée par l'accident ?

Mr B : oui ben avant je n'étais pas comme ça maintenant je suis plus trop à mon avantage quoi et c'est plus pareil.

M : d'accord alors est ce que vous pratiquiez avant un sport ou une activité culturelle ?

Mr B : je faisais du foot et de l'athlétisme et maintenant je fais plus ni l'un ni l'autre

M : d'accord après qu'est-ce qui a changé chez vous depuis l'accident ? Au niveau moteur déjà ?

Mr B : Ben je marche des cannes maintenant voilà et je me déplace avec.

M : d'accord dans la maison, mais aussi à l'extérieur ?

Mr B : oui oui voilà c'est ça

M : est-ce que vous avez changé l'image que vous avez de vous-même ? par rapport à avant aussi

Mr B : ben oui un peu, mais ça va. Ben j'étais plus physique sur tout ce que je pouvais faire et maintenant je me vois comme un peu réduit quoi voilà.

M : d'accord et après est-ce que vous avez l'impression que dans votre philosophie, votre façon de penser et de voir les choses vous avez changé ?

Mr B : Oui beaucoup quand même. Ben je me concentre plus sur moi, sur les projets, les choses que j'ai envie de faire et tout. Je vois plus les projets de ma même façon quoi et j'attends de passer devant le juge aussi pour ça. Je pense que ça sera plus facile après.

M : d'accord et comment vous ne voyez plus les projets de la même façon ?

Mr B : ben je ne sais pas c'est dur à dire, mais j'ai plus envie de profiter peut-être, mais bon j'attends aussi le procès quoi

M : d'accord et du coup si vous faites le point sur les grands événements de votre vie, est-ce que vous arrivez à trouver un lien ?

Mr B : non pas vraiment, ben je regarde vers l'avant et je me concentre plus sur le passé, je me concentre sur l'avant quoi. J'essaie de pas trop penser à avant même si des fois on est obligé de comparer quoi.

M : oui d'accord, et est-ce que vous avez l'impression que vos proches vous perçoivent différemment ? Ou que vos relations ont changé ?

Mr B : Ben pas vraiment. Après l'accident ça les bouleversé c'est sûr c'est normal, mais ils m'ont toujours soutenus et avec moi quoi.

M : d'accord du coup là je vais vous demander comment vos activités se déroulent au quotidien depuis l'accident

Mr B : ben déjà c'est répétitif c'est rythmé un peu par les séances de kiné et c'est la routine quoi j'ai kiné 3 fois par semaine

M : d'accord après est ce qu'il y a des activités pour lesquelles il n'y a pas eu de changement ?

Mr B : Ben un peu toutes, je pense, c'est dur de dire, je sors, mais je sortais plus avant quoi donc c'est pas pareil même pour ça

M : ok, d'accord et est-ce que vous vous trouvez plus ou moi efficace dans vos activités au quotidien ?

Mr B : Ben quand même je suis plutôt moins efficace pour tout m'habiller, me déplacer et tout parce qu'avant j'avais pas les cannes et c'est logique que je sois moins efficace quand même.

M : d'accord pour vous, vous êtes globalement moi efficace dans vos activités

Mr B : Ben les activités où je bouge pas trop elles ça va. Mais oui sinon le changement, ça a été partout quoi même dans les efforts assez petits des fois pour se lever ou quoi.

M : d'accord alors je voulais vous demander comment aujourd'hui vous percevez vos capacités ?

Mr B : Ben comparé à avant moins actif et tout. Ben après j'ai bien évolué depuis l'accident, mais j'ai toujours de cannes depuis, je suis content, mais c'est pas pareil qu'avant quoi. Et c'est dans tout que c'est plus difficile et que j'ai plus de mal.

M : d'accord je voulais demander ensuite quel était vos centres d'intérêt et les activités qui vous procurer du plaisir ?

Mr B : Ben déjà le foot, être au bord la plage, la pêche aussi que je faisais régulièrement voilà

M : d'accord du coup est-ce qu'il y a eu des changements dans ces activités ?

Mr B : ben oui, mais je peux plus les faire quoi surtout le foot

M : d'accord est ce que du coup vous avez découvert ou investi d'autres activités pour le plaisir.

Mr B : non non, je fais plus celles-là je fais rien je suis chez moi. Je sors pas beaucoup je suis plutôt chez moi.

M : d'accord et quelles sont les activités et choses qui vous donnent du plaisir et vous permettent d'aller de l'avant ?

Mr B : Ben je sais pas c'est pas vraiment des activités, mais recevoir des amis, être avec ma sœur, ma fille et ma copine et ma famille et voilà quoi.

M : d'accord c'est surtout être avec vos proches, il n'y a pas d'activité particulière du coup ?

Mr B : oui voilà, être avec des gens, de la famille et discuter tranquillement quoi

M : d'accord ensuite je voulais vous demander comment s'organisent vos journées du coup en gros ? Vous me parliez que c'était rythmé voir un peu routinier

Mr B : Ben les séances de kiné surtout, si j'ai un rendez-vous chez le docteur ou à l'hôpital et puis voilà pas grand-chose et rien de spécial quoi je regarde la télé ou j'écoute de la musique

M : d'accord et une journée normale ça ressemble à quoi du coup ?

Mr B : ben je me lève, je mets un peu plus de temps après je fais rien de spécial quoi sauf si j'ai kiné et après il y a des gens qui viennent me voir.

M : d'accord bon, alors ensuite qu'est-ce qui dans votre quotidien pour vos activités est aidant et qu'est-ce qui ne l'est pas ? Déjà au niveau du matériel et dans aide technique que vous avez.

Mr B : Ben je dirai déjà mes cannes beaucoup et les releveurs ça m'aide beaucoup voilà.

M : D'accord après vous avez eu l'expertise avec Mme D. qu'est-ce que vous avez testée ensemble ?

Mr B : ben la chaise par exemple pour faire à manger on a regardé si je pouvais aller chercher le pain aussi et mon tabac. Mais aussi comment la maison était aménagée par exemple s'il y avait des trucs à changer et comment je me relever et voilà c'est tout.

M : alors par rapport à votre aménagement qu'est-ce qui a pu vous être conseillé pour vous faciliter le quotidien ?

Mr B : Ben elle a filmé et tout pour regarder comment je me débrouille, elle m'a conseillé certains trucs, comme si je vois que j'avais des difficultés pour faire le ménage et trouver une femme de ménage pour nettoyer la maison, me trouver une femme de ménage et des trucs comme ça. Quand je me déplace que je peux utiliser des bons de transport et tout ça.

M : d'accord après qu'est-ce qui dans l'architecture et l'aménagement peut rendre les choses faciles et qu'est-ce qui complique ?

Mr B : Ben je vois pas vraiment

M : ben par exemple est-ce que c'est tout de pleins pieds, est-ce qu'il y a beaucoup de marche ?

Mr B : Non j'ai pas d'étage pas trop de marche à monter donc ça, ça va quoi, mais quand j'utilisais tous les jours la chaise c'était vraiment difficile, mais on s'est adapté quoi.

M : comment vous vous êtes adapté ?

Mr B : ben déjà je marche avec des béquilles donc c'est plus facile et on a fait un peu de place et voilà quoi

M : D'accord ensuite j'aimerais savoir qui sont les personnes vous aide et comment elles sont aidantes et s'il y a des personnes qui ne sont pas aidantes également ?

Mr B : Ben j'ai personne de particulier enfin j'ai pas de femme de ménage quoi. Je suis chez ma mère avec ma femme, mon petit frère et tout. Ils m'aident des fois. Après vu que je suis toujours en attente pour mon affaire c'est comme ça pour le moment, mais voilà ma famille m'aide si j'ai besoin que j'ai du mal à me lever ou quoi.

M : d'accord oui je comprends il y a des choses qui se mettent en place seulement après le jugement du coup ?

Mr B oui voilà tout à fait.

M ; d'accord alors après du coup sur une échelle de 0 à 10 comment vous situeriez votre qualité de vie aujourd'hui ?

Mr B : ben je sais pas trop je dirai 5

M : d'accord pourquoi 5 du coup

Mr B : ben parce que c'est la moyenne ça va quoi, mais c'est pas 10 non plus

M : d'accord alors dans votre situation actuelle avez-vous 2 points positifs ?

Mr B : ben on va dire je sais pas par rapport aux séances de kiné et tout, je vois que ça évolue et que c'est mieux et voilà quoi. Après je sais pas le deuxième je suis avec ma famille et c'est important.

M : d'accord après est-ce que vous avez 2 points négatifs ?

Mr B : ben c'est juste que le changement est radical, mais j'essaie de plus y réfléchir. Mais je me compare à avant quand même et ça me touche le moral.

M : d'accord alors j'avais une dernière question : si vous pouviez, vous parlez au moment de l'accident que vous diriez vous pour vous rassurer ?

Mr B : Ben je me dirai c'est grave, mais tout ira bien quoi. On m'avait dit que j'allais plus pouvoir marcher plus bouger mes jambes et voilà quoi, déjà ça c'est bien parce qu'aujourd'hui je me déplace avec des cannes.

M : d'accord bon je n'ai pas d'autres questions du coup, merci d'avoir répondu et d'avoir libéré de votre temps pour moi et après il y a des questions qui étaient peut-être un peu dures et où ce n'est pas forcément évident de répondre. Mais merci en tout cas.

Mr B : il n'y pas de soucis

M : bonne journée à vous

Mr B : au revoir

Annexe IX : retranscription de l'entretien avec la personne du groupe 3

M (moi-même) : oui bonjour je suis l'étudiant en ergothérapie Mr Pouzadoux

B :oui bonjour

M (Mme M ou la personne du groupe 3) : vous êtes toujours libre pour faire notre entretien tout de suite ?

B : oui pas de soucis c'est toujours bon

M : alors déjà merci de vouloir vous entretenir avec moi, et j'avais une question êtes vous d'accord pour que j'enregistre l'appel, car après il faudra que je me transcrive à l'ordinateur ?

B : Oui

M : d'accord après ne vous en fait pas je vais garantir votre anonymat donc je ne citerai pas votre nom ou quoi que ça soit qui puisse vous identifier.

B : d'accord ? Entendu

M : alors du coup je vais expliquer sur quoi je travaille, c'est globalement sur l'impact de la blessure médullaire sur la qualité de vie et donc je me suis entretenu avec des ergothérapeutes et puis je chercher des personnes qui vivent également les situations parce que je trouvais essentiel d'avoir des ressentis de personnes directement.

B : oui oui

M :alors du coup au niveau de la procédure vous en êtes où là exactement ?

B : alors c'est un accident qui m'est arrivé toute seule donc je ne me souviens pas exactement comment ça s'est passé, mais c'était avec ma voiture, elle a reculé et m'est passé dessus. D'après ce que j'en sais et ce qui m'a été dit, après il y avait personne donc c'est des suppositions.

M : d'accord et après avec l'assurance du coup vous en êtes où ?

B : ben là c'est réglé et en cours de règlement quoi

M : d'accord alors votre blessure vous savez le niveau de lésion et de quand date cet accident?

B : alors c'est une lésion qui très basse je sais pas exactement c'est L quelque chose, mais c'est très bas j'ai 2 plaques aussi. Et ça fait un plus d'un an désormais là que ça m'est arrivé après j'ai fait plusieurs mois de rééducation.

M : d'accord j'ai fait plusieurs questions avec des questions intermédiaires pour faciliter aussi cet entretien quand les questions sont difficiles.

B : d'accord

M : alors du coup la première question : pouvez me parler de votre situation avant l'accident ? Notamment au niveau professionnel, familial,

B : Ben déjà je travaillais et j'avais un travail proche de la retraite pour l'instant je suis toujours en arrêt maladie

M : D'accord ensuite au niveau familial ?

B : ben non enfin je voyais déjà mes enfants, mais je les vois peut être un peu plus parce qu'ils m'aident. Après je ne vois pas personne je suis plus entouré peut être que je l'étais avant.

M : d'accord après est ce que vous étiez dans une association, vous aviez des activités culturelles ou religieuses ?

B : non non je travaillais je partais très tôt le matin et je partais tard le soir donc j'avais pas d'activité en dehors. Sauf le samedi et dimanche où j'allais bien me promener, là je peux plus pour le moment. J'aimais bien faire le jardin, mais là je ne peux plus.

M : d'accord alors on arrive à la question suivante : comment cette situation a-t-elle été impactée par l'accident.

B : ben j'ai dû laisser la maison où j'étais, il y avait trop d'escaliers là c'est plus adapté, mais les travaux sont en train de se faire, je travaille plus pour le moment et voilà

M : d'accord alors qu'est-ce qui a changé chez vous depuis l'accident déjà au niveau moteur et fonctionnel ?

B : ben je suis en fauteuil tout le temps, je tiens bien assis, je me sers très bien de mes bras pas de soucis pour ça donc je me débrouille toute seule. Je peux me promener, faire la cuisine, faire mes courses , aller au ciné avec mes enfants et tout ça, mais le ménage par exemple je peux pas faire.

M : d'accord très bien après est ce qu'il y a des différences dans l'image qui vous avez de vous-même ?

B : ah oui ben c'est sûr, je suis pas du tout comme j'imaginai pour ma retraite et tout ça et se voir comme ça on peut plus rien faire on se sent très souvent inutile ou bonne à rien en disant j'aurai toujours besoin de quelqu'un. Se retrouver dépendante c'est dur.

M : d'accord oui j'imagine, et est-ce que vous avez l'impression de voir les choses de la même manière aujourd'hui , ou d'avoir une façon de penser différente?

B : ben non parce que déjà j'imaginai pas les personnes handicapées, on s'imagine pas, mais c'est pas simplement le fauteuil, on peut dire elle est en fauteuil c'est pas si terrible que ça, mais si forcément je vois les choses différemment.

M : d'accord ensuite si vous faites le point sur les grands événements de votre vie est ce que vous trouvez du lien entre tous ? et si oui en quoi du coup ?

B : ben c'est pas facile je me pose toujours la question pourquoi moi, alors non pas vraiment. On se pose toujours la question pourquoi moi et quand vous vous réveillé et que vous êtes comme ça, c'est dur. Oui j'y croyais pas trop de suite, je pensais non ça va revenir je pensais faire 15 jours en centre et puis sortir et que tout irait mieux, mais c'est pas du tout ça.

M : d'accord et est-ce que vous pensez que vos proches peuvent vous percevoir différents aujourd'hui ?

B : je pense qu'ils perçoivent différemment, mais me le font pas trop ressentir. Moi mes enfants me le font pas trop voir, oui je suis en fauteuil, mais ils me laissent me débrouiller ils sont pas là je fais faire ça, ça et ça. Ils sont très présents très attentif, mais ils me laissent quand même faire. Ils veulent pas non plus que je sois vraiment dépendante.

M :oui ils vous laissent de l'espace en faite ?

B : oui oui voilà même s'ils sont très très présent, tout ce que je peux faire seule ils me laissent faire, ils m'empêchent pas de faire des choses qui me ferait sentir rabaissée.

M : d'accord donc ils sont plus présents, mais votre relation doit rester le plus possible normale par rapport à avant.

B : oui que j'essaie d'être le plus possible comme avant même si ce n'est pas facile, de sortir, d'aller au cinéma, mais voilà.

M : D'accord alors la prochaine question elle touche à vos activités. Alors comment se déroulent vos activités au quotidien depuis l'accident ? Donc par exemple pour commencer quelles sont les activités pour lesquelles il n'y a pas eu de changement ?

B : Ben déjà je n'ai pas tellement d'activité en ce moment parce que les travaux ne sont pas finis donc je ne peux pas sortir de la maison en fin de semaine je vais avoir un ascenseur donc déjà ça changera. Et je vais avoir un fauteuil électrique pour me déplacer seule à l'extérieur. J'aimais bien cuisiner, mais ce n'est pas non plus encore aménagé. Mais voilà du coup tout a un peu changé quoi.

M : d'accord après du coup est-ce que vous vous trouvez plus ou moins efficace dans certaines activités ?

B : ah ben moins efficace pour tout, j'aimerais bien faire ça, ah ben non je ne peux pas, je n'ai pas le temps, ça va être dur. Et encore je fais des choses que je ferai pas parce que ça me donne mal au dos, mais je suis moins efficace pour tout.

M : d'accord comment vous percevez vos capacités du coup ? Déjà par rapport à avant et peut être aussi par rapport à depuis l'accident où vous ne pensiez peut être pas faire certaines choses ?

B : ah ben depuis l'accident oui je me débrouille, j'ai fait quand même 7 mois de rééducation donc c'est vrai que par rapport au début je peux tout faire, déjà je ne pouvais pas me pencher en avant parce que je tombais, je n'arrivais plus à tenir en me penchant j'avais l'impression qu'on m'avait coupé tous les muscles. Donc j'ai appris et les transferts aussi que je fais bien maintenant et on me le dit que je me débrouille toute seule. Je peux rester toute seule, il y a juste pour sortir où j'ai besoin d'aide temps qu'il n'y a pas l'ascenseur. Donc c'est déjà ça.

M : d'accord ensuite quel étaient vos centres d'intérêts et activités qui vous procurent du plaisir et est ce qu'elles ont changé ?

B : ben mes centres d'intérêt c'était la cuisine donc là j'attends d'avoir fini les travaux pour en refaire, j'aimais beaucoup lire, mais j'avais pas le temps donc là je lis beaucoup par contre je regarde pas la télé qui ne m'intéresse absolument plus pour l'instant ça fait très longtemps que je ne l'ai pas allumé, j'aime beaucoup faire les mots fléchés donc j'en fais aussi.

M : d'accord alors est-ce que depuis l'accident vous avez découvert ou mis en place de nouvelles activités que vous ne faisiez pas avant ?

B : non lire je le faisais beaucoup moins avant j'avais pas le temps, écouter de la musique j'en écoutais beaucoup avant, mais je me suis toujours pas remis à écouter de la musique pour le moment pas de musique, pas de radio, pas de télé.

M : d'accord du coup vous avez pas forcément mis en place de nouvelles activités, mais surtout repris des activités que vous faisiez avant et où vous manquiez de temps pour les faire ?

B : oui voilà, pas pour l'instant de nouvelles choses

M : d'accord ensuite pour vous quelles sont les activités qui vous ont permis d'aller de l'avant ?

B : ben c'est pas trop mes activités, c'est mes enfants, quoi peu importe ce qu'on fait. Parce que c'est vrai au début je me demandais pourquoi, est ce que j'aurai pas mieux fait d'y rester que d'être comme ça dans un fauteuil et d'être clouée, mais j'ai mes enfants et tout, donc c'est vrai que c'est plutôt ça.

M : d'accord alors je voulais demander comment s'organisent un peu vos journées, à quoi ressemble une journée type pour vous ?

B : Ben ce qui me prend le plus de temps c'est le levé et le coucher par qu'il me faut une heure pour me lever, me préparer, me laver et tout c'est beaucoup plus long. Donc déjà j'ai mal au dos faut que je m'assoie au lit ensuite faire le transfert, après déjeuner, après la douche après c'est très long le matin. Il faut longtemps aussi pour se coucher le soir.

M : d'accord et après le reste de la journée du coup qu'est ce que vous faites habituellement ?

B : je suis en arrêt donc je lis beaucoup surtout et puis j'ai beaucoup de visite d'amis et de la famille voilà quoi.

M : d'accord alors ensuite je voulais vous demander qu'est-ce qui au quotidien pour vos activités est aidant ou qui ne l'est pas ?

B : A quel niveau ?

M : ben déjà au niveau du matériel et des aides techniques alors

B : ben j'ai un lit médicalisé parce que je dois faire mon transfert et j'ai un matelas à l'air parce que j'avais un problème de peau, je rougissais tout de suite au centre à chaque fois qu'on a essayé autre chose donc on a dit c'est pas la peine, ça, c'est indispensable Je fais avoir un fauteuil électrique pour aller dehors aussi toute seule, mais c'est trop encombrant pour l'intérieur donc mon fauteuil que j'ai me va très bien pour l'intérieur. J'ai une planche de transfert aussi, mais pour le moment je ne m'en sers pas j'en aurai peut-être besoin pour le fauteuil électrique parce que là je n'ai qu'un prêt et l'on me met dessus, mais après je le ferai seule peut être avec la planche. Mais je sais aussi que physiquement aussi ça n'ira pas en s'améliorant, j'aurai sans doute besoin d'aide et ça en fera partie. J'ai aussi une pince pour ramasser par terre, je le fais des fois en me penchant je ne devrais pas trop le faire, mais bon et j'attrape les choses en hauteur aussi avec. Comme pour le frigo ça me sert aussi. J'ai une salle de bain adaptée c'est indispensable comme la cuisine parce qu'autrement je peux pas être devant quoi, j'ai une terrasse aussi et puis on a mis un tremplin pour que je puisse profiter de l'extérieur aussi parce qu'on est dans un village et une région qui n'est pas plate donc il faut que le jardin soit plus d'aplomb.

B : d'accord alors après on a parlé de famille qui vous soutiens, mais ça peut être d'autres personnes comme vos amis ou des inconnus est ce que les autres du coup sont aidants et est-ce que ça arrive qu'il ne le soit pas ?

O : oui après je suis pas sortie seule en ville, mais je ne pourrai pas là encore j'ai pas de voiture et ça me tente pas pour le moment. Donc mes enfants oui ils sont aidants pour tout ce dont j'ai besoin. Les autres personnes je sais pas trop, j'ai plein d'amis qui viennent pour tondre la pelouse et tout ça, j'ai ma voisine qui vient me voir et me monte le journal tous les jours. Parce qu'aussi j'ai pas d'aide pour le ménage tout ça j'y ai pas droit alors j'en aurai besoin. Mais je vois quand on va à Dijon et qu'on va dans les magasins et il y a des magasins qui sont pas vraiment adaptés il y a toujours quelqu'un qui vient aider. Donc les gens sont plutôt bien avec moi.

M : d'accord et du coup ça vous arrive de faire demi-tour à cause d'adaptation non faite en ville par exemple ?

B : ben oui ils sont en cours d'adaptation, mais il y a beaucoup de choses non adaptées dans les centres commerciaux ça va, mais en centre-ville oui je suis bloquée devant.

M : d'accord, alors ensuite j'avais une question pas facile sur une échelle de 0 à 10 comment vous qualifiez votre qualité de vie ?

B : ben déjà au centre le docteur me proposer des questions comme ça je vais pas vous dire, j'ai plus de personnes qui viennent me voir, avant aussi je travaillais donc c'est plus facile aujourd'hui je vois plus mes enfants, mais ma vie n'est pas mieux et loin de là. Je vois plus mes enfants et tout, mais ça ne remplace pas mes jambes donc je n'ai aucune idée. Je peux pas vous dire que c'est bien et je peux dire 0 parce que c'est pas 0, mais par rapport à mon autre vie c'est 0 oui parce que j'ai plus mes jambes, mais tant qu'on y est pas en fauteuil on se rend pas compte. Des gens se plaignent de douleurs à la jambe, mais je préférerais avoir mal et marcher moi. Plutôt des rhumatismes que ça, mais je vais vous dire 5 mais si c'est dur de représenter.

M : d'accord oui je comprends oui que ce n'est pas évident de coter comme ça, alors pour résumer un peu votre situation est-ce que vous pourriez me donner 2 points positifs ou plus si ça vous vient.

B : alors points positifs, points positifs ben je vous dis de me sentir plus proche de mes enfants plus se disputer et en profiter le maximum quand ils sont là et plus se prendre la tête quand ils sont là et voir plus de monde oui.

M : d'accord alors et 2 points négatifs majeurs alors aujourd'hui ?

B : point négatif ben les jambes, je pourrai aller là ou là. Et je suis obligé d'appeler quelqu'un du coup, ça s'est un point négatif aussi et je dois faire attention à pas me cogner, faire attention que je n'ai pas d'escarre ou que je ne saigne pas et c'est une impression très bizarre.

M : Alors ma dernière question c'est : si jamais vous pourriez vous parler au moment de l'accident qu'est ce que vous vous diriez pour vous rassurer ?

B : ben je ne sais pas, j'ai eu un temps d'intégration déjà et puis comment je ne sais pas, j'ai sûrement fait une bêtise. J'ai pas grand-chose qui aurait pu me rassurer, me dire que je suis encore là oui, mais j'ai plus mes jambes et il y a des fois je me dis j'aurai mieux fait d'y rester. J'ai mon accident sans m'en rendre compte et je me serai même pas rendu compte que je partais. Après j'ai des moments comme ça. Mais après j'ai mes enfants et voilà ça s'est important et je peux encore passer de bons moments avec eux et profiter et voilà.

M : d'accord bon merci du coup pour cet échange, c'était très enrichissant pour moi et comme je vous l'ai dit je voulais l'avis de personne en situation en plus de celui des ergothérapeutes alors merci. Je vous souhaite que tout soit le plus vite et le plus efficacement en place dans vos aménagements.

B : oui je comprends ben écouter tant mieux si je vous aider. Et merci à vous, bonne réussite dans vos études.

M : merci au revoir et bonne journée

B : vous aussi au revoir.

Annexe X : Tableau analyse longitudinale des entretiens

Question 1	Comment voyez-vous évoluer les usagers que vous expertisez au fur et à mesure de votre intervention?
Ergothérapeute 1	« Impact sur le travail et sur tous les rôles », « sur les rôles dans la famille, des conséquences sur la vie sociale avec des amies », « activités de base, toilette, habillage, tout ce qui est activité professionnelle, tout ce qui est activité sociale et de loisirs et tout ce qui est activité familiale », « soit il y a des glissements de rôles dans la famille », « mais c'est en restriction ou en nouveauté, ou en changement ou en glissement. »
Question 2	Comment percevez-vous l'avant et l'après accident pour ces personnes ?
Ergothérapeute 1	<p>Au niveau fonctionnel : « Pour le côté fonctionnel, il y a forcément des changements »</p> <p>Au niveau de l'image de soi « la représentation de soi de l'image corporelle et tout, alors c'est joker, parce que c'est vraiment individuel », « tout dépend de la personnalité », « de la personne, de sa situation d'avant enfin c'est vraiment individuel », « le coté fauteuil roulant », « c'est l'élément qui est nouveau et fondamental c'est l'apparition d'un fauteuil roulant dans la vie des personnes » « l'impact de l'environnement », « l'intégration du fauteuil roulant dans les habitudes de vie », « mon identité personnelle, elle bouge tout le temps », « bouge particulièrement », « un passage de vie avec une croisée des chemins », « des chemins alors s'ouvrent, des chemins qu'ils n'avaient pas prévu et il faut faire des choix, prendre des décisions, c'est un passage important dans une vie », « le moment de l'expertise en ergothérapie qui fait bouger », « le coté judiciaire, mais qui peut durer », « personne vit toute la pression judiciaire, le fait d'attendre »,</p> <p>« une enveloppe avec une rente ou un capital et où elle va pouvoir reconstruire avec », « la période de la procédure judiciaire est une période où les gens sont limités dans le temps », « ils n'ont pas les éléments de leur avenir, ils sont suspendus à des décisions, ils sont en attente », « une période qui suspend et où il y a des attentes anxieuses »</p> <p>Au niveau des relationsaux autres « tout dépend de l'entourage de la personne », « cette période elle est longue et il se passe des événements dans la vie de la personne », « Il y a effectivement une pression dans la vie de la personne qui est suspendue aux décisions », « ça fait peser un poids supplémentaire », « il y a plus de pression, une irritabilité des gens, des tensions supplémentaires », « il y a plus de pression, une irritabilité des gens, des tensions supplémentaires », « une amplitude qui est plus grande sur les relations sociales », « dans un sens ou dans l'autre », « des familles peuvent se resserrer et d'autres se distendre ».</p>
Question 3	D'après votre expérience en tant qu'expert quelles sont les modifications dans les occupations des personnes blessées médullaires ?

Ergothérapeute 1	<p>Efficacité et perception des capacités : « soit il y a une restriction de certaines activités »</p> <p>Changement des centres d'intérêt : « soit il y a un changement d'activité », « des variations », « c'est plus les mêmes activités ou elles ne se font plus pareilles », « Les centres d'intérêt doivent se modifier des fois pour se réinvestir ailleurs », « tout dépend des personnes », « avec des choses nouvelles qui peuvent se mettre en place, mais ça ne sera pas forcément par choix, enfin pour les loisirs si c'est un choix », « vraiment personnel, pour des personnes ça sera se remaquiller tout seul, pour d'autres ça être pouvoir vivre chez eux, faire les marchés », « c'est vraiment en fonction de la personne et ces valeurs »</p>
------------------	--

Question 4	<p>D'après les retours que vous pouvez avoir sur vos interventions (réouverture de dossier sur dégradation, ...) qu'est ce qui dans leur environnement est contraignant ou facilitateur ?</p>
Ergothérapeute 1	<p>Sur l'aménagement : « accessibilité déjà », « leur lieu de vie », « un des points essentiels de l'intervention », « l'accessibilité aux activités qui leur sont importantes pour leur qualité de vie pour qui accède à ces activités », « tout dépend des secteurs dans lequel évolue la personne », « le climat », « la topologie, les dispositifs, le climat, et après les accès des bâtiments »</p> <p>Sur les aides techniques : « les aides proposés facilitent la vie quotidienne », « le problème c'est des savoirs si l'avocat a pu provisionner la personne ou pas », « la personne a du matériel remboursé par la mdph, du matériel de base », « Le problème c'est qu'il y a des assurances qui jouent la guerre de l'usure », « les avocats non spéciales, l'assurance, car en fonction de quel est l'assurance ça peut varier et puis après les personnes et comment elle gère leur dossier »</p> <p>L'environnement sociale : « Ben je dis oui, après ça dépend vraiment des personnes pour savoir qui impactent, ça dépend de l'avocat, de chaque personne autour de la personne, de ses activités aussi. Chacun peut impacter la situation dans un sens ou l'autre. »</p>

Question 5	<p>En quoi l'ergothérapeute expert en réparation du dommage corporel permet 'il de répondre ou non au remaniement identitaire de la personne blessée médullaire avec un projet de vie construit suivant la logique de réparation intégrale ?</p>
------------	--

Ergothérapeute 1	« réparation intégrale est la règle du jeu qui sert de repère à la justice », « elle est faussée, on ne verra pas après si la personne elle est revenue, il n'y a pas de vérification de ce que la personne peut faire », « une espèce de jeu pour avoir le plus d'argent », « plus elle aura d'argent, plus elle aura de potentiel et elle pourra faire de chose dans sa vie, plus elle se sentira réparée », « identitaire tout dépend de comment on fait l'expertise », « seulement un impact administratif et financier », « je fais à la foi une réparation et j'essaie à la fois en sorte que mon intervention soit thérapeutique, mais ça s'est par rapport à des valeurs de la personne », « on le fait que si l'on veut, c'est propre à la personne, mais l'ergothérapeute a une énorme possibilité », « une écoute, une empathie, une compréhension de la réalité d'avant, de maintenant », « L'assurance demande entre guillemets d'évaluer au minima la personne, alors qu'en conseil de victime on essaye d'avoir le maximum pour la personne », « fait une bonne expertise ça peut être en effet thérapeutique comme une mauvaise peut être destructrice », « un moment très important où il y a des enjeux importants pour la personne », « la durée et le fait d'être suspendu par des décisions qui dépendent d'autrui ça va avoir un impact sur la possibilité de mettre en œuvre des projets de changement », « Est-ce que l'ergothérapeute se donne ce cadre thérapeutique là ou pas ? », « Plus on aura d'argent plus il y a aura de possibilités », « plus on aura créé et investi un espace thérapeutique au moment de l'expertise plus on aura favorisé et faciliter les possibilités de changements identitaires »
------------------	---

Question 1	Comment voyez-vous évoluer les usagers que vous expertisez au fur et à mesure de votre intervention?
Ergothérapeute 2	« au final le jeune est resté 5/6 ans dans son salon », « Ça paraît extrêmement long », « s'enfoncé », ne travaille plus », qui est seule », « beaucoup de complications », « peu d'autonomie à la sortie », « un impact sur les familles forcément », « Le rôle de parent ne semblait pas perturber particulièrement », « ils se sont facilement projetés sur le futur », « ont des enfants après la paraplégie et qui assume très bien la parentalité », « des projets qui se construisent sur des années », « Le mari s'en va, ne supporte pas forcément le handicap et aussi ce qu'il y a autour »

Question 2	Comment percevez-vous l'avant et l'après accident pour ces personnes ?
Ergothérapeute 2	<p>Au niveau fonction, de l'image soi, de la cognition : « avant je ne les connais », « par rapport aux dires soit de la personne soit de l'entourage », « c'est au niveau cognitif c'est tous les traumatismes crâniens qui sont parfois associés », « un petit trauma crânien qui peut passer inaperçu », « des choses parfois qui ressortent au fil du temps avec des comportements différents », « au niveau de l'image de soi c'est sûr parfois on parle déjà pas mal des aspects techniques », « de l'image de soi on peut le ressentir que la personne est mal dans son corps », « au niveau fonctionnel, c'est vraiment l'objectif du bilan, on passe en revue toutes les activités de vie quotidienne », « Ce qui peut être étonnant c'est la diversité des résultats fonctionnels », « après on touche aussi à la participation, la motivation que finalement c'est lié à l'image de soi au psychisme », « une forme de dépendance marquée et d'autres au contraire qui seront vraiment des battants et qu'il faudra presque arrêter »</p> <p>Au niveau de l'identité : « c'est compliqué, car ça peut durer très longtemps », « des personnes à fond dans le côté victime alors ce n'est pas forcément aidant dans la réadaptation et dans le fait de refaire des choses », « le fait d'être indemnisé est sûrement très important pour eux », « ça dépend beaucoup de chaque situation et de chaque personne », « des gens qui en veulent à l'auteur de l'accident, d'autres pas »,</p>

	<p>«ça semble les perturber plus à ce niveau-là», «c'est restructif», « phase indemnitaire est compliquée et même parfois assez violente avec le jeu des parties », « toujours bloqué », « la situation stagne », « une provision relativement faible », « ça bloque »</p> <p>Au niveau des relations aux autres : « oui, c'est assez évident », « du tétraplégique qui dit à sa petite amie : je te rends ta liberté », « il y a des amis qui continuent à venir », « ce n'est pas ceux qu'il s'attendait à voir rester qui reste », « niveau familial il peut y avoir d'énormes changements parce qu'ils peuvent être transformés dans leurs rôles en rôle d'aidant », « même s'il y a des provisions les gens ont du mal à les utiliser », « la fille peut faire tierce personne et être rémunéré par la PCH », « . le rôle a forcément changé et la maman ne veut pas non plus être dépendante de sa fille pour certaines choses », « c'est vraiment évident qu'avant et après c'est forcément différent »</p>
--	--

Question 3	D'après votre expérience en tant qu'expert quelles sont les modifications dans les occupations des personnes blessées médullaires ?
Ergothérapeute 2	<p>Au niveau de l'efficacité : « un jeune très dynamique et qui peut être très autonome pour plein de choses », « parfois ça peut être assez surprenant », « plus dans le détail des choses, forcément il y a des choses où il ne va pas à la même vitesse, forcément qu'il est fatigué et fatigable », « des complications à prévenir comme l'épaule, la vessie »</p> <p>Au niveau de la perception des capacités : « des personnes prennent des risques comme lorsque des transferts », « qu'il y a des incapacités qui restent et dont la personne fait l'expérience », « même avec des réparations on ne revient jamais à quelque chose d'identique », « dans le quotidien il y a des choses déjà qui ne sont plus possible même si on essaye de trouver des astuces », « il pourra aider, mais ne pourra le faire seule », « des choses qui partent en tierce personne », « forcément qu'il faut l'aider à côté quoi »</p> <p>Centres d'intérêt : « déjà il y a des choses qui leur faisaient plaisir et qu'ils ne peuvent plus faire », « il faut faire une croix sur certaines choses », « difficulté est justement de retrouver d'autres plaisir et d'autres activités », « que ça peut se faire partout et qui peut les aider à ça », « qu'au niveau du centre c'est discuté », « tout le monde les incite plus ou moins à cela », « les ergo que ça soit en centre on les incite », « des moments pour le faire », « au centre aussi il peut y avoir des activités en place », « au fauteuil tout terrain de descente ou du ski », « des personnes demandent de fauteuil de sport, un fauteuil comme ceci, un comme cela, mais en fait on sait très bien qu'ils ne vont pas les utiliser ou très peu », « spasticité des douleurs, problèmes urinaires et qui s'orientent vers des sports avec des acouts, mais là on passe sur d'autres choses », « c'est parfois plus logique d'adhérer à une association », « qu'il se fasse accompagner pour essayer, prêter le matériel pour voir les capacités et l'aspiration pour l'activité », « le problème d'épaule c'est plus dur ».</p> <p>Activités permettant d'aller de l'avant : « c'est vraiment en fonction de chacun, de la motivation et de l'intérêt pour l'activité, je suis convaincu qu'à partir du moment où on arrive à se faire plaisir c'est le premier point », « en fonction de l'autonomie », « quasiment équivalente aux autres personnes, ça doit être jouissif », « je pense pas qu'il y ai de recette », « il ya des gens pour le travail c'est prioritaire, d'autres c'est la vie de famille c'est la même chose »</p>

Question 4	D'après les retours que vous pouvez avoir sur vos interventions (réouverture de dossier sur dégradation, ...) qu'est ce qui dans leur environnement est contraignant ou facilitateur ?
Ergothérapeute 2	<p>« un petit peu tout qui aide les personnes »</p> <p>L'aménagement et les aides techniques « un ascenseur pour accéder à la chambre, une salle de bain adaptée ils ont fait cuisine adaptée », « déjà au niveau aide technique et aménagements du logement », « ça empêche pas qu'elle a besoin de quelqu'un », « quelqu'un il y a encore des obstacles par exemple devant chez elle il y a un plan inclinée à 15 % », « aspect environnemental et l'aspect psychologique parce que la douleur, parce que ceci, les gens vont s'enfermer et peuvent s'assommer de médicaments », « oui c'est ce qu'on essaye de faire », « des fois ça va même trop loin », « l'on sait que ça ne sera pas utilisé », « bien évident que c'est facilitateur, mais il ne faut pas croire que ça soit tout », « ça donne plus d'indépendance, ça limite les contraintes et ça peut aussi les limiter pour l'entourage »,</p> <p>L'environnement social : « est bien entourée par ses enfants et a une tierce personne tous les jours », « l'entourage est aidant, mais stimulant ou s'il est jugeant, la personne peut être limitée »</p> <p>La procédure juridique : « certains vivent très mal les expertises », « dit ce n'est pas possible d'attendre si longtemps », « c'est parfois un bien pour un mal », « il y a un temps de maturation qui est important, il ne faut pas 5 ou 10 ans », « des cas très exceptionnels... tout de suite il a su qu'il était paraplégique et que c'était définitif, ça a rapidement été intégré »</p>

Question 5	En quoi l'ergothérapeute expert en réparation du dommage corporel permet 'il de répondre ou non au remaniement identitaire de la personne blessée médullaire avec un projet de vie construit suivant la logique de réparation intégrale ?
Ergothérapeute 2	<p>Sur la réparation intégrale : « ce n'est pas forcément la vérité », « ce n'est pas possible », « je me dis est-ce qu'il n'y a pas de décalage », « , ça ne sera pas comme elle faisait avant ce n'est pas possible, alors au plus près de comment elle faisait avant oui », « mais ce n'est pas sûr qu'elle est envie », « si elle a envie c'est intéressant de lui donner les moyens de pouvoir le faire donc ça veut dire quoi : du matériel et une tierce personne », « le projet de vie forcément évolue, quelqu'un qui a été blessé qui doit se reconstruire et qui doit le faire en étant quelqu'un d'autre ne va pas avoir les mêmes envies », « ça me gêne cette notion de dire qu'il faut qu'il fasse ce qu'il faisait avant et puis en plus c'est une projection peut être », « On n'en sait rien est-ce que c'est son choix ? », « est ce que médicalement elle peut ça me paraît être important », « le temps n'est pas extensible non plus donc des choses qu'elle faisait avant elle ne les fera plus ou en tout cas pas à l'identique », « c'est la règle du jeu, c'est de remettre la personne à l'identique, parce qu'elle n'y est pour rien, on lui est rentré dedans et on est bien sensé la réparer ou la compenser pour retrouver une vie la plus correcte et la plus convenable possible », « c'est très personnel ce n'est pas une vérité », « les gens arrivent se dépasser à se débrouiller quand ils n'ont pas cette histoire de règle juridique », « je me demande parfois si ça ne peut pas les freiner au moins le temps de la procédure », « derrière il y aura les moyens de faire plus de choses », « après le temps de la procédure les gens qui vont de l'avant et qui ont des provisions qui font des travaux », « s'ils sont bien conseillés par les avocats pour dire l'argent sert à ça », « . Les gens ont peur et se disent on a eu 50 000 euros on les met de côté à la limite on met 5000 pour le</p>

	fauteuil »
--	------------

Question 1	Pouvez-vous me parler de votre situation/ de vous avant l'accident ?
Personne blessée médullaire du groupe 2	<p>Situation professionnelle : « ben je pouvais travailler », « j'étais dans l'agriculture », « par rapport à l'accident ben je peux plus travailler », « je ne peux plus travailler »,</p> <p>Situation familiale : « non pas vraiment », « j'ai une fille et une copine », « je vis chez ma mère avec ma copine et mon frère »,</p> <p>Loisirs : « : je faisais du foot et de l'athlétisme et maintenant je fais plus ni l'un ni l'autre »,</p>

Question 2	Qu'est ce qui a changé chez vous depuis l'accident ?
Personne blessée médullaire du groupe 2	<p>« je marche des cannes maintenant voilà et je me déplace avec »</p> <p>Image de soi : « j'étais plus physique sur tout ce que je pouvais faire et maintenant je me vois comme un peu réduit quoi »</p> <p>Cognition/ façon de penser : « je me concentre plus sur moi, sur les projets, les choses que j'ai envie de faire et tout », « Je vois plus les projets de ma même façon quoi », « j'attends de passer devant le juge aussi pour ça », « Je pense que ça sera plus facile après », « j'ai plus envie de profiter peut être, mais bon j'attends aussi le procès »</p> <p>Lien entre les évènements de sa vie : « non pas vraiment », « je regarde vers l'avant et je me concentre plus sur le passé », « je me concentre sur l'avant », « j'essaie de pas trop penser à avant même si des fois on est obligé de comparer »</p> <p>Changement dans les relations avec les autres : « pas vraiment », « ça les bouleversé c'est sûr c'est normal, mais ils m'ont toujours soutenus et avec moi »</p>

Question 3	Comment se déroulent vos activités au quotidien depuis l'accident ?
Personne blessée médullaire du groupe 2	<p>« c'est répétitif c'est rythmé un peu par les séances de kiné et c'est la routine », Les activités qui ont changé : « un peu toutes », « ben je sors, mais je sortais plus avant quoi donc c'est pas pareil même pour ça »</p> <p>Efficacité dans les activités et perception de ses capacités : « je suis plutôt moins efficace pour tout m'habiller, me déplacer et tout », « avant j'avais pas les cannes et c'est logique que je sois moins efficace », « les activités où je bouge pas trop elles ça va », « le changement ça a été partout quoi même dans les efforts assez petits des fois pour se lever », « Ben comparé à avant moins actif », « après j'ai bien évolué depuis l'accident, mais j'ai toujours de cannes », « je suis content, mais c'est pas pareil qu'avant quoi », « c'est dans tout que c'est plus difficile et que j'ai plus de mal »</p> <p>Centres d'intérêts : « déjà le foot, être au bord la plage, la pêche aussi », « mais je peux plus les faire quoi surtout le foot », « non je fais plus celles-là je fais rien je suis chez moi. Je sors pas beaucoup je suis plutôt chez moi », « c'est pas vraiment des activités, mais recevoir des amis, être avec ma sœur, ma fille et ma copine et ma »</p>

	<p>famille », « être avec des gens, de la famille et discuter tranquillement »</p> <p>Rythme actuelle des activités: « les séances de kiné surtout, si j'ai un rendez vous chez le docteur ou à l'hôpital », « voilà pas grand-chose et rien de spécial quoi je regarde la télé ou j'écoute de la musique », « je me lève, je mets un peu plus de temps après je fais rien de spéciale quoi sauf si j'ai kiné et après il y a des gens qui viennent me voir »</p>
--	---

Question 4	Qu'est ce qui pour vos activités au quotidien est aidant ou qu'est ce qui ne l'est pas ?
Personne blessée médullaire du groupe 2	<p>Matériel et aide technique : « mes cannes beaucoup et les releveurs ça m'aident beaucoup », « la chaise par exemple pour faire à manger », «</p> <p>Architecturale : « Non j'ai pas d'étage pas trop de marche à monter donc ça, ça va », « quand j'utilisais tous les jours la chaise c'était vraiment difficile, mais on s'est adapté », « je marche avec des béquilles donc c'est plus facile et on a fait un peu de place »</p> <p>Sociale : « j'ai personne de particulier », « j'ai pas de femme de ménage », « Je suis chez ma mère avec ma femme, mon petit frère et tout. Ils m'aident des fois », « je suis toujours en attente pour mon affaire c'est comme ça pour le moment, mais voilà ma famille m'aide si j'ai besoin que j'ai du mal à me lever ou quoi »</p>

Question 5, 6 et 7	<p>Sur échelle de 0 à 10 comment situeriez-vous votre qualité de vie?</p> <p>Pourriez me citer pour résumé votre situation actuelle : 2 points positifs, 2 points négatifs</p> <p>Si vous pouviez vous parlez à vous-même au moment de l'accident que vous direz vous pour vous rassurer ?</p>
Personne blessée médullaire du groupe 2	<p>Cotation sur une échelle de 0 à 10 de la qualité de vie : « je dirai 5 », « ben parce que c'est la moyenne ça va quoi, mais c'est pas 10 non plus »</p> <p>2 points positifs: « aux séances de kiné et tout, je vois que ça évolue et que c'est mieux », « je suis avec ma famille et c'est important »</p> <p>2 points négatifs : « le changement est radicale, mais j'essaie de plus y réfléchir », « je me compare à avant quand même et ça me touche le moral »</p> <p>Dernière question : « je me dirai c'est grave, mais tout ira bien », « c'est grave, mais tout ira bien », « déjà ça c'est bien parce qu'aujourd'hui je me déplace avec des cannes », «</p>

Question 1	Pouvez-vous me parler de votre situation/ de vous avant l'accident ?
Personne blessée médullaire du groupe 3	<p>Situation professionnelle : « je travaillais et j'avais un travail proche de la retraite pour l'instant je suis toujours en arrêt maladie »</p> <p>Entourage: « je voyais déjà mes enfants », « je les vois peut être un peu plus parce qu'ils m'aident », « Après je ne vois pas personne je suis plus entouré peut être que je l'étais avant »</p> <p>Association ou activité culturel : « non non », « je partais très tôt le matin et je</p>

	partais tard le soir donc j'avais pas d'activité en dehors », « Sauf le samedi et dimanche où j'allais bien me promener », « je peux plus pour le moment », « faire le jardin, mais là je ne peux plus »
--	--

Question 2	Qu'est ce qui a changé chez vous depuis l'accident ?
Personne blessée médullaire du groupe 3	<p>« ben j'ai dû laisser la maison où j'étais, il y avait trop d'escalier », « d'escalier là c'est plus adapté, mais les travaux sont en train de se faire »</p> <p>Au niveau fonctionnel : « je suis en fauteuil tout le temps, je tiens bien assis, je me sers très bien de mes bras », « peux me promener, faire la cuisine, faire mes courses , aller au ciné avec mes enfants et tout ça», «mais le ménage par exemple je peux pas faire »</p> <p>Image de soi : «je suis pas du tout comme j'imaginai pour ma retraite », «se voir comme ça on peut plus rien faire on se sent très souvent inutile ou bonne à rien », «j'aurai toujours besoin de quelqu'un », «Se retrouver dépendante c'est dur »</p> <p>Cognition : « non parce que déjà j'imaginai pas les personnes handicapées », «on s' imagine pas, mais c'est pas simplement le fauteuil », « si forcément je vois les choses différemment »</p> <p>Lien entre les événements de vie : « je me pose toujours la question pourquoi moi », « On se pose toujours la question pourquoi moi », « c'est dur »</p> <p>Changement dans les relations : «qu'ils perçoiventdifféremment mais me le font pas trop ressentir », « oui je suis en fauteuil, mais ils me laissent me débrouiller », « Ils sont très présent très attentif, mais ils me laissent quand même faire », « Ils veulent pas non plus que je sois vraiment dépendante », « s'ils sont très très présent », « ils m'empêchent pas de faire des choses qui me ferait sentir rabaissée », « j'essaie d'être le plus possible comme avant même si ce n'est pas facile »</p>

Question 3	Comment se déroulent vos activités au quotidien depuis l'accident ?
Personne blessée médullaire du groupe 3	<p>« je n'ai pas tellement d'activité en ce moment parce que le travaux ne sont pas fini », « je ne peux pas sortir de la maison en fin de semaine je vais avoir un ascenseur », « je vais avoir un fauteuil électrique pour me déplacer seule à l'extérieur », « du coup tout a un peu changé »</p> <p>Efficacité et perception des capacités : « ben moins efficace pour tout », « non je ne peux pas, je n'ai pas le temps, ça va être dur », «je fais des choses que je ferai pas parce que ça me donne mal au dos », « je suis moins efficace pour tout », « depuis l'accident oui je me débrouille », « par rapport au début je peux tout faire », « déjà je ne pouvais pas me pencher en avant parce que je tombais », « j'ai appris et les transferts aussi que je fais bien maintenant et on me le dit que je me débrouille toute seule », « je peux rester toute seule »</p> <p>Centres d'intérêt : « mes centres d'intérêts c'était la cuisine donc là j'attends d'avoir fini les travaux pour en refaire », « j'aimais beaucoup lire, mais j'avais pas le temps donc là je lis beaucoup », « , j'aime beaucoup faire les mots fléchés donc j'en fais aussi », « lire je le faisais beaucoup moins avant j'avais pas le temps », « pas pour l'instant de nouvelles choses »</p> <p>Les activités qui permettent d'aller de l'avant : « c'est pas trop mes activités, c'est</p>

	<p>mes enfants quoi peu importe ce qu'on fait », « au début je me demandais pourquoi, est ce que j'aurai pas mieux fait d'y rester que d'être comme », « mais j'ai mes enfants et tout, donc c'est vrai que c'est plutôt ça »</p> <p>Rythme des journées : « ce qui me prend le plus de temps c'est le levé et le coucher par qu'il me faut une heure », « me lever, me préparer, me laver et tout c'est beaucoup plus long », « après déjeuner, après la douche après c'est très long le matin », « Il faut longtemps aussi pour se coucher le soir », « je lis beaucoup surtout et puis j'ai beaucoup de visite d'amis et de la famille »</p>
--	---

Question 4	Qu'est ce qui pour vos activités au quotidien est aidant ou qu'est ce qui ne l'est pas ?
Personne blessée médullaire du groupe 3	<p>Matériel et aides techniques : « un lit médicalisé parce que je dois faire mon transfert », « un matelas à l'air parce que j'avais un problème de peau », « Je fais avoir un fauteuil électrique pour aller dehors aussi toute seule », « mon fauteuil que j'ai me vas très bien pour l'intérieur », « une planche de transfert aussi, mais pour le moment je ne m'en sers pas j'en aurai peut-être besoin pour le fauteuil électrique », « je sais aussi que physiquement aussi ça n'ira pas en s'améliorant », « aussi une pince pour ramasser par terre »</p> <p>Aménagement : « une salle de bain adaptée c'est indispensable comme la cuisine », « , j'ai une terrasse aussi et puis on a mis un tremplin pour que je puisse profiter de l'extérieur », « ascenseur », « des magasins qui sont pas vraiment adaptés », « a beaucoup de choses non adaptées dans les centres commerciaux ça va, mais en centre-ville oui je suis bloquée devant ».</p> <p>Social : « après je suis pas sortie seule en ville, mais je ne pourrai pas là encore », « mes enfants oui ils sont aidants pour tout ce dont j'ai besoin », « j'ai plein d'amis qui viennent pour tondre la pelouse et tout ça », « j'ai plein d'amis qui viennent pour tondre la pelouse et tout ça », « j'ai ma voisine qui vient me voir et me monte le journal tous les jours », « j'ai pas d'aide pour le ménage tout ça j'y ai pas droit alors je 'en aurai besoin », « il y a toujours quelqu'un qui vient aider », « Donc les gens sont plutôt bien avec moi »</p>

Questions 5, 6 et 7	<p>Sur échelle de 0 à 10 comment situeriez-vous votre qualité de vie?</p> <p>Pourriez me citer pour résumé votre situation actuelle : 2 points positifs, 2 points négatifs</p> <p>Si vous pouviez vous parlez à vous-même au moment de l'accident que vous direz vous pour vous rassurer ?</p>
Personne blessée médullaire du groupe 3	<p>Cotation sur une échelle de 0 à 10 de la qualité de vie : « , j'ai plus de personnes qui viennent me voir, », « je vois plus mes enfants, mais ma vie n'est pas mieux et loin de là », « ça ne remplace pas mes jambes donc je n'ai aucune idée », « Je peux pas vous dire que c'est bien et je peux dire 0 parce que c'est pas 0, mais par rapport à mon autre vie », « parce que j'ai plus mes jambes, mais tant qu'on y est pas en fauteuil on se rend pas compte », « je vais vous dire 5 mais si c'est dur de représenter »</p> <p>2 points positifs : « me sentir plus proche de mes enfants plus se disputer et en profiter le maximum », « voir plus de monde oui »</p> <p>2 points négatifs : « ben les jambes, je pourrai aller là ou là », « Et je suis obligé</p>

d'appeler quelqu'un », « je dois faire attention à pas me cogner, faire attention que je n'ai pas d'escarre ou que je ne saigne pas », « une impression très bizarre »

Dernière question : « j'ai eu un temps d'intégration déjà », « pas grand-chose qui aurait pu me rassurer, me dire que je suis encore là », « et il y a des fois je me dis j'aurai mieux fait d'y rester », « Après j'ai des moments comme ça », « après j'ai mes enfants et voilà ça s'est important et je peux encore passer de bons moments avec eux et profiter »

Annexe XI : Role Checklist

ROLE CHECKLIST

NAME _____ AGE _____ DATE _____

SEX: MALE FEMALE ARE YOU RETIRED? YES NO

MARITAL STATUS: SINGLE MARRIED SEPARATED DIVORCED WIDOWED

The purpose of this checklist is to identify the major roles in your life. The checklist, which is divided into two parts, presents 10 roles and defines each one.

PART I

Beside each role, indicate, by checking the appropriate column, if you performed the role in the past, if you presently perform the role, and if you plan to perform the role in the future. You may check more than one column for each role. For example, if you volunteered in the past, do not volunteer at present, but plan to in the future, you would check the past and future columns.

ROLE	PAST	PRESENT	FUTURE
STUDENT: Attending school on a part-time or full time basis.			
WORKER: Part-time or full-time paid employment.			
VOLUNTEER: Donating services, at least once a week, to a hospital, school, community, political campaign, and so forth.			
CARE GIVER: Responsibility, at least once a week, for the care of someone such as a child, spouse, relative, or friend.			
HOME MAINTAINER: Responsibility, at least once a week, for the upkeep of the home such as housecleaning or yard work.			
FRIEND: Spending time or doing something, at least once a week, with a friend.			
FAMILY MEMBER: Spending time or doing something, at least once a week, with a family member such as a child, spouse, or other relative.			
RELIGIOUS PARTICIPANT: Involvement, at least once a week, in groups or activities affiliated with one's religion (excluding worship).			
HOBBYIST / AMATEUR: Involvement, at least once a week, in a hobby or amateur activity such as sewing, playing a musical instrument, woodworking, sports, the theater, or participation in a club or team.			
PARTICIPANT IN ORGANIZATIONS: Involvement, at least once a week, in organizations such as the American Legion, National Organization for Women, Weight Watchers, and so forth.			
OTHER: _____ A role not listed which you have performed, are presently performing, and / or plan to perform. Write the role on the line above and check the appropriate column(s).			

Date : _____

Nom : _____

Age : _____

OCCUPATIONAL QUESTIONNAIRE (OQ)					
ACTIVITES HABITUELLES	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	
Pour la demi-heure commençant à :	<i>Je considère cette activité comme :</i> 1. du travail 2. des tâches quotidiennes 3. du loisir 4. du repos	<i>Je pense que je fais cette activité :</i> 1. très bien 2. bien 3. moyennement 4. pauvrement 5. très pauvrement	<i>Pour moi, cette activité est :</i> 1. extrêmement importante 2. importante 3. sans intérêt 4. quelque chose que j'aime mieux ne pas faire 5. une perte de temps totale	<i>Comment aimez-vous cette activité?</i> 1. Je l'aime beaucoup 2. Je l'aime 3. Je l'aime sans plus, ni moins 4. Je ne l'aime pas 5. Je ne l'aime pas du tout	
	05 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	05 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	06 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	06 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	07 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	07 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	08 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	08 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	09 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	09 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	10 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
11 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
11 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	

Traduction du questionnaire élaboré par N. Riepel Smith avec l'aide de G. Kielhofner et J. Hawkins Watts (1986). (Smith, N.R., Kielhofner, G. et Watts, J.H. (1986). *The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly*. American Journal of Occupational Therapy, 40, 278-283) Révision de la traduction par Monique Gillet, CRMIOH, mars 2006.

Abstract

Introduction: Spinal Cord Injury (SCI) has multiple functional consequences. If someone causes a SCI, a legal process of compensation for physical injury can be initiated within the logic of the principle of full reparation, i.e. placing the person as much as possible in the same situation as before. As expert witnesses, occupational therapists have to identify the different needs to increase occupational performances. This study sought to determine if occupational therapists as expert witnesses can answer the needs of identity rebuilding with a life project based on full reparation.

Methods: A qualitative study with semi-structured interviews and questions arising from theories of social roles, identity rebuilding and Model of Human Occupation was chosen. Three groups were selected: occupational therapist expert witnesses (group 1) and persons with SCI – one group with a legal process (group 2) and another without (group 3).

Results: Two occupational therapists and two persons with SCI (group 2 and 3) were interviewed. The study showed that occupational therapists help the persons by defining their needs to plan the future. Moreover, with a legal process persons had more funds and thus more possibilities to invest in their occupations. In contrast, the study showed that during the legal process, the persons were slowed in the rebuilding of their identity.

Conclusion: An occupational therapist expertise seems to make identity rebuilding easier, contrary to the legal process which puts the person on hold. A quantitative study may offer a statistical power to these results.

Keywords: Spinal Cord Injury/ Occupational therapist/ Full reparation / Expert witness/ Identity rebuilding

Résumé

Introduction : La blessure médullaire provoque de nombreuses conséquences fonctionnelles. Si un tiers est responsable, une procédure de réparation du dommage corporel (RDC) peut avoir lieu où la logique est celle de la réparation intégrale : remettre la personne le plus possible dans sa situation antérieure. L'ergothérapeute expert en RDC identifie les besoins afin d'améliorer les performances occupationnelles. Cette étude cherche à savoir si l'ergothérapeute expert en RDC peut répondre au remaniement identitaire avec un projet de vie basé sur la logique de réparation intégrale.

Méthode : Une étude qualitative a été menée via des entretiens semi-structurés et des questions découlant des théories des rôles sociaux, du remaniement identitaire et du modèle de l'occupation humaine. Trois groupes ont été interviewés : un groupe d'ergothérapeute expert en RDC (groupe 1), un groupe de personnes blessées médullaires ayant bénéficié d'une procédure de RDC (groupe 2) et un groupe de personnes blessées médullaire n'en ayant pas bénéficié (groupe 3).

Résultats : Deux ergothérapeutes experts et deux personnes blessées médullaires (groupes 2 et 3) ont été interrogés. L'étude montre que l'ergothérapeute, par l'identification des besoins, aide à définir les projets. De plus, les personnes avec une procédure de RCP semblent avoir plus de moyens financiers et donc plus de possibilités d'investir leurs occupations. Par contre, l'étude montre que pendant la procédure juridique, les personnes sont ralenties dans leur remaniement identitaire.

Conclusion : Le remaniement identitaire semble être facilité par l'expertise en ergothérapie, mais pas la procédure juridique qui suspend les personnes. Une étude quantitative pourrait venir apporter une puissance statistique à ces résultats.

Mots clefs : Blessure médullaire/ Ergothérapie/ Réparation intégrale/ Expertise / Remaniement identitaire