



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122. 4.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2- L 335.10.

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTERE DE LA SANTE
REGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

**UN AUTRE REGARD SUR L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE :
LE PARTENARIAT ENTRE LE PATIENT TRAUMATISE CRANIEN ET
LE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE**

Sous la direction de M. Ferring

Mémoire présenté par **Apolline VILLEMONT**,
Etudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,
en vue de valider l'UE28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute
Promotion 2016-2020.



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), ...Apolline VILLEMONT.....

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à ...Nancy....., le ...20 avril 2020.....

Signature

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont permis de poursuivre ces études de masso-kinésithérapie et d'achever ce mémoire, en cette veille d'entrée dans la vie active.

Je remercie tout d'abord toute l'équipe de l'IFMK de Nancy, et particulièrement M. Cordier pour son accompagnement et son implication durant ces 4 années, sa capacité à repousser nos limites de réflexion.

Je souhaite remercier particulièrement mon directeur de mémoire M. Ferring pour son implication, son aide précieuse, son encouragement et ses connaissances riches en neurologie me permettant d'en apprendre toujours davantage.

Je remercie tous les tuteurs et tutrices de stage, particulièrement Murielle Lamarque, Pascale Boes et Régis Meyer qui m'ont tant permis d'évoluer sur le plan professionnel mais également personnel grâce au partage de leur expérience.

C'est avec beaucoup de reconnaissance que je remercie Claire Flamion qui m'a fait découvrir la rééducation neurologique et surtout qui m'a transmis son implication, son approche et ses connaissances.

Je souhaite remercier Bertrand et Alexandra qui ont accepté de se sacrifier à la longue tâche de relecture de cet écrit.

Mon parcours n'aurait pas pu être possible sans le soutien sans faille de mes amis de longue date les plus chers mais également ceux rencontrés au cours de ces 4 années. Je remercie également mes coéquipiers du Horseball qui n'attendent que la validation de mon diplôme pour pouvoir m'exploiter.

Je souhaite remercier ma belle-famille toujours bienveillante et particulièrement mon compagnon. Je le remercie d'avoir toujours été là pour me remonter le moral, me remotiver, me faire sourire et croire en moi quoi qu'il arrive.

Enfin, je souhaite remercier de tout mon cœur mon frère et mes parents qui m'ont permis de réaliser mon rêve. Cette reconversion a été un long fleuve peu tranquille qui n'existerait pas sans leur amour et leur investissement.

RESUME / ABSTRACT

UN AUTRE REGARD SUR L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE : LE PARTENARIAT ENTRE LE PATIENT TRAUMATISE CRANIEN ET LE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

Introduction : De l'accident au retour à domicile, la prise en charge des patients atteints de traumatisme crânien (TC) modéré à grave est complexe. Ils présentent une multitude de tableaux cliniques évolutifs dans le temps. La rééducation est un élément important de leur parcours de vie. L'activité physique et sportive (APS) permet de leur apporter de nombreux bénéfices physiques, psychologiques, et sociaux lors de la réadaptation. Le masseur-kinésithérapeute (MK) par ses différentes compétences, est un acteur important dans l'accompagnement à la pratique d'APS. L'objectif de notre étude est de comprendre comment le MK pourrait s'intégrer dans le processus de réhabilitation des patients TC dans le cadre de l'accompagnement à la pratique d'APS.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une enquête qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs. Nous avons interrogé des professionnels experts par leur formation ou leur expérience dans la prise en charge de ces patients en phase séquellaire. Un guide d'entretien a été réalisé explorant trois dimensions principales : la prise en charge de ces patients en phase séquellaire, leur lien avec l'APS et la place du MK lors de la pratique d'APS chez ces patients.

Résultats : En lien avec les données de la littérature, la particularité de ces patients demeure dans l'importance des troubles cognitifs et comportementaux qui peuvent entraver l'autonomie et la pratique d'APS. Ils sont confrontés également à d'autres difficultés environnementales, de manque de sensibilisation et de formation. La pratique d'APS reste relativement faible bien qu'elle soit souhaitée.

Discussion/conclusion : Le MK peut modérer ces différents freins en accompagnant ces patients, en informant l'entourage et le public sur le handicap, en promouvant les bonnes pratiques d'APS, en adaptant ses soins en fonction des déficiences cognitives. Il y a de nombreuses pistes vis-à-vis de l'attitude du MK à adopter dans ce contexte de prise en charge pluriprofessionnelle pour favoriser l'adhésion à l'APS de ces patients.

Mots-clés : activité physique et sportive – handicap – traumatisme crânien – troubles cognitifs

ANOTHER PERSPECTIVE ON PHYSICAL AND SPORTS ACTIVITY : THE PARTNERSHIP BETWEEN PATIENT WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY AND PHYSIOTHERAPIST

Introduction : From the accident to homecoming, the medical care of patients with moderate to severe traumatic brain injury (TBI) is complex. These patients have full clinical symptoms that change over time. Rehabilitation is an important part of their life. Physical and sports activity (PSA) provides them physical, psychological and social benefits during rehabilitation. The physiotherapist (MK) are key players in supporting practice of PSA through diverse skills. The main purpose of this study is to understand how physiotherapists could fit into rehabilitation process of TBI patients as supports to PSA practices.

Materials and methods : We carried out a qualitative study with semi-structured interviews. We interviewed experts, through their training and/or experience, on the care of these patients in sequelae stage. An interview guide was produced investigating three main aspects : care of these patients in the sequelae stage, their links with PSA and MK's place during PSA practices with these patients.

Results : Related to literature data, these patients' specificity is predominance of cognitive and behavioural disorders which can impede autonomy and PSA practice. They also face other environmental challenges, lack of awareness and training. The practice of PSA remains weak although is it desired.

Discussion / conclusion : MK can ease these obstacles through different levers : support the patient, advise people around him/her, advise the public, promote PSA good practices, adjust properly cares to patient disorders. There are many leads on the MK attitude in this multiprofessional cares context which can ease PSA following with these patients.

Keywords : physical and sporting activity - handicap – traumatic brain injury - cognitive disorders

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCTION | 1 |
| 2. CADRE THEORIQUE | 3 |
| 2.1. Le traumatisme crânien..... | 3 |
| 2.1.1. <i>L'épidémiologie</i> | 3 |
| 2.1.2. <i>La physiopathologie et les lésions associées</i> | 4 |
| 2.1.3. <i>Une mosaïque de tableaux cliniques</i> | 4 |
| 2.2. La prise en charge du traumatisé crânien | 5 |
| 2.2.1. <i>De la phase aiguë et subaiguë</i> | 5 |
| 2.2.2. <i>A la phase chronique</i> | 6 |
| 2.3. Le constat à long terme du traumatisme crânien..... | 7 |
| 2.3.1. <i>L'impact sur la sphère personnelle et familiale</i> | 7 |
| 2.3.2. <i>L'impact sur la sphère professionnelle</i> | 7 |
| 2.3.3. <i>L'impact sur la sphère sociale</i> | 8 |
| 2.4. L'activité physique et le traumatisme crânien | 9 |
| 2.4.1. <i>Le dispositif autour du sport et des traumatisés crâniens</i> | 9 |
| 2.4.2. <i>Les bénéfices physiques</i> | 9 |
| 2.4.3. <i>Les bienfaits cognitifs</i> | 10 |
| 2.4.4. <i>Les bienfaits psychosociaux</i> | 11 |
| 3. MATERIEL ET METHODE | 11 |
| 3.1. Les objectifs de notre étude..... | 11 |
| 3.2. Notre outil d'étude..... | 12 |
| 3.3. La population sélectionnée | 13 |
| 3.4. Le déroulement de l'étude | 14 |
| 3.5. Le guide d'entretien | 15 |
| 3.5.1. <i>Les généralités du guide</i> | 15 |
| 3.5.2. <i>La première dimension de l'entretien</i> | 15 |
| 3.5.3. <i>La deuxième dimension de l'entretien</i> | 16 |
| 3.5.4. <i>La troisième dimension de l'entretien</i> | 18 |
| 3.6. La méthode d'analyse | 19 |
| 4. RESULTATS | 21 |
| 4.1. Les caractéristiques de l'échantillon | 21 |
| 4.2. La présentation des résultats des entretiens | 23 |

| | |
|---|----|
| 4.2.1. Les données concernant la prise en charge des patients TC après la sortie du centre de rééducation | 23 |
| 4.2.2. Les données concernant l'APS chez les patients TC..... | 27 |
| 4.2.3. Les données concernant la place du MK dans ce dispositif | 34 |
| 5. DISCUSSION | 40 |
| 5.1. Les réflexions et propositions autour de nos résultats | 40 |
| 5.2. Les biais de notre étude..... | 48 |
| 5.3. Les perspectives futures | 49 |
| 6. CONCLUSION | 49 |

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

TC : Traumatisme crânien

WCST : Winconsin card sorting test

GOS : Glasgow outcome scale

UEROS : Unité d'évaluation de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle

COTO-REP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

SAVS : Services d'accompagnement à la vie sociale

SAMSAH : Services d'accompagnement médicosocial pour les personnes adultes handicapées

UNAFTC : Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébrolésés

AFTC : Association des familles de traumatisés crâniens

ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail

SOFMER : Société française de médecine physique et de réadaptation

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

APA : Activité physique adaptée

MK : Masseur-kinésithérapeute

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

APS : Activité physique et sportive

AP : Activité sportive

OMS : Organisation mondiale de la santé

HAS : Haute autorité de santé

RAD : Retour à domicile

PSH : Personne en situation de handicap

BDK : Bilan diagnostique kinésithérapique

ALD : Affection de longue durée

« Alors on va relever les yeux quand nos regrets prendront la fuite

On se fixera des objectifs à mobilité réduite

Là-bas au bout des couloirs, y'aura de la lumière à capter

On va tenter d'aller la voir avec un espoir adapté »

Espoir adapté – Grand Corps Malade

1. INTRODUCTION

La population jeune (12-30 ans) est touchée de manière importante par les accidents de la voie publique avec des conséquences médicales diverses. Dans le cas de polytraumatismes, les patients souffrent fréquemment de traumatisme crânien modéré à grave. Ils rentrent donc dans un long processus de rééducation et de réhabilitation de la phase aiguë en soins de réanimation jusqu'en cabinet libéral en phase chronique ou séquellaire.

Ils sont suivis au long cours et de près par une équipe multidisciplinaire pendant plusieurs mois voire années. Ce partage de connaissances, de compétences médicales, paramédicales et sociales est un réel atout dans la prise en charge de ces patients avec un tableau clinique complexe et multiple.

Afin qu'ils retrouvent une autonomie satisfaisante, un rétablissement fonctionnel, ils rentrent dans un programme de rééducation et de réadaptation afin de promouvoir un processus de reconstruction identitaire. La rééducation, lorsqu'elle le permet, est active afin de profiter de leur participation pour favoriser la plasticité cérébrale, les compensations nécessaires et fonctionnelles.

De nos jours, l'activité physique a une place importante dans le cadre de la promotion de la santé que ce soit pour les personnes saines ou les personnes avec des affections de longue durée. Pour lutter contre les conséquences de la sédentarité et les comorbidités en lien, des recommandations en termes d'activité physique ont été élaborées dans ce but. Les masseur-kinésithérapeutes, réels « agents du mouvement » ont un rôle important dans la promotion de l'activité physique pour accompagner et guider leurs patients.

Par ailleurs, le sport s'est développé et structuré dans le milieu valide mais surtout dans le milieu des personnes en situation de handicap. Encore insuffisante, la diffusion des jeux paralympiques permet tout de même de rendre le sport en situation de handicap « visible ». Même avec des déficiences (amputation, séquelles d'AVC, paralysie cérébrale, etc.), ces personnes ont pu dépasser leurs limites et montrer aux PSH qu'une pratique physique et sportive est possible.

Au-delà des bénéfices physiologiques de l'activité physique et sportive, il existe de réels atouts en termes de sociabilisation et d'accomplissement personnel. Cela permet de lutter contre l'isolement social, l'anxiété, la dépression, etc. Pour des patients atteints de traumatisme crânien, les troubles ne sont pas uniquement physiques. Les troubles cognitifs et

comportementaux ont d'ailleurs une part très importante dans leur handicap. Les bénéfices multidimensionnels de l'activité physique prennent tous leurs sens dans le cadre de cette pathologie globale. Le sport permet de solliciter de nombreuses capacités tant physiques que psycho-cognitives. Il permet également de tisser des liens sociaux, d'établir une communication avec les autres, d'interagir avec différentes personnalités. Le sport permet de développer ses capacités physiques, de se dépasser, de se fixer des objectifs à atteindre. Toutes ces composantes sont intéressantes à stimuler chez le traumatisé crânien, tout en veillant que les objectifs soient adaptés aux capacités et au handicap de la personne.

Le masseur-kinésithérapeute avec ses nombreux champs d'actions se démarque dans le domaine du sport par le rôle de préparation et promotion de l'activité physique et sportive mais également dans le cadre de la prévention des blessures, de la récupération physique, du suivi et dans la rééducation en cas de blessure. Il est également consulté pour ses connaissances en termes d'hygiène de vie essentielles au suivi du sportif.

Le kinésithérapeute en réalité ne s'occupe pas d'une population sportive. Il existe un réel continuum dans sa patientèle auquel il est indispensable qu'il sache s'adapter. Cela commence par la promotion et l'initiation de l'activité physique, puis par le suivi et enfin par la prise en charge du sportif professionnel. Evidemment, nous retrouvons dans ce continuum, la présence de patients atteints de troubles neurologiques avec des troubles cognitifs et comportementaux associés aux troubles physiques (exemple des traumatisés crâniens).

Au sein de cette population avec des besoins complexes nécessitant un suivi pluriprofessionnel, comment le kinésithérapeute peut-il s'intégrer dans ce processus de promotion de l'activité physique voire de pratique sportive ? Comment peut-il interagir dans ce système de prise en charge ?

La spécificité de kinésithérapeute du sport lui permet de préparer les aptitudes physiques et mentales d'un patient, de prévenir les éventuelles blessures, de favoriser la récupération, de réintégrer le sport et le geste sportif dans la rééducation après une blessure... Qu'en est-il pour le traumatisé crânien et le kinésithérapeute ? Comment le kinésithérapeute peut-il accompagner le traumatisé crânien dans la reprise et le maintien de l'activité sportive ?

Comment le kinésithérapeute peut-il justifier sa présence dans ce réseau de prise en charge du patient traumatisé crânien ? Met-il plus en valeur son atout de récupération ou de rééducation en cas de blessure ? Peut-il s'associer à d'autres professions tels les préparateurs

sportifs lors de la phase de préparation du traumatisé crânien qui souhaite s'initier à un sport ou une activité physique ?

Nous dégageons une question de recherche à partir de cette problématique et de ces questionnements :

Comment le masseur-kinésithérapeute peut-il s'insérer dans ce dispositif de réhabilitation à long terme des patients traumatisés crâniens modérés à graves dans le cadre de l'accompagnement de la pratique de l'activité physique et sportive ?

Nous aborderons dans un premier temps le cadre théorique qui s'articule autour de notre questionnement, c'est-à-dire les particularités du traumatisé crânien, sa prise en charge et les conséquences observées au long terme chez cette population. Nous verrons également les particularités de l'activité physique adaptée, la réhabilitation sportive pour ces patients.

Dans un deuxième temps, nous décrirons notre méthode de recherche qualitative utilisant des entretiens semi-directifs. Nous exposerons ensuite nos résultats obtenus lors de cette étude. Pour finir, nous terminerons par la discussion et la conclusion à propos de nos résultats et de notre étude.

2. CADRE THEORIQUE

2.1. Le traumatisme crânien

2.1.1. L'épidémiologie

Ce type de traumatisme touche particulièrement la population jeune (12-25 ans) et principalement les hommes (ratio 3/1). En Europe, 35 à 42% des décès de cette population sont attribuables aux traumatismes crâniens. Les accidents de la voie publique demeurent une des premières causes de TC grave (1). Cependant plus le traumatisme initial est grave, plus la mortalité est importante (1). Les TC graves sont moins fréquents que les commotions cérébrales mais engendrent une mortalité et des complications plus importantes (2).

L'impact socio-économique des TC est d'autant plus substantiel car c'est une cause de mortalité et morbidité évitable mais également car cela engendre des coûts médico-sociaux à long terme.

2.1.2. La physiopathologie et les lésions associées

Les lésions encéphaliques peuvent être localisées en de multiples régions cérébrales, reflétant l'hétérogénéité des tableaux cliniques de patients atteints de TC. Elles peuvent être focales ou diffuses (3). Dans la zone lésionnelle, des cellules cérébrales nécrosent induisant une apoptose des cellules avoisinantes (4). Nous distinguons les lésions primaires (dues à l'impact et au choc) et les lésions secondaires (dues à l'hypertension intracrânienne, un hématome ou l'ischémie retardée)(5). Le mécanisme d'accélération-décélération provoque plus fréquemment des lésions axonales diffuses (principalement localisées au niveau du corps calleux)(4).

Compte tenu de la fréquence des accidents de la voie publique dans ce type de pathologies, il est fréquemment observé des lésions périphériques associées, dans le cadre d'un polytraumatisme (osseuses, cutanées, viscérales, nerveuses périphériques, etc.)(3)(5).

2.1.3. Une mosaïque de tableaux cliniques

Comme précisé antérieurement, la complexité du TC est notamment due à son hétérogénéité. Malgré des troubles fréquemment identifiés, chaque patient atteint d'un TC aura sa particularité et ses atteintes spécifiques reflétant un tableau clinique unique. En fonction de la localisation et du mécanisme du choc, les lésions cérébrales peuvent toucher les hémisphères cérébraux, le cervelet, les paires de nerfs crâniens, le tronc cérébral...

Au-delà des troubles neuro-orthopédiques (rétractions musculo-tendineuses, para-ostéo-arthropathies neurogènes), nous pouvons retrouver des troubles neuromoteurs avec des troubles du tonus. Il peut s'agir d'atteintes centrales comme un syndrome pyramidal, un syndrome extra-pyramidal, un syndrome cérébelleux, une atteinte spécifique de paires de nerfs crâniens, un syndrome pseudo-bulbaire, un syndrome vestibulaire... La topographie des troubles dépend également de la localisation des lésions initiales et secondaires.

Cependant, la spécificité des traumatisés crâniens est la présence systématique de troubles neuro-psycho-cognitifs. L'intérêt porté à ces troubles est primordial pendant les phases de rééducation car ils vont directement impacter la prise en charge.

Ces troubles neuro-psycho-cognitifs peuvent être d'ordre :

- Communicatif et du langage, ils vont se caractériser par des aphasies ou encore des dysarthries (chez 30% des TC sévères (6)). Mais ils peuvent également se caractériser par l'atteinte de la structuration du discours comme dans un syndrome frontal
- Mnésique (amnésie post-traumatique, mémoire à court terme et à long terme) (6–8)
- Attentionnel (touchant l'attention soutenue, focalisée, divisée)(7,8)
- De traitement de l'information, la lenteur d'idéation est présente et intervient dans tout processus exécutif. Elle est notamment due aux lésions axonales diffuses (5,6)
- Exécutif (syndrome dysexécutif), qui se répercute directement sur les situations écologiques du patient (7)
- Comportemental, il a tendance à avoir une posture « inhibée » (apragmatisme, perte d'initiative, aboulie, apathie) ou une posture « désinhibée » (impulsivité, agitation, intolérance aux frustrations)(7,9)
- Anosognosique (7)
- De fatigabilité mentale, elle représente une des premières plaintes pour la majorité des patients atteints de TC sévères (7,8)
- De cognition sociale (capacité de réagir avec des réactions sociales adaptées)(7).

Lors du traumatisme crânien, plusieurs paramètres sont mesurés et appréciés par l'équipe de réanimation, notamment le score de Glasgow initial, la durée de la perte de connaissance initiale et la durée de l'amnésie post-traumatique. Ces paramètres sont des facteurs pronostiques concernant la gravité des troubles cognitifs (10).

2.2. La prise en charge du traumatisé crânien

2.2.1. De la phase aiguë et subaiguë

Suite à un traumatisme crânien, le patient est hospitalisé en service de réanimation ou neurologique spécifique dans lesquels l'objectif sera de stabiliser son état et de limiter les conséquences neurologiques. C'est notamment à ce moment de prise en charge que peut être mesuré le score de Glasgow qui détermine la gravité du traumatisme crânien (11). Le rôle primordial de cette phase pour l'équipe de rééducation est de lutter contre les risques secondaires (risque respiratoire, cutané, circulatoire, orthopédique, etc.)(5,12).

Après cette phase d'urgence médicale et de stabilisation de son état, il peut être transféré dans des services spécifiques de rééducation neurologique. Entouré par une équipe de médecine physique et de réadaptation, le patient a pour objectif lors de cette phase de retrouver de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. Cette équipe multidisciplinaire va permettre un suivi continu, en échangeant avec la famille et les aidants. La rééducation est intensive et primordiale dans cette phase propice à la récupération des troubles (13). Chaque acteur de soin a son rôle à jouer dans ce processus de reconstruction identitaire (5,12,14,15).

2.2.2. A la phase chronique

En centre spécialisé, lors de réunions pluriprofessionnelles, la question du devenir et de la structure d'accueil du patient se pose. Ils retournent parfois à domicile face au manque de places dans des structures adaptées (14). Par exemple, d'après l'observatoire réalisé par l'ARS dans le Limousin, après la phase de rééducation, 93% des patients atteints de TC retournaient à domicile (16).

La réorientation des traumatisés crâniens peut se faire grâce à une classification en fonction du handicap et des séquelles (Annexe I)(17). La SOFMER a émis des recommandations de bonne pratique quant au suivi du patient traumatisé crânien selon les scores GOS pendant les différentes phases de prise en charge. Le kinésithérapeute avec les autres professionnels de santé y joue un rôle primordial dans la continuité de la réadaptation même au-delà du retour à domicile (18). Dans le cadre de la kinésithérapie, la phase de prise en charge peut s'appuyer sur le maintien des acquis et le réentraînement à l'effort notamment pour proposer la reprise d'une activité sportive (15).

Un suivi au long terme permet également d'avoir une évaluation régulière de l'environnement, de l'état des aidants et de la famille, de déceler un éventuel changement à accompagner. En effet, en plus du suivi sanitaire et médical, il existe un réel réseau qui permet l'accompagnement du traumatisé crânien (UJEROS, COTO-REP, SAMSAH, SAVS, association UNAFTC, etc.)(12).

2.3. Le constat à long terme du traumatisme crânien

2.3.1. *L'impact sur la sphère personnelle et familiale*

Tous les auteurs s'accordent au sujet des aidants et de la famille. En effet, après un traumatisme crânien modéré à grave, les aidants, souvent représentés par des membres de la famille, souffrent de surcharge tant physique que psychique. Dès l'annonce du diagnostic, la famille vit également un traumatisme et éprouve une certaine solitude vis-à-vis de l'état de santé de leur proche (14,16). Les premières répercussions sur la famille se manifestent sur le plan social et professionnel de celle-ci (16,19). Les proches souffrent d'anxiété, de fatigue, de plaintes somatiques, ils sont souvent seuls et isolés et doivent prendre en charge un proche dépendant (16,20).

Plusieurs auteurs évoquent que les familles ont plus de difficultés à faire face aux troubles psychiques qu'aux troubles physiques. Les troubles neurocognitifs et les troubles du comportement sont les principaux freins à l'insertion sociale et familiale du blessé (14,19–21). Les familles témoignent différents types de difficultés supplémentaires comme un manque d'informations, un besoin d'aide dans les démarches à suivre, une diminution du suivi médical et paramédical, etc. (16,19). Les associations comme l'AFTC permettent aux familles d'apporter une entraide qu'elle soit juridique ou humaine (20).

Il existe des facteurs prédictifs de bonne réintégration sociale concernant le patient traumatisé crânien : sa motivation, sa pleine conscience et acceptation de son état actuel (en fonction du degré d'anosognosie), sa reconstruction identitaire, sa stabilité émotionnelle, un aidant disponible et un référent professionnel compétent (20). La conscience de ses incapacités s'avère être également un facteur de satisfaction familiale (21).

2.3.2. *L'impact sur la sphère professionnelle*

La reprise de l'activité professionnelle demeure souvent pour les patients traumatisés crâniens une étape importante pour leur réintégration sociale, leur reconstruction identitaire et leur revalorisation personnelle. Le retour au travail fait partie des facteurs prédictifs de la qualité de vie des traumatisés crâniens utilisés dans le QOLIBRI (outil de mesure de la qualité de vie spécifique aux traumatisés crâniens)(20,22).

Cependant le statut professionnel des TC est souvent modifié voire inexistant (19,23,24). Ce sont généralement les patients avec un GOS léger qui trouvent un emploi (14). De plus, les handicaps physiques sont mieux perçus que les handicaps cognitifs dans le monde du travail car ils sont mieux compris par la population générale (21).

Il existe des UEROS spécifiques pour les cérébrolésés tels les TC, les accidents vasculaires cérébraux, les anoxies cérébrales, les tumeurs cérébrales, etc. (20). Ce système permet de favoriser l'accès à une activité socioprofessionnelle et également d'améliorer l'autonomie et l'indépendance de ces personnes (22).

2.3.3. *L'impact sur la sphère sociale*

Les troubles comportementaux représentent le principal frein à l'insertion sociale. En effet, les patients traumatisés crâniens (avec « handicap invisible ») présentent plus d'incapacités à 5 ans par rapport aux blessés médullaires (avec « handicap visible »)(14,16). Ce défaut d'activités extérieures et de loisirs ne fait qu'amplifier l'isolement social de ces personnes qui vont opter pour des loisirs plus sédentaires pour un tiers d'entre eux (lecture, regarder la télévision, etc.)(20,23).

Il existe de nombreuses barrières à la participation sociale : les stigmates sociaux, l'impossibilité de réaliser un projet de vie, un épisode dépressif, l'incapacité de reprendre une activité professionnelle, une période de réadaptation trop courte, des installations non conformes, etc. (21,23).

Cependant les loisirs, l'accès au sport et les sorties extérieures représentent un facteur important de bien-être et de réinsertion des patients. Les loisirs sont corrélés positivement avec la satisfaction personnelle et la qualité de vie (21–23). Pour cela, le soutien des proches, le suivi à long terme, les groupes de paroles permettent de favoriser ces activités (20,21). Selon Mazaux, « *la reprise des loisirs est un des meilleurs critères d'évolution favorable et de réinsertion.* » (5).

2.4. L'activité physique et le traumatisme crânien

2.4.1. Le dispositif autour du sport et des traumatisés crâniens

L'activité physique (AP) se définit « *comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de repos.* ». L'AP est donc générale et peut comprendre des activités domestiques comme des activités sportives. Le sport est une AP qui entre dans un certain contexte de règles et d'objectifs précis (25). L'OMS a émis des recommandations en termes de pratique d'AP pour des populations en bonne santé en fonction de plusieurs tranches d'âge (26).

Afin de réaliser de la prévention secondaire et tertiaire, le concept d'activité physique adaptée est né afin de promouvoir de l'AP pour tous, y compris pour les personnes atteintes d'affections de longue durée. Selon l'article L. 1172-1 du décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016, « *les programmes d'APA, ainsi définis, font appel pour leur conception, leur organisation et leur supervision à des professionnels de l'APA ou à des professionnels de santé. Ils concernent des publics fragiles qui ne sont pas encore autonomes dans la gestion de leur pathologie et/ou qui sont très éloignés des pratiques physiques (distance sociale).* » (25).

En lien avec les articles du Code de la Santé Publique L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5, l'AP adaptée peut être prescrite par un médecin traitant pour des patients atteints d'ALD. En fonction des phénotypes fonctionnels, un référentiel d'intervention préférentielle a été créé afin de délimiter le champ d'intervention des professionnels de l'AP (Annexe II).

La fédération française handisport a été créée en 1977 et a comme objectif de proposer « *une activité sportive adaptée à toute personne présentant un handicap physique ou sensoriel* ». Pour cela, 25 sports en loisir ou en compétition sont proposés pour cette population. Parmi ces sports, de nombreux sports comme la natation, le tennis fauteuil, le tennis de table, l'équitation, la plongée subaquatique ont trouvé bon nombre d'adhérents (27).

2.4.2. Les bénéfices physiques

Selon différentes études, les bénéfices physiques de l'activité physique sont transposables aux patients atteints de traumatisme crânien. L'effet le plus démontré est que l'activité physique permet de lutter contre les risques liés à la sédentarité en améliorant la condition cardio-respiratoire ou encore la qualité de sommeil, l'anxiété, la dépression (28–32). En effet, ils ont une tolérance moindre à l'activité ce qui engendre des répercussions sur les

activités de la vie quotidienne et sur la reprise d'un travail. Ces personnes se « réfugiant » souvent dans un mode de vie sédentaire ont une capacité aérobie diminuée par rapport à une population de sexe et d'âge correspondant (60 à 70% du niveau attendu)(30).

Grâce à des programmes de réentraînement à l'effort, il y a des améliorations significatives de la condition cardiorespiratoire des patients atteints de traumatisme crânien : augmentation de l'endurance et de la puissance de crête, augmentation de la VO_2 max sans augmentation de la fréquence cardiaque maximale (voire diminution après l'entraînement, amélioration de la fonction systolique et de la récupération post-effort), amélioration de l'extraction d'oxygène, amélioration de la vitesse de marche, amélioration de la mobilité (30–32).

Notamment sur le plan neuromoteur, cela permet de réintégrer des informations posturales et proprioceptives dans différents schémas présents dans l'activité sportive. Cela lui permet également d'effectuer une reprogrammation neuromusculaire en situation fonctionnelle. Différentes modalités neuromotrices sont mises en jeu telles la coordination, la rythmicité, la double-tâche, l'équilibre, la proprioception, etc. « *Le sport est le complément logique de la rééducation neuromotrice.* » selon Mazaux (5,28).

2.4.3. Les bienfaits cognitifs

En fonction de l'activité physique pratiquée, il y a la participation active du patient qui permet d'avoir un impact sur les capacités cognitives et comportementales en travaillant la concentration, le contrôle des émotions, l'attention par exemple (28).

L'étude de Morris et al a mis en évidence l'effet de l'activité physique sur les structures cérébrales en lien avec les fonctions cognitives. Elle pourrait moduler les changements physiopathologiques cérébraux et favoriser la récupération cognitive après un TC (notamment sur la mémoire visuospatiale, la fluidité et la rapidité de réflexion, etc.). Sur cerveau sain, l'activité physique améliore la connectivité fonctionnelle intrarégionale dans les différents réseaux associatifs et améliore les capacités dépendantes de l'hippocampe (encodage et consolidation mnésique, processus attentionnels, rapidité de réflexion). Elle pourrait également permettre d'améliorer les processus de double-tâche, de planification, d'adaptation, la mémoire de travail. En effet, ce seraient des axes intéressants au vue des syndromes dysexécutifs fréquemment rencontrés chez les patients atteints de traumatisme crânien (29).

2.4.4. Les bienfaits psychosociaux

De manière globale, dès 1999 à partir de travaux déjà existants, Barbin énonce « *les modèles théoriques traitant de l'exercice physique et de l'estime de soi se fondent sur deux aspects fondamentaux, la compétence physique perçue et l'acceptation de soi* » (33). D'après ce constat, la pratique sportive pourrait donc s'avérer être un moteur et un outil intéressant pour des personnes dont l'image a été détériorée par le handicap pour améliorer leur estime personnelle.

Pour les patients atteints de traumatisme crânien, le fait de participer à un sport en pré-traumatique, d'avoir un intérêt pour le dépassement de ses propres limites, d'être motivé à augmenter sa force, d'avoir envie d'interagir avec les autres et d'être soutenu par sa famille sont des facteurs facilitants pour initier et maintenir une activité sportive.

D'un point de vue social, pour les personnes avec des déficiences qui ressentent une stigmatisation, le sport leur permettrait d'avoir une identité sociale positive et de s'intégrer pour lutter contre cette stigmatisation d'après Marcellini : « *La rencontre dans l'espace sportif ouvre la voie à des relations facilitant l'ouverture et la participation sociale, le développement d'activités et la sortie de l'isolement social.* » (34).

Le sport peut s'avérer être un réel atout dans le rétablissement et dans le maintien de l'autonomie des patients atteints de traumatisme crânien. Pour un choix judicieux concernant l'APS, il est important de prendre compte leurs limitations physiques et émotionnelles (20).

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. Les objectifs de notre étude

Afin de comprendre et de préciser les différentes interventions des masseur-kinésithérapeutes auprès des patients TC (modéré à grave) pratiquant de l'APS, nous avons établi un objet de recherche : **l'activité physique et sportive chez le patient TC (modéré à grave) en phase chronique et le rôle du masseur-kinésithérapeute dans cette phase de prise en charge.**

A propos de ce sujet, nous souhaitons donc explorer et étudier trois dimensions :

Le parcours de soin du patient TC après la sortie du centre de rééducation. Nous souhaitons comprendre leur situation : les enjeux, les suivis existants et à développer, les objectifs de cette phase, les demandes, les problèmes rencontrés, les freins, etc. Cette phase de contextualisation nous permet d'introduire la notion de l'activité physique et sportive qui s'avère être une alternative de prise en charge pour certains patients.

L'activité physique et sportive chez les patients atteints de TC. Nous nous intéressons donc de manière logique à cette intervention existante pour cette population. Nous souhaitons comprendre différents éléments tels : la participation actuelle, les bienfaits, les inconvénients et les limites, les modalités et les conditions, les prérequis, le suivi, les conduites à tenir, les motifs de participation, etc. Pour répondre à notre question de recherche de manière complète, nous nous interrogeons quant à la participation et au rôle du masseur-kinésithérapeute dans ce processus.

Le rôle du masseur-kinésithérapeute dans l'accompagnement du patient TC dans l'activité physique et sportive. C'est dans cette partie de l'entretien que nous portons notre attention sur la place du MK, le partage des compétences pluriprofessionnelles, les arguments positifs et négatifs à son inclusion dans le processus, les conditions de suivi, la nature de l'intervention du MK, etc.

Ces trois dimensions sont abordées dans ce sens afin de suivre une logique précise qui demande tout d'abord une contextualisation de la situation des patients TC et leur implication dans l'activité physique et sportive. Pour ensuite comprendre l'intérêt ou non du masseur-kinésithérapeute dans ce processus de réhabilitation.

3.2. Notre outil d'étude

Afin de répondre à notre question de recherche et explorer ces différentes dimensions, nous avons choisi de réaliser cette initiation à la recherche à l'aide d'entretiens semi-directifs. Le choix d'enquête qualitative nous a paru judicieux car nous souhaitons appréhender les diverses pratiques et comprendre leurs mécanismes et logiques. Elles permettent également d'enrichir notre travail par des expériences de professionnels de santé experts et de connaître la raison de leurs choix respectifs. Selon Paillé et Rondeau, une enquête qualitative consiste à « *recueillir le point de vue subjectif des acteurs sociaux de leur action, sur les événements auxquels ils ont participé ou dont ils ont été les témoins, sur leur vision des choses, d'eux-mêmes et des autres.* » (35).

Ce travail utilise une démarche inductive : en effet, les entretiens avec les personnes interviewées vont permettre d'émettre des hypothèses quant à notre pratique professionnelle (36).

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs afin d'avoir plus de facilité d'expression et d'organisation par rapport à des focus groupes ou des entretiens collectifs.

3.3. La population sélectionnée

Notre objectif est de recenser des personnes ressources dans ce domaine de compétence avec un abord pluriprofessionnel pour « illustrer » la complexité de prise en charge du patient TC.

Nous avons essayé de réaliser un « échantillon théorique » : c'est-à-dire qui respecte et reflète la réalité, qui n'est pas forcément sélectionné au hasard, qui est d'un nombre restreint et qui met en évidence une grande diversité de points de vue. En effet c'est un échantillonnage non probabiliste qui tente de reproduire le plus fidèlement la population globale (37).

La population de cette étude a été sélectionnée par recherche sur internet à l'aide de mots-clés « *prise en charge - traumatisés crâniens* » avec la profession recherchée associée mais également par transmissions interpersonnelles.

Les critères d'inclusion :

- Avoir des métiers et/ou profils professionnels / associatifs variés : il n'y a pas une représentation unique d'une profession afin d'avoir une variété de parcours professionnels et de points de vue ;
- Avoir une expérience dans la prise en charge des patients traumatisés crâniens modérés à graves (pas de période minimale afin d'avoir également une variété de pratiques et d'expériences) ;
- Avoir une compétence reconnue sur le traumatisme crânien (formation, spécialisation, expérience) ;
- Avoir une expérience avec des patients atteints de traumatismes crâniens en phase séquellaire (pas de période minimale également).

3.4. Le déroulement de l'étude

Les personnes auditionnées ont été contactées tout d'abord par mail, puis elles ont été recontactées par téléphone si besoin de relance.

Les entretiens se déroulent dans un lieu calme, dans une pièce fermée située dans le lieu de travail de la personne interviewée. L'interviewé et l'intervieweur se placent assis face à face. L'entretien est enregistré à l'aide d'un dictaphone. Il dure entre trente minutes et une heure.

Un consentement éclairé écrit a été rempli et récupéré pour pouvoir utiliser et analyser les données recueillies lors de l'entretien (Annexe III). Nous apportons la précision que l'anonymat peut parfois être relatif aux vues des titres parfois particuliers des personnes interviewées (cela est précisé dans le consentement éclairé). Ce document nous permet de nous inscrire dans une démarche éthique de collecte des données. En effet, il permet d'évoquer les objectifs poursuivis et les attentes par le chercheur, mais également d'assurer le devoir du chercheur de maintenir l'intégrité des données recueillies pendant les travaux de recherche (37).

Afin d'obtenir une rigueur et une objectivité dans cette étude, la personne menant l'enquête se doit de rester le plus neutre possible et de limiter ses influences sur les réponses (éviter les signes non-verbaux d'acquiescement, de désaccord, etc.).

Pour établir les liens contractuels entre la personne interrogée et la personne menant l'enquête, le début de l'entretien se déroule de cette manière :

- L'intervieweur se présente succinctement
- Il définit les rôles de chacun lors de cette enquête
- Il présente l'étude et ses finalités, il précise la durée approximative de l'entretien
- Il précise également que l'entretien sera enregistré (déjà précisé dans le consentement et lors du premier contact) et qu'il est tenu au secret professionnel
- Il explique la particularité de l'entretien semi-directif : il existe une trame avec des dimensions à aborder mais l'interviewé aura une liberté d'expression pour chaque thématique abordée. Le rôle de l'intervieweur sera principalement d'écouter et parfois de relancer sur certains sujets non abordés. De nouveaux sujets ressortant de l'entretien ne sont pas hors-sujets et seront également pris en compte (38).

Un pré-test a été réalisé auprès d'un professionnel de santé en amont dans cette même configuration afin d'apporter toute correction ou tout ajustement à notre guide d'entretien.

3.5. Le guide d'entretien

3.5.1. Les généralités du guide

Ce guide d'entretien établi nous permet d'avoir une ligne directrice de l'entretien (Annexe IV). Il reste flexible par rapport à la liberté d'expression dans chaque dimension abordée, dans l'apport de notions nouvelles et dans la chronologie des thèmes abordés. Cependant l'entretien doit suivre la chronologie des dimensions.

Après la phase d'introduction et de description de la personne interviewée et de son statut, l'attention est portée sur les différentes dimensions. Nous avons établi les différents thèmes à aborder par dimension. Si un de ces thèmes n'est pas exploré par l'interviewé, une relance est effectuée. Lorsque toutes les dimensions sont abordées, nous rentrons dans la phase de conclusion. Dans cette phase, l'interviewé est amené s'il le souhaite à évoquer d'éventuels avis, souhaits ou recommandations qu'il juge pertinents ou utiles.

Nous présentons les différents points de notre guide d'entretien par dimension sous forme de tableaux. Les trois tableaux sont accompagnés de justifications vis-à-vis des dimensions choisies (Tableau I, Tableau II, Tableau III).

3.5.2. La première dimension de l'entretien

Tableau I : Partie I du guide d'entretien

| Dimension 1 : La prise en charge du patient TC après la sortie du centre de rééducation | |
|--|--|
| Questions posées et relances | Objectifs de la recherche |
| <p>« D'après vous, quels sont les enjeux et objectifs spécifiques des patients TC (modéré à grave) lors du retour à domicile ? »</p> <p>« Par votre expérience, quelles étaient les demandes principales de ces patients et de leurs familles ? quels étaient leurs volontés ? »</p> <p>« Comment ces patients sont-ils suivis lors du retour à domicile ? »</p> <p>« Quels sont les problèmes et limites rencontrés pour ces patients à cette phase ? »</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Les différents enjeux et objectifs de cette phase de prise en charge - Les demandes, volontés et doléances des patients - Les suivis existants / à approfondir / à envisager |

| | |
|--|--|
| <p><u>Relances :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Problèmes environnementaux</i> ➔ <i>Problèmes personnels (dus aux troubles, etc.)</i> ➔ <i>Problèmes professionnels</i> ➔ <i>Problèmes sociaux et familiaux</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Les problèmes et les freins rencontrés lors de cette phase de prise en charge. |
|--|--|

D'après le point de vue et l'expérience des locuteurs, la première dimension nous permet d'avoir un état des lieux concernant la prise en charge des patients TC lors du retour à domicile. Elle permet de faire un « bilan » à ce moment précis de prise en charge.

Le premier thème permet d'appréhender les objectifs pour ces patients dans cette phase de prise en charge pour ensuite mettre en place des interventions spécifiques. Les demandes des patients nous semblent être un sujet important à explorer dans cette étude. En effet, la participation active, la motivation et la perception consciente malgré les troubles comportementaux et cognitifs sont des éléments favorables de réhabilitation. Ce sont également des facteurs favorisant de satisfaction familiale et de réinsertion sociale (20,21). Nous abordons également les freins et les problèmes rencontrés à cette phase de prise en charge des traumatisés crâniens pour comprendre comment y remédier, les pallier, ou les prendre en considération lors des actions futures auprès de cette population.

Cette première étape de l'entretien établit la base du raisonnement du locuteur : quels sont les enjeux et les objectifs pour ces patients à cette phase de prise en charge, donc qu'allons-nous proposer par la suite ?

3.5.3. La deuxième dimension de l'entretien

Tableau II : Partie II du guide d'entretien

| Dimension 2 : L'activité physique et sportive chez les patients TC modéré à grave | |
|--|--|
| Questions posées et relances | Objectifs de la recherche |
| <p>« <i>Qu'en est-il de la participation de ces patients à l'activité physique et sportive ?</i> »</p> <p>« <i>Pour quelles raisons ces patients la pratiquent-ils ?</i> »</p> <p>« <i>Pour quelles raisons ne la pratiquent-ils pas ?</i> »</p> <p>« <i>Pour vous, comment l'activité physique et sportive influe-t-elle sur les troubles cognitifs ? sur l'autonomie de ces patients ?</i> »</p> | <ul style="list-style-type: none"> - La participation des patients TC à cette phase - Le motif de participation de ces patients - Les bienfaits et limites de l'activité physique et sportive pour ces patients |

| | |
|---|---|
| <p>« Pour ceux qui pratiquent l'activité physique et sportive, quelles difficultés peuvent-ils rencontrer ? »</p> <p>« D'après vous, dans quelles conditions cette pratique doit-elle être menée auprès de ces patients ? et pourquoi ? »</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Pratique individuelle / collective → Pratique en loisirs / compétition → Suivi spécifique, accompagnement de professionnels → Milieu inclus / associations / clubs handisports <p>« Quel impact cette pratique peut-elle avoir sur ces patients ? »</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Professionnel → Personnel (physique, comportemental, cognitif et psychologique) → Social et familial | <ul style="list-style-type: none"> - Les conditions de réalisation de l'activité physique et sportive - Le suivi nécessaire, les vigilances et les conduites à tenir - L'impact psycho-social et professionnel pour ces patients |
|---|---|

Ce que nous recherchons à comprendre, c'est l'intérêt spécifique pour ces patients de réaliser de l'activité physique et sportive. En plus de l'aspect purement physique qui est bien décrit dans la littérature (amélioration de la capacité cardiorespiratoire, amélioration de la mobilité et de la motricité), nous cherchons à comprendre s'il peut y avoir un autre intérêt vis-à-vis des troubles cognitifs (trouble exécutif, trouble de l'attention, etc.), des troubles comportementaux, des troubles psychologiques (7,9,21,28,29,34).

Nous recherchons également à comprendre la motivation et les raisons des patients : selon différentes études, des facteurs et stratégies motivationnelles mises en jeu permettent de favoriser l'initiation et le maintien de l'activité pour ces personnes (31,39).

Nous nous intéressons aussi aux conditions de cette pratique à travers les expériences de notre locuteur. Cela nous permet de comprendre comment la réaliser en fonction de la fatigue, des troubles dysexécutifs, des troubles du comportement, etc. Le but étant de pouvoir la rendre pérenne et efficace (7).

Cependant il est bien connu notamment pour les sportifs de haut niveau valides ou non, que la pratique du sport de manière intensive peut amener à des blessures, des souffrances dues à un surmenage, des troubles anxieux. Par le biais des difficultés rencontrées, nous nous intéressons aux problèmes spécifiques des patients TC pour comprendre les conduites à tenir et l'attitude professionnelle à avoir vis-à-vis à cette population.

3.5.4. La troisième dimension de l'entretien

Tableau III : Partie III du guide d'entretien

| Dimension 3 : Le rôle du MK dans l'accompagnement de l'activité physique et sportive pour les patients TC séquellaires | |
|--|--|
| Questions posées et relances | Objectifs de la recherche |
| <p>« Pensez-vous que l'intervention du masseur-kinésithérapeute peut-elle être pertinente auprès de ces patients lors de la reprise de l'activité physique et sportive ? »</p> <p><u>Relances :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Pouvez-vous me dire pourquoi ? → Les arguments favorables et défavorables à la présence d'un MK <p>« D'après votre expérience, comment le masseur-kinésithérapeute interagit-il dans ce processus ? »</p> <p><u>Relances :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Fréquence d'apparition dans les prises en charge → Nature et rôle de l'intervention du MK auprès du patient → Fréquence de suivi du patient <p>« Quelles compétences le MK doit-il mettre en œuvre afin de répondre au mieux aux besoins de ces patients pratiquant l'activité physique et sportive ? »</p> <p>« Comment le MK peut-il participer à la prise en charge des troubles cognitifs par le biais de l'activité physique et sportive ? »</p> <p>« D'après votre expérience, quels sont les acteurs intervenant dans la réhabilitation sportive de ces patients dans le cadre du suivi pluriprofessionnel ? »</p> <p>« Quelles sont les limites à l'intervention du MK auprès de ces patients dans ce contexte ? »</p> | <ul style="list-style-type: none"> - La réalité concernant la place du MK - Le partage de compétences et le suivi pluriprofessionnel - Les arguments positifs et négatifs à l'inclusion du MK dans le processus - La nature de l'intervention du MK - Les possibilités et axes d'amélioration |

Tout d'abord, nous souhaitons connaître la réalité du terrain : nous concentrons sur la place du MK. S'il fait partie du processus, comment interagit-il ? Quel atout de sa formation met-il en avant pour apporter une aide au patient TC lors de la pratique de l'activité physique et sportive ? Nous nous interrogeons ensuite sur les compétences qu'il doit solliciter afin de justifier son action auprès de ces personnes.

Comme précisé antérieurement, ils présentent des séquelles cognitives et comportementales dans la plupart des cas. Nous cherchons donc à savoir si le MK avec les

compétences qu'il détient, est un acteur pertinent pour accompagner ces patients dans la reprise d'activité physique et sportive.

Ensuite, à travers leurs expériences, nous cherchons à savoir quels professionnels les accompagnent et les suivent lors de la reprise ou dans le maintien de l'activité physique et sportive. Grâce à cela, nous essayons de comprendre les différentes organisations qui peuvent exister autour de cette population avec des besoins spécifiques.

Nous souhaitons également connaître les limites de l'intervention du MK au sein de cette équipe pluriprofessionnelle (si elle existe). Est-il plus limité qu'un autre professionnel par rapport à cette pathologie ? Ce thème permet d'aborder les axes d'amélioration pouvant être exploités. Ceci s'inscrit dans une démarche réflexive.

3.6. La méthode d'analyse

Avant toute analyse, chaque entretien enregistré est retranscrit mot pour mot dans un fichier de traitement de texte.

Selon différentes techniques d'analyse qualitative (*théorisation ancrée, analyse thématique selon Paillé et Mucchielli, technique de Miles et Huberman*), cinq étapes s'avèrent être importantes et nécessaires à une analyse qualitative rigoureuse (40) :

- La phase de codification
- La phase de catégorisation ou de thématisation
- La phase de mise en relation
- La phase de présentation des résultats
- La phase de vérification des données.

Après la retranscription des entretiens, nous avons donc procédé au codage de ces données brutes (Annexe V). Cette étape permet de transformer ces données en termes simples, concis et facilement identifiables afin de pouvoir classer les données. Il existe deux types de codes : des codes descriptifs (qui ne font pas d'interprétation des éléments sélectionnés) et des codes explicatifs (qui permettent d'expliquer la relation entre différents événements)(40). Nous avons choisi de ne pas préétablir de liste de codes afin de respecter cette démarche inductive (37).

Suite à cette étape de codage, nous procédons à l'étape de catégorisation ou de thématisation : cela consiste à définir des catégories qui regroupent les différents codes que nous avons pu faire émerger de nos entretiens. Cela représente un travail de regroupement. Selon Schatzman, il peut y avoir différents types de catégories qui s'intéressent à la désignation (qui permettent d'identifier un phénomène), au contexte, aux conditions, aux conséquences ou encore aux perspectives, etc. Il peut également ressortir des « catégories centrales » qui sont reliées aux autres catégories et qui sont plus souvent mises en évidence (35,37,40).

L'étape de mise en relation des catégories permet de faire ressortir les différents liens qui existent entre les thèmes de l'objet d'étude. Cela s'apparente plus à une analyse transversale, c'est-à-dire une analyse des relations entre les différentes catégories. Selon Lannoy, les différents liens entre catégories peuvent être d'ordre de *pondération* (récurrence de certains thèmes), de *subordination* (sous-thèmes), de *complémentarité*, *d'opposition* (40).

Ensuite, nous procédons à la présentation des résultats qui permet de mettre en évidence les liens entre les grandes thématiques qui ressortent des entretiens. Toute cette analyse nous permet de produire une synthèse explicative des informations recueillies mais n'ayant pas comme but de généraliser à la population (40).

Toute notre démarche s'effectue à l'aide du logiciel de traitement de texte Word® qui nous a servi de support afin de réaliser le codage et la catégorisation.

Notre analyse s'effectue tout d'abord entretien par entretien. Nous réalisons une synthèse pour chaque entretien reprenant chaque question et nous mettons en parallèle les codages correspondants (Annexe VI). Cela nous permet de contrôler si notre synthèse reste fidèle à notre analyse par codage. Puis nous procédons à une analyse transversale qui permet de confronter les différentes opinions des interlocuteurs par thème. Alors il en découle différentes logiques : une logique de confirmation, de nuancement ou d'infirmité. Le phénomène de saturation en analyse qualitative est relativement important et à prendre en compte : cela représente la répétition au cours de l'analyse de certaines catégories jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de production nouvelle.

4. RESULTATS

4.1. Les caractéristiques de l'échantillon

Au cours de notre étude, nous avons contacté par téléphone ou par mail 14 personnes afin de répondre à notre question de recherche. Notre échantillon de départ est composé de 4 masseur-kinésithérapeutes, 4 professeurs en activité physique adaptée, 2 médecins, 3 neuropsychologues et 1 membre associatif.

Trois personnes ont été exclues de notre échantillon car elles ne répondent pas aux critères d'inclusion, c'est-à-dire n'ayant pas d'expérience dans la prise en charge de patients atteints de traumatisme crânien que ce soit en phase aiguë ou séquellaire. Par la suite, 4 personnes de l'échantillon n'ont pas pu être incluses dans l'étude pour différentes raisons (indisponibilité, manque de temps, perte de vue).

Comme nous pouvons le constater dans ce diagramme de flux ci-dessous, **6 entretiens** ont été réalisés et analysés dans le cadre de cette étude (Fig. 1).

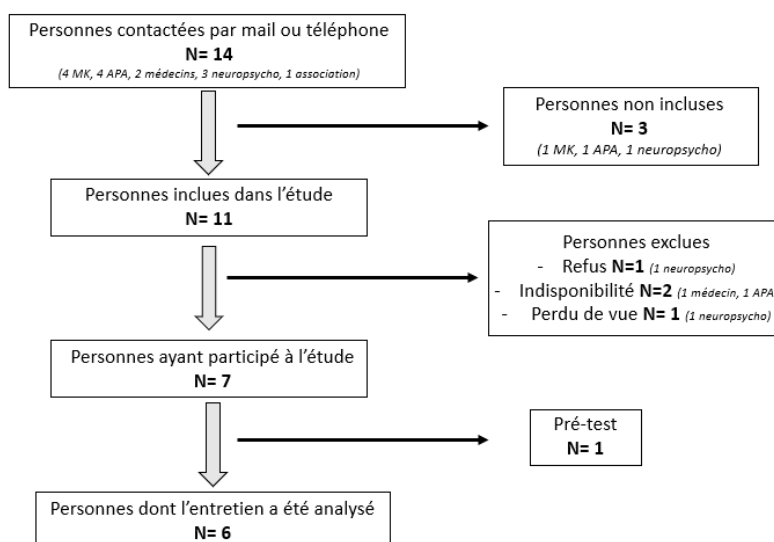


Fig.1 : Diagramme de flux représentant l'échantillon sélectionné pour l'étude.

Les entretiens ont été réalisés sur la période du 1^{er} décembre 2019 au 31 janvier 2020. Les caractéristiques précises des personnes interviewées sont décrites dans le tableau ci-dessous (Tableau IV).

Tableau IV : Caractéristiques des personnes interviewées de l'étude.

| N° Entretien | Temps / Date | Moyen | Profession | Remarques |
|--------------|---------------------|-------|--|--|
| E1 | 1h06min 13/12/19 | RDV | Masseur-kinésithérapeute | Elle exerce depuis 30 ans dans un centre de rééducation neurologique et a de l'expérience dans la prise en charge de patients atteints d'affections neurologiques dont les TC. Cet entretien nous a permis de tester notre guide d'entretien. |
| E2 | 59min 17/12/19 | RDV | Retraitée | Elle est à l'origine et la présidente d'une association pour les familles de traumatisés crâniens en Lorraine. Depuis 15 ans, elle accompagne les familles et les patients atteints de TC au quotidien et est elle-même personnellement concernée. |
| E3 | 28min 10/01/20 | RDV | Masseur-kinésithérapeute (Depuis 1987) | Elle a exercé 28 ans en milieu hospitalier et 4 ans en centre de rééducation neurologique dans lequel elle a pu prendre en charge de nombreux patients atteints de traumatisme crânien. |
| E4 | 29min 10/01/20 | RDV | Masseur-kinésithérapeute (Depuis 2005) | Elle a exercé 4 ans en milieu hospitalier dans un service de neurologie prenant en charge des patients atteints d'affections neurologiques chroniques. Elle a ensuite exercé 10 ans dans ce centre de rééducation neurologique dans lequel elle a pris en charge beaucoup de patients atteints de traumatisme crânien. Elle a également fait des formations concernant l'hémiplégie. |
| E5 | 29min 10/01/20 | RDV | Enseignant en activité physique adaptée (Depuis 10 ans) | Il a exercé en service psychiatrique et dans l'unité de la douleur. Il exerce à mi-temps depuis 6 mois dans le centre de rééducation neurologique. |
| E6 | 1h14min 10/01/20 | RDV | Enseignant en activité physique adaptée (Depuis 1988) | Il exerce dans le centre de rééducation neurologique depuis l'obtention de son diplôme et a donc plus de 30 ans d'expérience avec des patients atteints de traumatisme crânien. |
| E7 | 29min 31/01/20 | Tél | Médecin MPR | Il est masseur-kinésithérapeute diplômé en 1998, ayant repris ses études de médecine en 2001. Il est actuellement médecin MPR et chef de service de rééducation neurologique spécialisé dans la prise en charge de patients cérébrolésés et blessés médullaires. Il est également titulaire d'un diplôme d'ostéopathie médicale et de médecin du sport. Il a également une fonction de médecin fédéral Handisport®. |

4.2. La présentation des résultats des entretiens

4.2.1. Les données concernant la prise en charge des patients TC après la sortie du centre de rééducation

Les objectifs et demandes variées des patients atteints de TC lors de la sortie du centre de rééducation :

Le travail et l'élaboration d'un projet individualisé et personnalisé avec des objectifs propres au patient est un axe abordé dans plusieurs entretiens.

E4 : « Donc ça c'est un projet qui se construit en amont avant la sortie. » [01 :55]

E6 : « Parce qu'on est quand même projet centré sur la personne. » [03 :06]

E7 : « c'est ça c'est mettre en œuvre un projet de réadaptation et réinsertion socio-professionnel. » [01 :22]

Les objectifs peuvent varier dans le temps mais également en fonction des séquelles et de l'âge du patient.

E4 : « L'objectif va être déjà de retrouver une vie sociale après plus ou moins professionnel, c'est fonction de la sévérité des troubles qu'il reste derrière. » [01 :35] // « Bah ça dépend de l'âge du patient. Professionnel si c'est un jeune forcément. » [01 :55]

E6 : « c'est un truc à réécrire sans cesse, qui évolue sans cesse un projet. Il y a jamais rien de définitif. » [01 :19]

Dans l'E2 et l'E4, la famille est incluse dans le projet. Dans l'E6, il y a une attention donnée sur la distinction entre le projet du patient et celui de la famille, ce dernier ne devant pas empiéter sur le projet propre de la personne TC.

E2 : « c'était vraiment pour travailler avec les familles, faire une estimation de ce qu'ils avaient besoin, faire aussi au niveau des blessés et ne jamais dissocier famille et blessés lorsque ça existe encore » [03 :00]

E4 : « Donc ça c'est un projet qui se construit en amont avant la sortie // Avec la famille, les ergothérapeutes [...]. » [02 :28]

E6 : « La famille ... là y'a deux approches, à la fois l'approche du traumatisé, et l'approche de la famille parce que les ambitions sont pas les mêmes. » [03 :06]

Nous avons pu relever que le patient peut éprouver des difficultés à l'élaboration de son projet à cause de ses troubles cognitifs. Cela nécessite parfois une aide des structures compétentes ou l'accompagnement des professionnels de santé.

E5 : « Alors c'est compliqué parce que souvent les gens demandent, les patients veulent refaire comme avant. Après c'est compliqué parce que y'a tout un cheminement physique, psychologique. » [02 :42]

E6 : « parce que souvent le TC souffre encore de certains troubles, de l'anosognosie ou des choses comme ça donc la projection est compliquée. C'est pour ça qu'il y a des UEROS pour les aider à formaliser leur projet. » [01 :19]

La transition entre le centre de rééducation et le retour à domicile est parfois une épreuve pour ces patients.

E2 : « Alors après c'est là où on intervient parce que c'est la grande difficulté de savoir qu'est-ce qu'on fait avec nos TC graves parce qu'il y en a qui veulent repartir à domicile, y'en a qui veulent pas repartir en établissement, y'a des familles qui sont très loin de comprendre pourquoi il faudrait qu'ils aillent en établissement. » [06 :27]

E3 : « le retour à domicile c'est bien mais ils rentrent d'un milieu clos avec des gens bienveillants, parce que tout le problème du TC c'est de s'intégrer dans la société [...] » [02 :32]

Un accompagnement et un suivi lors de la sortie du centre de rééducation s'avère être nécessaire pour éviter une mise en danger ou encore pour maintenir le projet et/ou une activité avec des aides adaptées. Ces patients et leurs familles souhaitent également être orientés vers des personnes ressources.

E2 : « Et c'est ça dont les familles ont besoin, d'être accompagnées » [13 :08]

E6 : « Donc je dirais que le but de la manœuvre quand ils sortent d'ici c'est d'être sûr qu'ils soient bien entourés et qu'ils puissent continuer à vivre, à avoir une activité » [01 :19]

E7 : « Donc du coup l'étayage à la sortie du patient elle est quand même nécessaire pour le garder en sécurité » [01 :22] // « La plupart du temps ce qu'ils souhaitent c'est vraiment d'avoir un étayage leur permettant d'avoir des personnes ressources qui seraient disponibles et qui permettrait de poursuivre le travail fait en rééducation » [02 :45]

La réintégration sociale fait partie des objectifs les plus cités dans les entretiens.

E3 : « Et puis il y a aussi [...] avoir une vie sociale, et c'est la troisième dimension, la vie sociale et pouvoir s'intégrer. » [03 :18]

E4 : « L'objectif va être déjà de retrouver une vie sociale après plus ou moins professionnel [...]. » [01 :35]

La reprise d'une activité professionnelle fait également partie des objectifs cités.

E3 : « Et puis il y a cette demande de retrouver du travail, donc le retour au travail avec toutes les exigences que ça comporte. » [03 :18]

E4 : « Bah y'en a beaucoup qui parlent de reprendre le travail, ça c'est certain. » [03 :12]

E7 : « et du coup à mon avis c'est la chose principale à mettre en œuvre lors de son retour à domicile, c'est ça c'est mettre en œuvre un projet de réadaptation et réinsertion socio-professionnel. » [01 :22]

Les personnes atteintes de TC ont également comme volonté de récupérer une autonomie dans la vie quotidienne et une qualité de vie satisfaisante.

E3 : « [...] parce que tout le problème du TC c'est de s'intégrer dans la société [...] puis aussi une qualité de vie. » [02 :32]

E5 : « Ouais au départ retour à l'autonomie, pouvoir faire un maximum de choses qu'il pouvait faire avant entre guillemets tout en adaptant les choses forcément » [02 :09]

Ils souhaitent également pouvoir reconduire.

E3 : « Et puis il y a aussi la mobilité, pouvoir conduire, [...] » [03 :18]

E4 : « Bah y'en a beaucoup qui parlent de reprendre le travail, ça c'est certain. Après le permis. » [03 :12]

L'environnement est un acteur primordial dans le maintien de l'autonomie de ces patients.

E4 : « Après tout dépend de l'environnement du patient, s'il habite en ville ça va être plus simple, s'il habite en campagne et qu'il a pas le permis, ça va être plus compliqué. Il va forcément y avoir des dépendances vis-à-vis d'autres personnes. » [02 :22]

E7 : « Les objectifs à la sortie du centre de rééducation vont surtout être à mon avis d'ordre de réinsertion et d'adaptation de la personne à son environnement ou d'adapter l'environnement à la personne. » [01 :22]

Le suivi des patients atteints de TC lors du retour à domicile :

Concernant le suivi lors du retour à domicile, il est adapté à chaque patient en fonction de ses séquelles mais également en fonction du projet.

E7 : « Alors quand ils retournent au domicile, bah ça dépend du niveau séquellaire, parce que certains vont pouvoir effectivement reprendre une activité professionnelle, [...] d'autres ils vont pas pouvoir le faire, ils vont pouvoir par contre rester au domicile avec une activité modérée, et d'autres par contre ne pourront pas le faire et on va devoir leur attribuer une sorte de coach pour les suivre au quotidien parce que la famille peut pas forcément se détacher et se consacrer à 100% pas à la surveillance mais au suivi de leur propre compagnon, enfant, partenaire. » [03 :30]

Un suivi ponctuel peut être réalisé par une équipe mobile rattachée au centre de rééducation afin de favoriser la transition avec le retour à domicile.

E3 : « Emanant du centre, il existe une équipe mobile qui permet d'avoir 2-3 séances d'accompagnement pour faire la transition. » [04 :12]

E6 : « Donc alors à l'heure actuelle, au centre il y a l'équipe mobile [...]. En fait ce sont des collègues qui sont détachés et qui vont travailler avec le sujet dans leur milieu. » [06 :25]

Cette équipe intervient dans une démarche écologique, elle a un rôle d'évaluation, d'accompagnement, de conseil, de sensibilisation et de création de lien avec d'autres structures.

E5 : « En kiné, y'a un kiné qui va suivre selon les besoins de la personne et qui va pouvoir voir si y'a besoin d'un suivi libéral. L'ergo c'est pareil, sur les alentours, pouvoir marcher, la fonctionnalité, qu'est ce qui est fonctionnel ou non. Et puis en apa aussi, y'a une équipe mobile d'apa, si la personne veut continuer à pratiquer une activité, peu importe l'activité, on est là sur les premiers mois pour l'amener vers des associations, un club de sport. On essaie vraiment de faire un peu passerelle pour faire le lien entre l'hospit et le retour chez soi. » [03 :35]

E6 : « C'est vraiment une approche écologique. Et là en fonction du projet qu'on aurait établi, on va essayer de voir quels sont les moyens à mettre en œuvre pour atteindre cet objectif. » [06 :25]

Après cette phase de transition, il existe une réelle fracture dans le suivi de ces patients.

E2 : « Sur les 900 personnes je peux vous dire y'en a 80% qui ne voient jamais un médecin dans l'année. Ou une fois dans l'année. » [18 :16]

E3 : « En ce qui concerne la kinésithérapie pure, en général s'ils sortent, les TC à moins qu'il y ait un problème spécifique mécanique et autres, il n'y a plus tellement de suivi. » [04 :12]

Les acteurs sociaux peuvent avoir un rôle important dans ce suivi.

E4 : « Il peut aussi y avoir des aides à la participation à la vie sociale, des choses comme ça. » [04 :20].

Les problèmes rencontrés des patients lors de cette phase de prise en charge :

Les problèmes rencontrés à cette phase de prise en charge sont nombreux et multifactoriels. La gestion des troubles du comportement peut être une difficulté et peut notamment menacer l'autonomie et la cognition sociale de ces patients.

E3 : « Il y a des problèmes personnels. Il peut y avoir des problèmes de comportement, des comportements un peu exagérés, des colères et puis physiques. » [05 :06]

E7 : « Donc à mon avis les premiers freins, les plus grosses limites et les plus grosses difficultés auxquelles ils vont être confrontés ça va être la bonne maîtrise de ces troubles-là qui sont des vraies sociopathies quoi. Qui mettent en danger toute cette cognition sociale. » [04 :48]

Les troubles cognitifs sont spécifiques des patients atteints de TC et peuvent entraver l'autonomie, la socialisation, etc.

E2 : « En général notre TC, l'initiative, le manque d'initiative c'est réhibitoire, pour se lancer à faire quelque chose c'est réhibitoire. » [18 :56]

E4 : « Y'a les troubles mnésiques qui peuvent perturber, et pleins de choses pour organiser ses sorties, les planifier. » [05 :30]

E7 : « y'a celles qui sont en pleine possession de leur motricité qui vont être confrontées à une incompréhension des gens qu'ils vont côtoyer face à leurs problèmes neurocognitifs que ce soit sur le plan mnésique, même comportementaux avec tous les troubles émotionnels [...] qui peuvent exploser et se mettre en difficulté voir en danger dans leur quotidien. » [04 :48]

Le handicap « invisible » de ces personnes est peu reconnu.

E2 : « Y'a une vraie faille à ce niveau-là, quand ils sont pas du tout présents, et même après quand ils sont un peu présents, on tombe dans le handicap invisible où leurs problèmes de mémoire de tout ça c'est pas admis. Ils veulent pas les reconnaître adultes handicapés. » [06 :27]

Les relations sociales demeurent altérées pour diverses raisons comme la coupure de l'hospitalisation, les troubles cognitifs et comportementaux, l'environnement défavorable...

E2 : « Bah ils se referment, ils s'isolent. Ce sont des familles isolées. » [21 :52]

E3 : « Des problèmes sociaux peuvent être inhérents. » [05 :58]

E4 : « Il y a des facteurs qui favorisent de pouvoir se réinvestir socialement et puis y'a pleins de facteurs limitants : les troubles cognitifs, le manque d'accessibilité, la famille si elle est pas présente ou si elle travaille, le manque d'argent... » [06 :43]

E5 : « Vie privée aussi parce qu'il faut entre guillemets refaire sa vie, retrouver un entourage, un lien social qui a été coupé en hospit. » [07 :26]

L'environnement non adapté peut entretenir mais également générer des difficultés fonctionnelles tant physiques que cognitives.

E7 : « Bah ces patients là ils vont être confrontés à un environnement qui ne maîtrise pas leur problématique et qui peut même peut-être entretenir leurs difficultés. » [04 :48]

Des problématiques de transport ou d'accessibilité peuvent impacter cette autonomie mais également la socialisation.

E2 : « y'en a une qui est hémiparésie gauche aphasique avec une canne, elle est même pas prise par le Stan pour aller chez le kiné « nan bah elle peut prendre le tram ». Pas de problème ! ah je ne sais pas quel genre de handicap il faut pour prendre le Stan aussi. » [47 :48]

E4 : « Après tout dépend de l'environnement du patient, s'il habite en ville ça va être plus simple, s'il habite en campagne et qu'il a pas le permis, ça va être plus compliqué. Il va forcément y avoir des dépendances vis-à-vis d'autres personnes. » [02 :28]

Ces patients et leurs familles peuvent présenter des problèmes financiers.

E4 : « Il y a des facteurs qui favorisent de pouvoir se réinvestir socialement et puis y'a pleins de facteurs limitants : [...] le manque d'argent... » [06 :43]

E6 : « Donc du coup on est lié à des problèmes de transport, liés à des problèmes financiers, [...] » [10 :06]

Ils peuvent avoir des déficiences physiques et orthopédiques comme de l'épilepsie.

E3 : « Il peut y avoir des problèmes [...] physiques. Il peut y avoir la présence de crises d'épilepsie. » [05 :06]

La famille reste peu informée et peu préparée à la prise en charge de leur proche atteint de TC.

E2 : « Seulement quand on ne nous dit pas tout en sortant de l'hôpital, on ne nous explique pas ce qu'est un TC, et on explique pas à la famille les conséquences d'un TC, donc du coup tout le monde que ce soit le TC modéré ou la famille, il est là à se poser des questions pourquoi il change » [06 :27] // « Les familles ne sont pas préparées. Tomber du monde ordinaire au monde du handicap sans avoir de préparation c'est un peu rude. » [21 :52]

L'entourage peut se trouver désemparé face à la situation aboutissant à des difficultés familiales. Les aidants naturels peuvent être peu présents voire absents.

E2 : « c'est la famille qui reprend, qui sont crevés, qui en peuvent plus, qui sont causes de divorce, qui sont cause de fratrie qui n'en peuvent plus, qui changent d'orientation scolaire, c'est un vrai cataclysme dans une famille. » [13 :08] // « Bah les familles il y en a beaucoup qui arrêtent de travailler en général, on peut plus. » [23 :13]

E3 : « Donc ça ça reste vraiment anxiogène pour la personne qui vit avec le TC. » [05 :06]

E4 : « La famille elle peut travailler aussi et pas pouvoir se libérer, donc ça, ça peut poser souci aussi. » [06 :43]

E6 : « est-ce que la famille va tenir physiquement, s'ils risquent pas de faire un burn-out à un moment ou à un autre, vivre avec un TC c'est pas vivre avec une personne normale, y'a des troubles, y'a des séquelles... » [12 :44]

4.2.2. Les données concernant l'APS chez les patients TC

La participation à l'APS des patients atteints de TC :

Concernant la fréquence de pratique de l'APS chez ces patients, il existe des avis différents. Certains estiment qu'elle est fréquemment pratiquée et surtout pour les populations jeunes. D'autres pensent qu'elle est très peu pratiquée. D'autres n'émettent pas d'avis car ils n'ont pas de certitude.

E3 : « Bah souvent ils vont en salle. Alors après dire si c'est fréquent ou non... » [06 :51]

E5 : « Donc quand même dans la plupart des cas les gens ils veulent pratiquer. » [08 :51]

E6 : « Alors j'ai pas de chiffre, mais sincèrement oui. Comme c'est une population relativement jeune, le rapport au corps est quand même assez particulier et ils se rendent compte aussi que l'activité ça leur fait du bien. » [15 :37]

Les pratiques varient en elles-mêmes en termes d'intensité et de nature. Ces pratiques sont individuelles et collectives. Certains interlocuteurs notent plus d'intérêt chez ces patients pour des activités individuelles de type endurance, aérobiques, répétitives ou en salle de sport.

E3 : « Bah souvent ils vont en salle. [...] après ceux qui peuvent, ils sont assez friands de ça. » [06 :51]

E4 : « Après y'en a qui découvrent ici au centre, on essaye de leur faire découvrir plusieurs sports qui sont accessibles, [...], du sport type salle de muscu avec du tapis de marche avec du renforcement musculaire et tout ça mais ça peut être aussi des sports co, du pingpong, du basket et tout ça. » [11 :30]

E5 : « Alors c'est une pratique générale, c'est-à-dire que pour certains ça va être juste de marcher un petit peu, de faire le tour de pâté de maison, de faire des courses ou d'autres d'aller faire un vrai sport entre guillemets, en salle. » [08 :51]

E6 : « Bon le fait d'être dans un groupe ça peut être plus catastrophique mais ils sont bien dans des activités répétitives, relativement faciles, plus énergétiques. Donc ça ils aiment bien faire du vélo, faire de la marche, de la natation. » [15 :37]

Il y a de nombreuses raisons pour lesquelles ils souhaitent et pratiquent l'APS. Le bénéfice psychologique issu de cette pratique permet à ces patients de s'évader de leur quotidien, d'améliorer leur estime personnelle, d'éprouver du bien-être, et d'en tirer une certaine résilience.

E3 : « Et puis bah pendant qu'ils font une activité physique ils pensent pas à leurs maux, et je pense que ça leur permet d'oublier le handicap, le handicap invisible. » [07 :10]

E6 : « je pense que quand ils font une activité comme ça ils ont peut-être une perception de la réalité qui est différente, et du coup ils arrivent à s'évader et à prendre du plaisir dans ce qu'ils font. » [18 :40]

E7 : « ça fait partie des choses qu'ils aimaient pratiquer donc dès lors qu'ils peuvent la repratiquer bah ça leur procure une sorte de victoire sur la maladie, et du coup ça les motive à pratiquer. Soit ils y trouvent du réconfort, un bien-être [...] » [08 :44]

Le bénéfice physique issu de cette pratique leur permet d'entretenir leurs compétences physiques et d'en être acteur et témoin.

E4 : « Je sais pas si c'est un jeune patient qui a des difficultés motrices, des séquelles d'hémiplégie, ça peut apporter que du bonus de faire un entretien physique régulier, d'entretenir les amplitudes articulaires, entretenir la fonction motrice. » [10 :40]

E7 : « et puis aussi plus physiologique de l'apport du sport sur leur condition physique qui va permettre de supporter plus les efforts aussi. » [08 :44]

Le fait qu'ils aiment l'APS ou qu'ils en pratiquent avant leur accident favorise l'adhésion de ces patients.

E2 : « En général, oui c'était des sportifs avant. Pour ceux qui voulaient en refaire, c'était des âmes de sportifs on va dire. » [45 :17]

E4 : « C'est sûr que c'est plus facile s'ils aimaient le sport avant. Ils accrochent plus facilement. » [11 :30]

E7 : « Alors ils la pratiquent alors soit parce que c'était déjà des sportifs avant et donc ça fait déjà partie de leur style de vie et ça fait partie des choses qu'ils aimaient pratiquer » [08 :44]

L'APS leur permet également d'accroître leurs liens sociaux et également de s'ouvrir sur le monde extérieur.

E3 : « Bah je pense que ça les sort de chez eux. » [07 :10]

E4 : « Et en même temps bah c'est le cadre social, le fait de voir du monde et tout ça. » [10 :40]

E7 : « bah du coup ils se retrouvent avec d'autres personnes avec qui ils peuvent partager, ce côté de groupe qui va dynamiser, l'occasion de resocialiser un petit peu, [...] » [08 :44]

Il y a également de nombreuses raisons pour lesquelles ils ne pratiquent pas d'APS. Tout simplement parce que ces patients n'aiment pas l'APS ou cela ne fait pas partie de leur culture ou de leur projet.

E2 : « Ils ont peur de courir, du ballon, y'a une peur de développée par rapport à l'activité sportive. » [26 :45]

E4 : « Bah parce qu'ils aiment pas tout simplement. » [12 :44]

E5 : « C'est pas leur priorité, d'abord en sortant, c'est pas forcément leur priorité. » [11 :59]

E6 : « Après y'a aussi un côté culturel, je veux dire bon c'est rare mais le modèle sportif n'est pas un modèle accepté par tout le monde. » [20 :15]

L'environnement a un rôle important dans la limitation de la pratique d'APS de ces patients.

E3 : « On a souvent des jeunes qui ont des accidents de la voie publique et qui se retrouvent isolés parce qu'ils n'ont pas le permis, et il n'y a pas forcément une salle de sport. » [07 :35]

E4 : « Mais c'est pareil il faut avoir des clubs d'handisport pas trop loin de chez soi, il faut qu'il y ait de l'accessibilité en transports en commun si le patient n'a pas le permis, ou la famille qui prend le relais pour le transport. Mais le transport c'est souvent compliqué. » [11 :30]

E7 : « et ils peuvent aussi peut-être avoir des environnements pratiques qui sont pas forcément adaptés [...] » [07 :07]

L'importance des troubles cognitifs et comportementaux peut également être un obstacle : la gestion des émotions, les syndromes dysexécutifs les troubles mnésiques et apathiques.

E2 : « lorsqu'ils loupent une balle, y'en a qui peuvent s'énerver, ça peut vite dégénérer. » [35 :45]

E6 : « Après encore une fois si le TC est grave, on avait parlé un petit peu de la patience, de l'impatience, de la tolérance, de l'intolérance, quand un TC commence à partir en vrille, c'est pas qu'il est incontrôlable dans le sens où il va taper sur tout le monde mais intellectuellement tu vas pas pouvoir justifier le fait que « non c'est bien ce que tu fais, continue, allé on reprend le ballon et on recommence ». » [20 :15]

E7 : « c'est-à-dire qu'ils sont peut-être limités déjà dans la démarche, dans la prise d'initiatives, parce qu'on va retrouver des gens parfois complètement apathiques qui ont des problèmes organisationnels, qui ont des problèmes de planification, qui vont pas réussir à se rappeler, et donc à configurer leur vie autour de séances sportives » [07 :07]

D'autres raisons comme le manque d'aidant naturel, des problèmes financiers ou un état psychologique non préparé empêchent également la pratique d'APS pour ces patients.

E5 : « Après c'est plus les effets pervers psychologiques, souvent quand ils sortent pas encore du deuil ou quoique ce soit, c'est pas évident pour eux de refaire autre chose. » [11 :59]

E6 : « et après y'a le problème de l'argent. Parce que pratiquer une activité dans une structure ça coûte. // Donc y'a des éléments, ou alors il a pas de famille. » [20 :15]

Le manque d'offres existantes d'APS adaptée est un frein important de notre société. Les patients pratiquent parfois de ce fait dans des structures classiques où il y a un manque de formation de l'encadrement pour leur prise en charge.

E5 : « C'est là le problème aujourd'hui l'offre elle est limitée. Soit elle est limitée soit elle est pas assez connue ni répandue. » [18 :43]

E6 : « Quand on a des services qui sont polyvalents comme ça, là aussi y'a une espèce de perte de chance parce qu'il n'est pas confronté à la richesse que la société peut proposer aux pratiquants. » [20 :15]

E7 : « et ils peuvent aussi peut-être avoir des environnements pratiques qui sont pas forcément adaptés avec un manque de formation des personnes autour du sportif, qui au lieu de prendre en considération ses difficultés, vont pas forcément en être capable et peut-être créer une atmosphère insatisfaisante au sportif et du coup il n'y retournera plus. » [07 :07]

L'orientation est favorisée vers les clubs handisport ou formés à la prise en charge du handicap.

E2 : « Plutôt en milieu spécifique. Avec un accompagnement qui connaît le handicap, c'est déjà un plus. » [40 :02]

E4 : « et après y'a des clubs de handisport donc les profs APA peuvent aussi les renvoyer vers des clubs de handisport. » [11 :30]

L'influence de l'APS sur les troubles cognitifs de ces patients :

L'APS est décrite comme sollicitant favorablement la plasticité cérébrale et la reconfiguration neuronale, celle-ci agissant positivement sur les troubles cognitifs.

E4 : « [...] mais pour la plasticité cérébrale au niveau cognitif c'est bon aussi, probablement. » [12 :55]

E7 : « Bah alors j'ai vu passer pas mal d'éléments là-dessus sur la reconfiguration, sur la reconstruction et la stimulation de la plasticité cérébrale sur les activités sportives, que ce soit sur le travail de l'équilibre, la connexion entre tous les éléments de planification de gestes, d'analyse de phase de jeu, de concentration sur une tâche, de répétition d'une tâche, de travail de la distractibilité qui va falloir mettre à l'épreuve sur une pratique sportive, la notion de double tâche, donc tous ces éléments-là sont mis à l'épreuve lors d'une pratique de sport et notamment sur les pratiques en groupe. » [10 :15]

De plus, l'APS nécessite des règles, une rigueur qui impose un certain cadre structurant aux patients qui la pratiquent. Ceci est bénéfique pour des personnes ayant des troubles comportementaux et cognitifs.

E4 : « c'est sûr que ça donne un cadre, quand on fait un sport co, y'a des règles à suivre, donc pour des troubles comportementaux ça peut les canaliser. Ça donne une rigueur, une assiduité dans le respect des horaires et tout ça. » [12 :55]

L'atout de l'APS dans le cadre de la prise en charge des troubles cognitifs est de pouvoir être modulée selon les objectifs de travail cognitif.

E5 : « Alors, on voit des belles évolutions sur l'activité physique parce qu'on arrive à les gérer soit par des activités physiques adaptées qui demandent de la concentration, de la réflexion, calcul... » [13 :04]

E6 : « Reste que si c'est très complexe on a la possibilité d'aménager, de travailler plus la mémorisation, plus la spatialisation, plus le travail en coopération, plus le travail en position, plus le travail en bimanuel, plus le travail de course de saut de mobilisation membre inf, plus un travail de coordination, plus un travail d'endurance, plus un travail de force ... on a pleins pleins pleins d'éléments qui sont adaptés à la difficulté. » [25 :30]

Il existe une variété importante de sports ce qui permet d'en trouver un qui soit adapté au patient, à ses envies et à ses objectifs de travail cognitif. Ces sports variés ont des sollicitations cognitives multiples (*E6 [25 :30]*).

L'influence de l'APS sur l'autonomie de ces patients :

L'entretien des performances motrices par le biais de l'APS permet d'améliorer l'autonomie physique du patient.

E4 : « Le fait de faire du sport s'il reste des séquelles motrices, ça va entretenir les performances motrices donc ça va maintenir l'autonomie » [13 :43]

E5 : « La progression influe forcément sur l'autonomie parce que selon les progrès les personnes peuvent faire plus de choses et quand on peut faire plus de choses les personnes sont un peu plus motivés à être autonomes. » [14 :13]

L'autonomie gagnée lors de l'APS est aussi cognitive.

E4 : « et puis bah le fait de suivre un emploi du temps, de prendre un transport, et tout ça, forcément ça incite à faire les choses par soi-même [...] » [13 :43]

E7 : « Bah favorablement aussi, [...] sur une probable amélioration de leurs capacités cognitives, » [12 :06]

En centre de rééducation, l'APS est notamment utilisée à des fins de bilan, pour tester l'autonomie du patient.

E6 : « Donc est ce qu'il est capable de se débrouiller tout seul. Et à la rigueur s'il ne comprend pas les consignes est-ce qu'il est capable de regarder les autres pour reproduire ce qu'ils font pour s'adapter un peu mieux à l'exercice, et puis bah après en autonomie. » [29 :14]

Ce qui est décrit dans un entretien, c'est l'aspect global de l'APS qui permet de favoriser l'autonomie : c'est tout ce qui entoure la pratique, c'est-à-dire la préparation de ses affaires, le rangement du matériel, etc. (*E6 [29 :14]*).

Les difficultés rencontrées lors de la pratique d'APS chez ces patients :

Ces patients rencontrent de nombreuses difficultés dans la pratique de l'APS similaires à celles rencontrées lors du retour à domicile : en lien avec les troubles cognitifs et comportementaux, avec l'environnement, avec l'argent ou la famille. On retrouve également les difficultés matérielles.

E2 : « N'importe qui même dans les services SAVS machin « ah bah il me dit non, il me dit qu'il veut pas ». Donc on se contente de parce que la personne a dit non. Bah non, avec eux ça marche pas comme ça. » [34 :40]

E4 : « Bah c'est toutes celles qu'on a évoqué, l'environnement, le matériel, le financier, la disponibilité des aidants, donc tout ça. » [14 :15]

Il y a aussi des difficultés qui relèvent de la société : le public est peu ou mal sensibilisé au monde du handicap et de l'APS, ce qui peut influencer négativement sur l'adhésion à une pratique.

E2 : « Mais il a pas pu continuer parce que il s'est fait moqué 2-3 fois et d'autres se sont moqués de lui en disant « mais toi tu as de l'aide, je vois pas pourquoi on compterait tes points » du coup il a arrêté. C'est le regard extérieur qui les fait arrêter. » [41 :18]

E5 : « Les gens se font une image du sport, d'handisport. Puisqu'on voit aujourd'hui ceux qu'on voit à la télé ce sont des gens qui font que ça. Donc aujourd'hui on ne prend exemple que sur ça pour une image d'une activité physique adaptée pour eux. » [15 :30]

Il y a un manque d'offres adaptées pour ces patients. Cela implique qu'ils se rendent dans des clubs « classiques » qui ont peu d'encadrants formés à la prise en charge du handicap.

E5 : « On fait du sport dans un terme générique, où les gens sont mélangés mais on fait une séance globale, y'a plus de spécificités. » [15 :30]

Les conditions de réalisation de l'APS :

Pour la pratique d'APS pour ces patients, un encadrement est nécessaire notamment à cause des troubles cognitifs et comportementaux. Cette pratique doit être encadrée davantage si c'est une pratique collective en petit groupe avec une dynamique commune.

E2 : « C'est toujours le même soucis, même dans le travail, c'est la même chose c'est l'accompagnement. Si on comprend ses difficultés, si on comprend qu'il peut avoir des pertes de mémoire, si on comprend qu'il faut répéter même trois semaines après, les choses vont faire. Mais sinon c'est fini, les gens arrêtent. » [41 :18]

E5 : « Après les modalités moi je vois ça plutôt comme un collectif individuel. On regroupe les gens, pas beaucoup, 5 personnes mais [...] c'est individualisé à chaque patient. » [17 :42]

E7 : « Moi je pense qu'il s'agirait de faire les choses en deux temps avec une pratique individuelle initiale, et après en fonction de la réaction et de la demande des personnes, peut-être créer des groupes avec des dynamiques communes. » [16 :21]

Malgré l'offre insuffisante, il est préconisé d'orienter les patients vers des structures handisport ou formés à la prise en charge du handicap pour favoriser leur intégration dans le club.

E4 : « Donc si on va dans un club handisport en général ça se passe mieux [...] » [14 :15]

E5 : « on est tourné plus sur le secteur handisport, voilà association. Parce que les clubs de sport, y'en a partout mais y'a personne dedans. » [18 :43]

E6 : « bien sûr on met plus de chances de son côté en l'amenant dans une structure où les gens sont au courant et qui sont formés que dans une autre structure. » [37 :50]

E7 : « Il faut que ce soit un environnement très bienveillant avec des gens qui soient formés à ces problèmes neurocomportementaux auxquels ils peuvent être exposés. » [14 :05]

La pratique en club « classique » est possible mais sous condition d'un accompagnement de la personne au préalable.

E4 : « mais après si on reprend le sport dans une association sportive classique ou dans une salle de gym classique, il va falloir que le patient explique ce qu'il a, ça demande à nous un travail en amont d'accompagnement et de préparation. » [14 :15]

Retrouvé fréquemment dans les entretiens, les conditions de l'APS doivent être adaptées en fonction de chaque patient.

E4 : « Oh ça c'est vraiment au souhait de chacun. Ça peut être en compétition avec un club de handisport si besoin, ça peut être complètement loisir, collectif ou individuel, peu importe, c'est plutôt le plaisir que la patient va prendre à faire l'activité qui va faire qu'elle sera maintenue dans le temps, [...] » [15 :40]

E6 : « Après c'est au cas par cas. Sincèrement je trouve que on a pas le droit d'imposer un mode de pratique au sujet. Ici on fait du collectif et de l'individuel. » [35 :11]

E7 : « je pense qu'il faut arriver à avoir une possibilité de flexibilité de l'activité en lien avec leurs propres troubles, donc il faut réussir à adapter et à ajuster des séquences, peut-être faire des choses courtes, variées, et voir celles auxquelles ils adhèrent le mieux, et peut-être leur permettre de travail aussi cette flexibilité. » [14 :05]

Il n'y a pas de restriction en termes de type d'activité sous conditions qu'elle respecte les capacités cognitives et motrices du patient. Il faut utiliser des outils adaptés mais également préconiser la variabilité des exercices et la progressivité de l'intensité.

E4 : « Après c'est sûr qu'on est conditionné par les capacités cognitives et motrices. On peut pas faire tous les sports. » [15 :40]

E6 : « Un autre frein c'est le matériel adapté, parce qu'il peut y avoir besoin de matériel adapté. » [37 :50]

E7 : « Je pense il faut peut-être des séances progressivement intensives avec une adaptation de l'intensité en fonction de la réponse et de l'adhésion du patient » [14 :05]

L'impact de l'APS pour ces patients :

L'impact de l'APS est multimodal. L'APS permet d'apporter un bienfait psychologique aux patients en améliorant notamment leur estime de soi, leur confiance en eux, leur perception de leur schéma corporel.

E3 : « Je pense que l'activité physique elle génère du bien-être » [14 :50]

E7 : « Donc on va dire plus un versant social, bénéfice psychologique aussi avec une notion de bien-être, de travail bien accompli, la modification du schéma corporel, une amélioration de l'estime de soi, une reprise de confiance face à la réussite des activités qui vont être proposées, » [16 :57]

Tous les interlocuteurs s'accordent sur le bienfait social de l'APS favorisant l'intégration sociale. Le bienfait est également vis-à-vis des troubles cognitifs et comportementaux de ces patients car cela leur permet de poursuivre leur réhabilitation en situation écologique par le biais de l'APS.

E7 : « mais effectivement s'ils sont avec des cadres formés, ils peuvent aussi poursuivre leur propre réadaptation et leur propre entraînement face à ces difficultés sociales et cognitives auxquelles ils sont exposés par leurs lésions. » [16 :57]

Cette activité permet de maintenir une bonne condition physique et d'améliorer les capacités physiques de ces patients. Elle permet également de lutter contre les risques secondaires.

E7 : « Euh alors je vais me répéter mais c'est un impact sur à mon avis qui peut vraiment être significatif sur le versant physique, avec une amélioration des compétences, une prévention primaire des problématiques cardiovasculaires, des problématiques endocrinologiques, des problématiques de surpoids, des problématiques métaboliques, etc. puis y'a tout le versant préventif qui est intéressant notamment pour des populations qui risquent d'être sédentaires et qui vont donc s'exposer d'autant plus à ce genre de difficultés. » [16 :57]

L'APS leur permet d'améliorer l'autonomie et l'indépendance.

Il y a deux points de vue qui émergent des entretiens réalisés concernant l'impact de l'APS sur l'activité professionnelle de ces patients. Cela peut avoir un impact négatif sur l'activité professionnelle car l'APS engendrerait de la fatigue physique et cognitive supplémentaire.

E4 : « Après pour le professionnel, les gens restent parfois fatigables donc s'ils reprennent une activité professionnelle, c'est plutôt l'inverse, de mettre encore une activité sportive dessus, ça fait beaucoup de fatigue, et cognitive et physique. » [17 :36]

Les capacités cognitives stimulées lors de l'APS sont semblables à celles stimulées lors de l'activité professionnelle donc les bénéfices seraient transposables.

E7 : « tous les bénéfices qu'ils vont pouvoir tirer d'une mise en situation on va dire sportive qui va stimuler leur concentration, (etc.) [...] tous ces éléments-là ça va être des éléments qui vont être mis à contribution, des facteurs qui sont mis à contribution sur le plan professionnel, donc oui forcément oui on en tire un bénéfice. » [19 :03]

4.2.3. Les données concernant la place du MK dans ce dispositif

La présence et pertinence du masseur-kinésithérapeute dans ce processus :

A l'heure actuelle, d'après ces entretiens, l'intervention du kinésithérapeute libéral varie en fonction des interlocuteurs. Elle est non systématique, ponctuelle mais régulière ou encore nécessaire lorsqu'il persiste des troubles moteurs ou orthopédiques nécessitant une prise en charge thérapeutique.

E3 : « S'il n'y a pas vraiment de troubles physiques, je pense que le kiné libéral peut se trouver démuné. » [17 :30]

E4 : « Si le patient il sait se gérer, s'étirer tout seul et qu'il a une activité sportive dans une association sportive il a pas besoin d'avoir de kiné. Si le patient a des troubles cognitifs majeurs, qu'il est incapable de se rendre dans une salle de sport ou dans un club de sport et qu'il reste des gros soucis orthopédiques il y aura des séances d'entretien. C'est toujours au cas par cas. » [21 :49]

E7 : « A la sortie, lorsque le patient est sorti, c'était plutôt ponctuel, moi ceux que j'avais vu pratiquer ça, c'était de l'ordre de 1 à 2 séances par semaine quoi. » [21 :47]

Différents arguments sont mis en faveur de la pertinence du kinésithérapeute dans ce processus. Tout d'abord c'est un professionnel de santé qui possède des compétences relationnelles.

E3 : « Comment il le fait, bah déjà de l'écoute, une certaine motivation et puis il y a l'effet kiné, l'effet subjectif de la personne, de l'Hora de la personne. » [17 :30]

Mais il possède également des compétences thérapeutiques afin de prendre en charge des douleurs, des limitations physiques, etc. Il se démarque des autres professionnels de santé pour son expertise et son analyse en biomécanique du corps humain.

E2 : « Je pense que vous pouvez être utile dans l'adaptation à refaire travailler un corps. Parce que leur corps il souffre, déjà quand ils sont à boiter, ils ont un corps qui est douloureux pour la plupart. Ils sont encore dans la douleur longtemps. » [45 :37]

E5 : « Et inversement, le kiné est plus apte à traiter des douleurs que nous on pourra faire à limiter amplitudes, mobilité. » [22 :45] // « et puis forcément y'a ce côté un peu plus médical que l'APA pourrait avoir. Donc là c'est un peu plus poussé sur certaines choses, sur certaines douleurs, sur certaines pathologies ... » [20 :48]

E6 : « c'est-à-dire qu'il y a un œil technique sur le geste, une analyse biomécanique plus fine » [42 :42] // « Alors que vous vous êtes des experts du corps. » [44 :36]

Le MK a donc une capacité d'adaptation des exercices et de l'APS aux patients en fonction de leurs capacités tant physiques que cognitives. Notamment par sa connaissance des troubles neurocognitifs et comportementaux.

E2 : Je pense qu'il nous faudrait des kinés sportifs. C'est-à-dire qu'il nous faudrait des kinés qui réfléchissent, dans le sens d'introduire du sport tout en veillant que le corps ne fasse pas de mauvais gestes etc et leur réapprendre. » [50 :21]

E6 : « Et pour les TC encore plus, car des fois il est impétueux tellement dans le non contrôlé, parce que des fois il peut y avoir des débordements [...]. Mais si on a un kiné, bah vous êtes formés, vous savez aussi ce qu'est un traumatisme crânien, [...] » [48 :33]

E7 : « Bien sur. Oui oui bien sur elle va être pertinente, parce que la formation de kiné va vous permettre déjà d'avoir un ajustement des activités proposées liées aux limitations motrices et fonctionnelles exposées par le patient et d'un autre côté vous avez aussi une compréhension de ces troubles neurocognitifs qui vont permettre d'anticiper et d'ajuster votre posture et votre positionnement face au patient. » [19 :50]

Le MK a la capacité d'accueillir des patients avec de grandes limitations fonctionnelles ce qui peut être le cas des traumatisés crâniens.

E7 : « ils sont prêts à accueillir tous les types de profils notamment ceux qui ont les plus grandes difficultés fonctionnelles, donc y'a que eux qui sont censés les accueillir » [27 :05]

Le partage des compétences lors du binôme MK-APA est également un argument pertinent dans la prise en charge des patients TC.

E4 : « l'accompagnement dans l'activité chez nous c'est plutôt le prof APA parce que c'est dans la continuité de ce qu'ils font déjà au centre ici. Mais ça pourrait très bien être le kiné si on avait pas de prof APA. Ce sont des compétences qu'on peut partager. » [19 :18]

E5 : « Bah oui puisque qu'en fait depuis le départ on pense que le travail pluridisciplinaire fait que le patient progresse plus vite, évolue plus vite. Donc un kiné libéral voila on fait tout en complémentarité » [20 :48]

E6 : « Je pense sincèrement qu'on forme un super couple : kiné et prof de gym. [...] on a des compétences transversales [...] mais on génère de l'énergie pour l'autre et vous êtes un soin pour l'âme et pour le corps qui est magnifique quoi. Par rapport à ça on est vraiment complémentaires. » [42 :42]

Le rôle du masseur-kinésithérapeute :

Le MK peut avoir plusieurs rôles pour la prise en charge de ces patients. Il peut avoir un rôle d'initiation et de découverte de l'APS.

E7 : « Donc je pense qu'il y a l'initiation et je pense aussi pourquoi pas la consolidation lorsqu'ils trouvent une activité qui correspond au souhait de la personne » [20 :39]

Il peut aussi accompagner la pratique de l'APS en surveillance mais également en adaptant selon les capacités fonctionnelles de la personne.

E2 : « C'est pour ça, pour moi, vous devriez réfléchir à des kinés sportifs sans être de haut niveau mais pour savoir varier, de savoir travailler avec eux avec la balle, aimer au travers le jeu et ça je suis sûre qu'avec un cérébrolésé ça ne peut que fonctionner. » [50 :21]

E4 : « L'accompagnement vers une activité physique nous permet nous [...] de l'accompagner sur la façon de bien faire les choses sans se faire mal, s'il reste des difficultés motrices » [18 :35]

E7 : « parce que la formation de kiné va vous permettre déjà d'avoir un ajustement des activités proposées liées aux limitations motrices et fonctionnelles exposées par le patient » [19 :50]

Il a également d'autres rôles comme la prévention au cours de la pratique de l'APS. Ou encore la sensibilisation et l'information du public sur le handicap notamment pour favoriser l'intégration dans un club.

E4 : « [...] et puis d'expliquer aussi les troubles cognitifs aux encadrants de l'association sportive. » [18 :35]

E6 : « On est en fait des pompiers, c'est-à-dire on intervient quand c'est trop tard, alors que on pourrait par des postures, par des attitudes, par de l'éducation, les conseiller, on pourrait empêcher, tout empêcher c'est impossible mais on pourrait au moins créer un environnement qui soit favorable à la pratique et favorable à la bonne pratique. // Le kiné pour l'instant c'est quelqu'un qui répare, alors que c'est quelqu'un qui pourrait encore une fois promouvoir la bonne attitude et la bonne pratique. » [48 :33]

Les compétences nécessaires à l'intervention du kinésithérapeute dans ce processus :

Le MK doit avoir des connaissances concernant la pathologie neurologique, le TC, les troubles cognitifs et comportementaux mais également sur le sport et l'adaptation du corps à l'effort.

E3 : « Bah déjà la connaissance de la pathologie, [...] connaître l'histoire de la maladie, [...]. Ça passe quand même par la connaissance des syndromes dysexécutifs et des troubles cognitifs. » [19 :45]

E6 : « Donc si le kiné a vraiment une connaissance de la logique de l'activité, elle peut trouver du sens au problème physique que le sujet pourrait avoir. [...] Il peut y avoir une analyse qui va sortir simplement de l'activité, parce que c'est une conséquence, mais la conséquence peut ne pas être liée directement à l'activité mais aussi à l'environnement. » [54 :21]

E7 : « Bah déjà une bonne connaissance déjà des problématiques fonctionnelles, et ce qu'on peut avoir sur un patient TC avec des problèmes de spasticité, [...] donc déjà bien maîtriser tout ça et en même temps avoir des bonnes bases sur la physiologie et l'adaptation du corps à l'effort et notamment d'un corps physiologiquement modifié par ces problématiques suite au TC. [...] Ensuite je pense qu'il lui faut des bonnes bases et des bonnes connaissances d'ordre neurocomportementale avec une bonne connaissance neuropsychologique que peut avoir son patient » [22 :15]

Il doit également avoir des compétences relatives au savoir-être : être bienveillant, patient, à l'écoute, persévérant, impliqué lors de la prise en charge de ces patients.

E3 : « Ça suppose aussi de l'écoute de la bienveillance, enfin les qualités intrinsèques de la personne » [19 :45]

E7 : « [...] et ensuite des qualités on va dire plus d'ordre psychologique [...], donc il lui faut des capacités de patience, de bienveillance, de persévérance, il lui faut aussi du dynamisme et beaucoup de bonne volonté et d'implication pour arriver à motiver ces patients à suivre leur activité. Il faut aussi qu'ils soient capables de souplesse, d'adaptation. » [22 :15]

Il doit faire preuve de savoir-faire que ce soit en termes d'accompagnement à l'APS, de prévention, d'éducation à la bonne pratique sportive.

E4 : « pour pouvoir les expliquer après la sortie aux gens » [24 :15]

E6 : « je pense que c'est important que le kiné il sache de quoi il parle et de pas simplement soigner mais peut être aussi d'anticiper et de mettre en œuvre des contre-mesures pour éviter au sujet de se retrouver dans la même situation. » [54 :21]

Le masseur-kinésithérapeute et troubles cognitifs lors de la pratique d'APS :

Le MK peut intervenir de différentes manières pour participer à la prise en charge des troubles cognitifs lors de la pratique d'APS. Il peut poursuivre l'utilisation des outils mis en place par l'ergothérapeute ou le neuropsychologue. C'est grâce au dialogue entre les différents thérapeutes qu'il pourra adapter sa prise en charge.

E4 : « Ça va être plus la poursuite et la mise en pratique de ce que les collègues ont mis en place en amont donc nous on poursuit dans ce sens. Donc c'est sûr qu'il faut connaître ce que c'est un syndrome dysexécutif, un syndrome frontal, des troubles mnésiques pour pouvoir derrière poursuivre le travail des collègues, utiliser les outils que les collègues ont mis en place. » [24 :58]

E5 : « C'est vraiment de la discussion entre thérapeutes. C'est du partage d'informations sur le patient, et je pense que c'est important parce que si tout le monde connaît son patient et connaît le cas, ça va plus vite. » [25 :09]

Il peut initier et accompagner l'utilisation d'outils connectés. Il peut veiller au respect des consignes, du cadre ou des règles sociales mises en place pendant l'APS.

E3 : « Vraiment on sort de la dimension de la simple salle de kiné et je pense qu'il faut utiliser les outils connectés dès lors que le patient est capable de se les approprier c'est toujours pareil. Ça peut être un accompagnement à ces jeux physiques et cognitifs. » [21 :20]

E7 : « Et bien sûr par exemple le respect des consignes qui vont être données au patient, vérifier que ces consignes-là elles sont bien notées, les mettre à l'épreuve d'une séance à l'autre, [...] Vérifier et recadrer surtout le patient quand il déborde et se laisse emporter par ses difficultés neurocomportementales. » [24 :12]

Le MK peut adapter l'APS en fonction des objectifs cognitifs précis, il peut la moduler. Il peut également accompagner le patient dans toutes les étapes qui précèdent ou suivent l'APS. Ces troubles sont présents lors de toutes ces étapes.

E2 : « Et ça ce sont des choses, des choses à trouver, à adapter, mais par exemple de marcher sur un pas bleu, un pas vert, un pas orange, ça c'est hyper dur mais je trouve que d'un point de vue cognitif faut les stimuler un max et avec pleins de choses différentes. » [54 :47]

E7 : « il peut tester la mise en place du matériel, le respect des consignes de sécurité, s'assurer qu'il respecte bien les règles dans un jeu, si un geste technique par exemple travaillé sur une séance bah vérifier qu'il ait bien retenu et qu'il est bien réalisé la séance d'après ... et le respect autour des horaires, voir si la personne arrive à bien se cadrer sur ses engagements ... » [24 :12]

Enfin, la relation patient-MK est particulière et favorise l'empathie et donc les échanges vis-à-vis de troubles cognitifs ou comportementaux perçus lors de la pratique.

E6 : « Parce qu'on sait que c'est une approche thérapeutique. Donc c'est dans cet environnement assez empathique qu'on peut peut-être discuter sur des éléments plus comportementaux, plus d'attitudes, tu vois. » [01 :01 :11]

Les acteurs intervenant dans la pratique d'APS de ces patients :

Le patient doit être lui-même acteur et moteur de sa pratique d'APS.

E5 : « D'abord c'est le patient lui-même, c'est le premier acteur parce que s'il a pas envie on va pas le forcer. » [26 :39]

E6 : « [...] et il faut aussi que le sujet soit partie prenante, parce que s'il a pas conscience de ça ... » [01 :04 :32]

Les professions de santé peuvent être présents dans la pratique de l'APS de ces patients. Cela peut être le médecin, l'infirmier, le MK, l'ergothérapeute, le psychologue, le neuropsychologue, le psychomotricien, l'APA ... (E3, E4, E6, E7). Les acteurs sociaux sont également présents.

E3 : « Alors après je dirais tous les acteurs sociaux, je sais pas s'ils sont sous tutelles ou pas » [22 :50]

E4 : « Et après la sortie, il faut se mettre en relation avec les acteurs de la sortie, ça peut être accompagnement à la vie sociale, [...] une aide de vie » [26 :26]

De manière évidente, les acteurs du monde sportif interviennent également (coach sportif, professeur de sport) (E3, E4). Et enfin la famille, l'entourage et les amis peuvent intervenir également dans ce processus (E3, E4, E5, E6).

Les limites à l'intervention du masseur-kinésithérapeute dans ce processus :

La prise en charge par un MK libéral est peu adaptée à ces patients et ce processus, la prise en charge est plus axée sur le versant somatique. Les connaissances sur les troubles cognitifs peuvent être insuffisantes. Il peut y avoir également un manque d'intérêt pour ce type de prise en charge.

E3 : « mais encore une fois la kiné libérale est plus sur du soma. On a pas trop encore cette ouverture-là. C'est plus le coach physique. [...] c'est une prise en charge individualisée mais sur du court. Je suis pas certaine qu'il y ait l'écoute nécessaire. Je pense qu'une activité de coach ça sort des normes et des séances codées normées, etc. » [16 :13]

E7 : « Il peut y avoir des limites d'intérêt avec des kinés qui s'intéressent pas forcément à ce genre de problématique. » [27 :38]

Les limitations sont également financières, logistiques et temporelles.

E3 : « Bah les limites elles existent déjà par les contingences matérielles, le fait d'être dans un cabinet avec les rdv. Il faut libérer du temps, et ça c'est compliqué. Je ne sais pas combien serait côté l'acte, mais voilà on en est toujours là. Y'a les contingences matérielles d'une part [...] » [24 :25]

E4 : « Et puis bah les limites matérielles et en temps. Un kiné libéral a beaucoup moins de facilité pour accompagner un patient à l'extérieur que nous en centre qui avons une équipe dédiée. » [28 :10]

E7 : « Donc oui peut-être c'est ça aussi, peut-être le tarif, le remboursement des séances, tout le versant financier on va dire. Y'a peut-être des limites peut-être plus logistiques ou environnementales avec des cabinets qui sont pas toujours adaptés qui font des séances de kinés » [27 :38]

Certains patients peuvent ne pas avoir besoin de suivi par un MK.

E5 : « moi je pense y'a pas vraiment forcément de limites, je pense que la seule limite qui se pose c'est l'évolution et la progression du patient » [28 :05]

E6 : « je pense que les limites sont différentes d'un sujet à l'autre. Parce que chaque sujet a des besoins ou des demandes bien différentes. Y'en a qui en auront pas besoin ou très peu et y'en a qui en demandent régulièrement parce qu'ils sont peut-être pas fait pour ça » [01 :07 :50]

5. DISCUSSION

5.1. Les réflexions et propositions autour de nos résultats

Suite aux résultats de notre étude, nous avons pu contextualiser la pratique de l'APS chez les patients TC. Nous avons pu comprendre qu'ils sont confrontés à de nombreux freins. De plus, lorsqu'ils retournent à domicile, ils peuvent se retrouver en rupture de suivi et faire face à de grandes difficultés multidimensionnelles alors qu'ils sont en plein processus de reconstruction identitaire. Nous vous présentons successivement différents éléments pour lesquels nous émettons des axes de réflexion. Nous terminons par une proposition d'organigramme illustrant nos propos (Fig. 2).

Importance des troubles cognitifs chez les patients TC :

Ils présentent à la suite de leur TC de sévères problèmes. Du fait de l'hétérogénéité des tableaux cliniques, ils peuvent présenter des déficiences physiques et fonctionnelles variables. Comme précisé dans la littérature et dans les entretiens menés, les troubles neurocognitifs et comportementaux représentent la principale cause de handicap séquellaire chez les TC sévères (troubles mnésiques, dysexécutifs, anosognosiques, etc.).

Même si le TC est moins courant qu'une lombalgie, un MK pourra prendre en soin au cours de sa carrière des patients souffrant de cette affection. Sans vouloir se spécialiser dans cette branche, **il est nécessaire que le MK ait des connaissances sur les troubles cognitifs afin d'éviter des mises en échec à cause d'une mauvaise interprétation ou d'une méconnaissance de ceux-ci.** Leur adhésion à une activité quelle qu'elle soit est d'une grande fragilité, il est donc indispensable que chaque acteur veille à ne pas l'ébranler.

Transition brutale lors du retour à domicile :

Malgré les difficultés qu'ils peuvent avoir lors de l'hospitalisation (motrices, cognitives, comportementales...), ils demeurent dans un environnement bienveillant et adapté à leur situation, avec des professionnels de santé formés au handicap.

Comme évoqué dans plusieurs entretiens, les TC touchent fréquemment des adultes jeunes et la sortie d'hospitalisation peut être un espoir de retour à une vie « normale ». Cependant cette transition est souvent mal vécue par les patients et leurs familles bien qu'elle soit préparée dans certains centres de rééducation. Du fait des troubles cognitifs anosognosiques, c'est lors du RAD qu'ils peuvent se rendre compte de leurs capacités limitées et des difficultés rencontrées avec tout l'impact psychologique associé. Mais ils peuvent

également ne pas en prendre conscience et se mettre en danger au quotidien. Quelle que soit la situation, cela va impacter l'indépendance de ces personnes.

Des sorties à l'extérieur sont parfois réalisées lors du séjour initial. Elles permettent de travailler avec la personne selon un objectif écologique précis. Cependant ces sorties mais également l'hospitalisation en centre ne sont pas systématiques. Il serait intéressant de développer des sorties supervisées plus nombreuses en accordant progressivement de l'autonomie aux familles et aux patients afin qu'ils en soient acteurs à part entière.

Davantage de sorties programmées avant le RAD en incluant la famille et les professionnels de santé nous semblerait être une proposition intéressante. Cela permettrait au patient et la famille de se rendre compte réellement des problématiques écologiques et de s'y préparer. Certaines sorties pourraient être dédiées à la découverte des structures d'APS.

Hostilité de l'environnement et rééducation :

Ils vont être confrontés à un environnement qui peut être familier mais qu'ils ne maîtrisent plus. Ils vont devoir s'y adapter : aménagement de leur habitat, moyen de déplacement, accessibilité des lieux publics, etc. En effet, il peut entretenir mais également générer des difficultés fonctionnelles. Pour un même patient atteint de TC, en fonction de l'environnement dans lequel il se trouve, il aura une autonomie plus ou moins intègre. De notre point de vue, il est donc important de prendre en charge la personne dans sa globalité.

Lorsque le MK effectue le BDK d'un patient, il évalue les déficiences et les incapacités. En fonction de l'environnement « large », cela peut engendrer des restrictions de participation variables. Par les déficiences cognitives et parfois motrices, l'autonomie écologique de ces personnes est souvent altérée. **Elle peut être nécessaire, mais nous estimons que la rééducation de ces patients au long cours ne devrait pas être uniquement ciblée sur une prise en charge analytique. Lors d'une prise en charge libérale, nous devrions pouvoir leur proposer une rééducation plus globale et fonctionnelle** en lien avec les activités de la vie quotidienne ou une pratique sportive par exemple. **Par le biais de cette pratique, il est possible de stimuler de nombreuses capacités fonctionnelles dont les bénéfiques seraient transposables à la vie quotidienne.**

Santé mentale et TC :

Au-delà des possibles mises en danger, les troubles cognitifs vont également impacter la santé mentale et la qualité de vie des patients TC et de leurs familles. Selon la littérature et

les entretiens, le premier motif de réhospitalisation est d'ordre psychologique et psychiatrique. Donc nous nous intéressons à des solutions à notre portée afin d'éviter ces réhospitalisations sans pour autant parler de prise en charge psychologique et psychiatrique hors de notre champ de compétences.

Pour un patient ayant des séances de rééducation chez un MK, il pourrait l'orienter lui et sa famille vers des professionnels compétents. Le MK peut parfois être le seul intervenant dans leur parcours, nous pensons qu'il peut avoir un rôle d'orientation vers les aides adéquates lors d'une situation à risque. **Les MK libéraux par exemple, pourraient être sensibilisés à ce risque de détresse psychologique afin de pouvoir être attentif et déceler d'éventuels signaux d'alerte.** Cela rejoint notre point de vue précédent dans lequel le MK ne doit pas être uniquement ciblé sur un problème d'hypoextensibilité du triceps sural par exemple.

Difficultés familiales fréquentes :

Les difficultés sociales sont majeures pour ces patients, cela est une de leurs principales problématiques. L'entourage proche, les aidants naturels, la famille subit un bousculement sans précédent. Celle-ci devra s'adapter psychologiquement mais également professionnellement au maintien à domicile de leur proche atteint de TC. Elle sera d'autant plus sollicitée pour s'assurer de pallier la perte d'autonomie. Cela peut aboutir à des difficultés familiales importantes comme un épuisement tant physique que psychologique. Mais ils peuvent parfois ne pas avoir de famille ou d'aidant naturel, ou ceux-ci peuvent être indisponibles.

Le TC est une affection chronique qui touche la personne mais également tout son entourage. Comme pour le diabète, des programmes d'éducation en santé sont développés pour rendre les patients compétents et autonomes dans la prise en charge de leur pathologie chronique. Nous réalisons évidemment qu'un tel programme ne puisse pas être accessible à certains traumatisés crâniens à cause des troubles cognitifs. **Cependant nous nous intéressons à l'idée de développer l'éducation thérapeutique auprès des familles.** Cela leur permettrait d'avoir toutes les informations nécessaires à la compréhension et à l'accompagnement de leur proche d'autant plus qu'elles en font la demande.

Les programmes d'éducation thérapeutique sont souvent construits de façon pluriprofessionnelle. **Un MK aurait tout à fait sa place pour apporter des notions**

d'entretien des compétences physiques, de pratique d'APS, de gestion de la récupération, etc.

Socialisation et stigmatisation :

Le manque de sensibilisation de la population générale au monde du handicap est un frein particulièrement important à la socialisation des patients TC. Bien que cela évolue, il y a une forte stigmatisation du handicap d'autant plus quand celui-ci est « invisible ».

Comme précisé dans plusieurs entretiens, il est nécessaire de les accompagner lorsqu'ils désirent reprendre une activité dans une structure « classique ». **Même à petite échelle, nous avons la possibilité et la responsabilité d'informer les personnes sur le handicap et les particularités d'un TC** (encadrants, grand public). Celle-ci peut se faire lors de l'accompagnement à la pratique d'une APS. Nous pouvons essayer de sensibiliser la population sur l'attitude à adopter avec ces personnes afin qu'elles puissent maintenir cette activité. En effet, le regard des autres contribue de manière conséquente à l'adhésion à l'APS.

Santé et APS :

Dans le cadre de notre système de santé actuel, du fait de l'augmentation importante de la prévalence des affections chroniques, l'accent est porté sur la prévention (primaire, secondaire, tertiaire). Les effets bénéfiques de l'APS sont largement démontrés, scientifiquement et grâce à l'expérience pour les personnes avec des pathologies chroniques.

L'APS est un axe particulièrement développé pour la promotion de la santé, ce qui a permis la prescription d'activité physique adaptée. La naissance du sport sur ordonnance, du sport-santé voire du handisport-santé pourrait permettre un accès à l'APS « médicalisé ». **Grâce à ce dispositif, nous pensons que cela permettrait aux traumatisés crâniens de pratiquer l'APS avec un encadrement formé au handicap. En lien avec le décret correspondant, le MK est un acteur préférentiel pour accompagner la pratique d'APS des patients avec des limitations fonctionnelles sévères.**

Troubles cognitifs, APS et plasticité cérébrale :

L'APS permet également de solliciter la plasticité cérébrale en favorisant la reconfiguration de circuits neuronaux dans le cadre des troubles cognitifs. Donc cet axe thérapeutique de l'APS semble intéressant à exploiter pour des patients souffrant particulièrement de ces troubles. L'APS détient une richesse thérapeutique non négligeable car elle a une forte capacité d'adaptation de ses modalités.

Nous retrouvons dans les entretiens qu'il est possible de moduler toute sorte de sollicitation cognitive lors de la pratique d'APS. **Que ce soit un MK spécialisé, un MK ou un APA associé à un neuropsychologue, il nous paraît nécessaire qu'il y ait un professionnel spécialisé lors de la pratique d'APS.** Celui-ci permettrait de faire varier les sollicitations cognitives favorablement afin que le traumatisé crânien puisse en tirer un bénéfice. Il nous semble important que ce thérapeute sache adapter les modalités en fonction des difficultés rencontrées mais également selon les axes à améliorer sur le plan cognitif.

Troubles comportementaux et APS :

A cause des troubles comportementaux majeurs, les patients TC peuvent abandonner l'APS. **L'idéal serait qu'ils aient un encadrement capable d'analyser les situations à risques pendant la pratique ou d'identifier les signes avant qu'une crise survienne.** Un professionnel compétent présent permettrait d'éviter qu'une situation ne dégénère.

Quel que soit le praticien présent lors de cette pratique, nous pensons qu'il doit être formé aux troubles comportementaux pour l'intérêt du patient mais également des autres participants. D'être sensibilisé aux troubles lui permettrait également d'apporter un cadre justifié permettant de le canaliser.

Quelle offre d'APS pour les TC :

Les mouvements et fédérations sportifs pour les PSH ont permis une évolution pour diversifier l'accessibilité au sport. Même si ce phénomène se développe continuellement, il existe un réel décalage entre les attentes et la situation actuelle qu'elle soit politique ou sociétale. La population commence à être sensibilisée par le biais des jeux paralympiques par exemple. Cependant cela ne représente qu'une minorité de PSH, cela concerne des personnes qui ont choisi de consacrer leur vie au sport. Ce n'est pas représentatif de la majorité des personnes qui souhaitent repratiquer une APS que ce soit en découverte, en loisir ou en compétition amateur. Les clubs Handisport, les associations de Sport Adapté et les fédérations françaises sportives homologues développent de plus en plus d'offres pour ces personnes qui voudraient renouer le lien avec le sport. Mais malheureusement, cela est hétérogène au niveau du territoire.

En plus de l'offre insuffisante, nous relevons que les patients TC sont face à une autre difficulté. Les clubs Handisport peuvent leur proposer une offre mais elle est plus adaptée aux personnes présentant un handicap physique comme les patients paraplégiques par exemple. L'accès au sport adapté (pour personnes en situation de handicap psychique ou mental) serait

pertinent du fait des troubles cognitifs et comportementaux importants. Mais en présence de troubles physiques associés, celui-ci s'avère être difficile.

Là encore, l'hétérogénéité des déficiences des traumatisés crâniens nous montre qu'il est difficile de les orienter vers une structure adaptée. **Nous nous demandons s'il serait possible et judicieux de créer un réseau d'APS spécifique aux patients TC. Il se baserait sur une évaluation des projets mais également des capacités fonctionnelles. Pour les personnes présentant des déficiences mixtes (physiques et cognitives), nous pourrions créer des filières d'APS pour favoriser une pratique adaptée et qui perdure dans le temps.**

Prévention et APS :

Comme précisé dans son référentiel de compétences, le MK est un professionnel de santé qui a une action largement relayée curative dans les domaines musculosquelettiques. Le MK a les capacités d'adapter les soins en fonction des déficiences physiques et fonctionnelles du patient et notamment dans le cadre d'une pratique d'APS.

Grâce à ses capacités d'analyse biomécanique, cet expert du corps en mouvement se démarque également par son rôle préventif et éducatif dans le monde sportif pour promouvoir la bonne pratique. Cependant mis à part dans des clubs sportifs professionnels, l'action préventive du MK est peu répandue aux yeux de la population générale, et peu représentée dans les clubs sportifs amateurs. **Il pourrait être un atout majeur dans l'accompagnement de la pratique d'APS pour des patients présentant des déficiences physiques afin de prévenir d'éventuelles blessures et d'éduquer aux bons gestes.**

En effet, s'ils ont des troubles physiques séquellaires mais également des troubles cognitifs et comportementaux, ils ont un risque de blessure supérieur à une population saine. **Nous estimons important que se poursuive un suivi médical et paramédical parce que c'est une population à risque d'aggravation clinique et donc de réhospitalisation.**

Suivi pluriprofessionnel au long cours :

La prise en charge pluriprofessionnelle lors de l'hospitalisation montre ses bénéfices pour la réadaptation des patients TC. Mais lors du RAD, différents acteurs sont plus présents comme les acteurs sociaux et les acteurs du monde sportif. Le suivi médical et paramédical se raréfie alors qu'ils soient toujours enclins à des difficultés. Or, en fonction des troubles qu'ils peuvent présenter, chaque professionnel de santé est un acteur clé dans la réadaptation avec

son propre domaine de compétences (le médecin, le MK, l'ergothérapeute, l'APA, le neuropsychologue, le psychologue, le psychomotricien, l'orthophoniste ...).

En cas de rupture de suivi, ce sont souvent sur les familles que se repose la prise en charge. **Il nous paraît donc important de continuer à solliciter les différents acteurs pour le patient mais aussi pour éviter une détresse psychologique et physique des familles. Le suivi pourrait s'effectuer à travers la pratique d'une APS.** Cela permettrait aux personnes voulant pratiquer de l'APS de maintenir un suivi moins « hospitalier » à long terme.

Coordination des acteurs de soins :

Bien qu'il existe des compétences transversales et communes, chaque acteur de soin détient sa spécificité. Le neuropsychologue est l'expert dans la prise en charge des troubles cognitifs. Le MK est expert en analyse biomécanique du corps, et en traitement lors d'éventuelles douleurs et limitations. L'APA est expert concernant la pratique sportive et le renforcement musculaire spécifique. Même si les paramédicaux connaissent les contre-indications à la pratique d'une APS, le médecin est un pilier de cette prise en charge en évaluant les différentes comorbidités et les aptitudes de la personne à pratiquer.

C'est à partir de ce constat qu'une coordination des professionnels pourrait être bénéfique pour le patient et favoriser son adhésion à l'APS. Comme précisé dans les entretiens, le manque de professionnels compétents dans cette pratique est une raison de non-adhésion. Lors d'une prise en charge si complexe, il nous paraît nécessaire de solliciter tous les professionnels compétents autour du patient. Dans le cadre du modèle bio-psycho-social, nous nous devons de prendre en charge la personne dans sa globalité et de regrouper nos forces en étant coordonnés.

Une personne ressource, qu'elle soit le MK, le médecin, l'APA ou autre, pourrait être le référent du patient et coordonner les différents acteurs en fonction de ses besoins lors de la pratique d'APS. Elle serait également l'interlocuteur préférentiel pour la famille si besoin.

Paradoxe de la situation libérale :

De manière assez paradoxale, nous nous rendons compte que le patient TC mais également les professionnels de santé libéraux comme le MK se retrouvent isolés et interviennent ponctuellement dans le suivi au long cours de ces personnes. Dans la logique de modernisation de notre système de santé, les professions libérales peuvent se regrouper

en équipes de soins primaires, en maisons de santé pluriprofessionnelles. Ils mettent en place des protocoles en lien avec les instances régionales afin de faciliter le parcours de soin.

Nous estimons que les patients TC pourraient bénéficier de ce parcours dans cette logique de coordination des acteurs de soins. A la suite d'une prescription d'APS dans le cadre d'une pathologie chronique, les acteurs nécessaires à la prise en charge pourraient être mobilisés autour de la personne.

Revalorisation de l'exercice libéral :

Le modèle de prise en charge « classique » d'un MK libéral ne semble pas totalement adapté. Que ce soit logistiquement, financièrement, temporellement, administrativement, il serait nécessaire de penser une autre façon de « panser » ces patients. Tout d'abord, il paraît évident que la prise en charge libérale des traumatisés crâniens n'intéresse pas tous les MK libéraux. **Il faudrait pouvoir les orienter vers des personnes impliquées dans ce type de prise en charge en proposant ou en actualisant un annuaire de professionnels spécialisés.**

Pour avoir accès à des locaux et du matériel adapté en étant libéral, nous pensons qu'il pourrait être possible de développer des partenariats et des contrats avec des structures sportives. **L'objectif est de pouvoir proposer des créneaux aux patients TC dans des structures adéquates avec un encadrement compétent.**

Ce modèle de prise en charge que nous proposons est chronophage. Il sous-entend un accompagnement individualisé ou en petit groupe sur des séances de longue durée. **Nous pensons à une revalorisation des actes au même titre que cela a été fait pour la prise en charge en groupe de patients atteints de BPCO.**

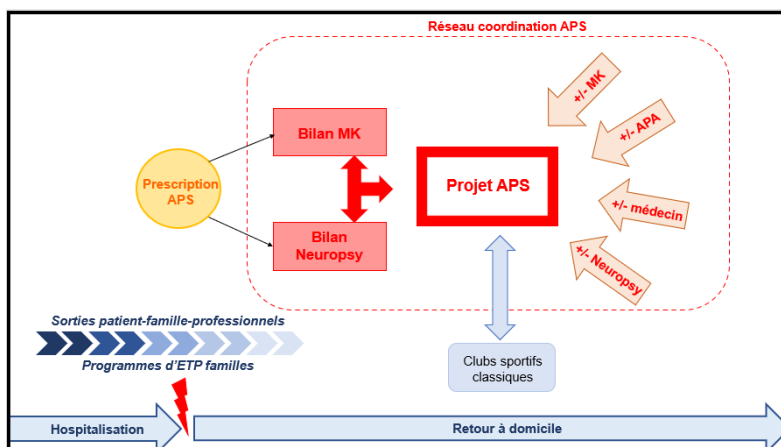


Fig.2 : Proposition d'un organigramme représentant l'organisation de l'APS pour le patient TC

5.2. Les biais de notre étude

Outre le choix d'une enquête qualitative avec les biais qu'elle comporte, les principaux biais de notre étude se portent sur la sélection de l'échantillon étudié. Nos sujets ont participé à notre étude par volontariat. En effet, ils étaient donc intéressés ou impliqués dans ce thème.

Une majorité d'entre eux travaillent dans le même centre de rééducation. Bien qu'ils n'aient pas pu entendre les autres entretiens, ces professionnels sont soumis à un même mode de fonctionnement de la structure. Ils exercent dans le même cadre physique mais également thérapeutique et politique, il peut donc y avoir un effet « centre ».

Nous souhaitions avoir plusieurs professions représentées, notre échantillon n'est pas complet. Un neuropsychologue, expert de la prise en charge des troubles neurocognitifs aurait pu apporter d'autres informations précieuses à notre travail. La participation d'un ergothérapeute aurait pu être également intéressante.

Nous souhaitions avoir une représentation de la prise en charge de ces patients TC et donc de sa diversité. Les acteurs comme les personnes investies dans une association font partie intégrante de l'accompagnement de ces patients et ont une expérience approfondie dans le domaine. Elles représentent les familles. Cependant nous sommes lucides à propos des motivations qui ont poussé cette personne à participer à notre étude. Ce sont des personnes militantes avec des messages forts à passer.

Nous aurions également aimé avoir une représentation de professionnels de santé libéraux, cependant il nous a été compliqué de trouver une personne respectant les critères d'inclusion.

Nous avons éprouvé des difficultés dans l'établissement de nos critères d'inclusion : nous voulions une variété de points de vue donc avec des expériences différentes. Cependant nous nous sommes posés la question de la pertinence de ne pas mettre de seuil minimum d'expérience dans la prise en charge de patients TC.

Il existe des biais vis-à-vis de la réalisation des entretiens. Novice dans le domaine, nous avons donc pu nous améliorer au fur et à mesure des entretiens réalisés. Nous avons acquis plus d'expérience dans la réalisation d'un entretien lors du dernier effectué vis-à-vis du premier. Lors de certains entretiens, nous avons dû parfois reformuler pour s'assurer de la bonne compréhension. Nous avons pu potentiellement orienter la réponse du sujet en utilisant d'autres mots ou concepts.

5.3. Les perspectives futures

Nous aimerions porter cette étude auprès de l'association AFTC départementale et régionale dans un premier temps. Cela nous permettrait de présenter notre projet : nous pourrions discuter à propos de sa pertinence vis-à-vis des demandes des patients et familles mais aussi à propos de sa faisabilité.

Nous aimerions également recenser les professionnels libéraux qui aimeraient s'engager dans ce registre. Cela permettrait de nous regrouper et de collecter les avis et conseils d'autres professionnels afin d'enrichir notre expérience. Il s'agirait également de recenser les structures sportives ouvertes à cette proposition pour élaborer notre « portefeuille » d'activités sportives.

Nous pensons qu'il faudrait également se renseigner sur le coût d'un projet comme le nôtre. En effet, il doit être étudié économiquement afin de pouvoir envisager un subventionnement.

6. CONCLUSION

A l'aide d'entretiens, notre étude nous a permis d'explorer différents éléments importants dans la vie du patient cérébrolésé et de son entourage.

Grâce aux expériences partagées par ces professionnels, nous avons pu porter notre attention sur différents points tels la complexité de la prise en charge de ces personnes et de leurs familles lors du retour à domicile. Nous avons pu nous intéresser à la relation qui lie l'activité physique et sportive et le patient cérébrolésé. Et enfin nous avons pu confronter différents points de vue concernant la position du MK dans ce contexte de réhabilitation sportive des traumatisés crâniens.

Différentes réponses ont pu émerger de notre étude qualitative. Grâce à la conception de notre guide d'entretien, nous avons voulu avoir une vision globale mais précise de la situation de ces personnes lors du retour à domicile. Des demandes et besoins spécifiques de cette population et de leurs familles ont pu ressortir, nous permettant de mieux appréhender les difficultés rencontrées dans leur lieu de vie et lors de la pratique d'activité physique et sportive. Des points de vue sont apparus concernant la nécessité d'un suivi plus ou moins pluriprofessionnel de ces patients dans ces conditions. Nous avons eu connaissance des

différents bénéfices qu'ils retrouvent lors de cette pratique mais également différentes précautions à respecter pour la prise en charge de cette population. Enfin nous avons eu également de nombreuses pistes à exploiter et à développer en lien avec la nature, la fréquence et les modalités d'intervention d'un MK dans ce processus de réhabilitation sportive.

Vis-à-vis de notre question de recherche initiale, différentes hypothèses ont pu être énoncées. Le MK pourrait être un acteur au sein d'une équipe pluriprofessionnelle apportant ses connaissances en biomécanique, en analyse du corps humain lors de la pratique sportive. Il pourrait également faire valoir ses compétences de prévention auprès d'une population à risque élevé de blessure au même titre qu'un MK rattaché à un club sportif. Ses connaissances en neurologie et sa sensibilité au monde du handicap permettraient à ces patients de renouer avec l'APS avec des encadrants formés. En compagnie d'autres acteurs spécialisés, le MK pourrait être un professionnel de santé judicieux dans l'adaptation de l'APS afin que les troubles cognitifs et comportementaux ne les rendent pas impossibles.

Avec toutes ces constatations, différentes perspectives seraient à envisager afin de faciliter cet accès à l'activité physique et sportive pour les patients atteints de TC. Du fait de la prédominance de leur « handicap invisible », ils ont peu d'offres adaptées alors qu'ils pourraient profiter pleinement des bénéfices de l'activité physique. Que ce soit d'un point de vue humain et social ou politique et budgétaire, notre système de santé évolue et se modernise afin de lutter contre les dépenses de santé secondaires aux affections chroniques de la population. A nous d'agir en faveur des personnes cérébrolésées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Masson F. Épidémiologie des traumatismes crâniens graves. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2000 ; 19(4) : 261-69.
2. Nguyen R, Fiest KM, McChesney J, Kwon C-S, Jette N, Frolkis AD, et al. The International Incidence of Traumatic Brain Injury : A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*. 2016 ; 43(6) : 774-85.
3. Aesch B, Jan M. Traumatismes craniocéphaliques. *EMC - Neurologie*. 1999 : 1-14 Article [17-585-A-10].
4. Dixon KJ. Pathophysiology of Traumatic Brain Injury. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. 2017 ; 28(2) : 215-25.
5. Barat M, Mazaux J-M. Rééducation et réadaptation des traumatisés crâniens. Paris : Masson ; 1986. 197 p. ISBN : 9782225806421.
6. Azouvi P. Les troubles cognitifs des traumatismes crâniens sévères. *Lettre de Médecine Physique et de Réadaptation*. 2009 ; 25(2) : 66-68.
7. Azouvi P, Arnould A, Dromer E, Vallat-Azouvi C. Neuropsychology of traumatic brain injury : An expert overview. *Revue Neurologique*. 2017 ; 173(7-8) : 461-72.
8. Dikmen S, Machamer J, Fann JR, Temkin NR. Rates of symptom reporting following traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2010 ; 16(3) : 401-11.
9. SOFMER. Troubles du comportement chez les traumatisés crâniens : quelles options thérapeutiques ? Recommandations de bonne pratique. 2013 [cité le 20 avril 2020]. Disponible sur : https://www.sofmer.com/download/sofmer/sofmer_tc_Recommandations.pdf
10. Sandhaug M, Andelic N, Vatne A, Seiler S, Mygland A. Functional level during sub-acute rehabilitation after traumatic brain injury : course and predictors of outcome. *Brain Injury*. 2010 ; 24(5) : 740-47.
11. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness : a practical scale. *Lancet*. 1974 ; 2 (7872) : 81-84.
12. Mathé J-F, Richard I, Rome J. Santé publique et traumatismes crâniens graves : aspects épidémiologiques et financiers, structures et filières de soins. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2005 ; 24(6) : 688-94.
13. Iaccarino MA, Bhatnagar S, Zafonte R. Rehabilitation after traumatic brain injury. *Handbook of Clinical Neurology*. 2015 ; 127 : 411-22.
14. Folch V. De la sortie du coma à la réinscription sociale : promouvoir l'accueil de jour pour les personnes cérébrolésées. 2007. 82p. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique : Rennes, Université de Rennes.

15. De Morand A. Pratique de la rééducation neurologique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2010. 416 p. ISBN : 9872294710919.
16. ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes. Contribution à l'analyse du parcours du traumatisé crânien en Limousin. 2016 [cité le 19 avril 2020]. Disponible sur : <https://www.ors-na.org/publications/contribution-a-lanalyse-du-parcours-du-traumatise-cranien-en-limousin/>
17. Jennett B, Snoek J, Brooks N, Bond M. Disability after severe head injury : observations on the use of the Glasgow Outcome Scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 1981 ; 44(4) : 285-93.
18. Groupe SOFMER, FEDMER. Parcours de soins en MPR : « L'adulte après le traumatisme crânien grave ». 2011.
19. Kozlowski O, Pollez B, Thevenon A, Dhellemmes P, Rousseaux M. Devenir et qualité de vie à trois ans dans une cohorte de patients traumatisés crâniens graves. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 2002 ; 45(8) : 466-73.
20. Montreuil M, Coupé C, Truelle J-L. Traumatisés crâniens graves adultes : quel rétablissement ? *L'Information Psychiatrique*. 2012 ; 88(4) : 287-94.
21. Lefebvre H, Désilets M, Ndakengurukiye G. La participation sociale à long terme des personnes ayant subi un traumatisme crânien et l'impact chez les proches, 10 ans post-traumatisme. 2004. 126p. Rapport de recherche : Montréal, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
22. Le Gall C, Lamothe G, Mazaux J-M, Muller F, Debelleix X, Richer E, et al. Programme d'aide à la réinsertion sociale et professionnelle de jeunes adultes cérébrolésés : résultats à cinq ans du réseau UEROS-Aquitaine. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 2007 ; 50(1) : 5-13.
23. Fleming J, Braithwaite H, Gustafsson L, Griffin J, Collier AM, Fletcher S. Participation in leisure activities during brain injury rehabilitation. *Brain Injury*. 2011 ; 25(9) : 806-18.
24. Eriksson G, Tham K, Borg J. Occupational gaps in everyday life 1-4 years after acquired brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2006 ; 38(3) : 159-65.
25. HAS. Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé. 2019 [cité le 17 avril 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante
26. OMS. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. [en ligne] [cité le 17 avril 2020] Disponible sur : https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/
27. Pailler D, Druvert J-C, Laboute E, Piéra J-B. Le sport autrement. Paris : Chiron ; 2013. 282 p. ISBN : 9782702714829.
28. Lemarchand B. Activité, acteurs et bienfaits du handisurf : Pratique du surf des mers par les personnes handicapées. *Kinésithérapie la Revue*. 2014 ; 14(146) : 29-33.

29. Morris T, Gomes-Osman J, Muñoz JMT, Costa-Miserachs D, Leone AP. The role of physical exercise in cognitive recovery after traumatic brain injury : A systematic review. *Restorative Neurology and Neuroscience*. 2016 ; 34(6) : 977-88.
30. Bhambhani Y, Rowland G, Farag M. Effects of circuit training on body composition and peak cardiorespiratory responses in patients with moderate to severe traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2005 ; 86(2) : 268-76.
31. Lorenz LS, Charrette AL, O'Neil-Pirozzi TM, Doucett JM, Fong J. Healthy body, healthy mind : A mixed methods study of outcomes, barriers and supports for exercise by people who have chronic moderate-to-severe acquired brain injury. *Disability and Health Journal*. 2018 ; 11(1) : 70-78.
32. Bateman A, Culpan FJ, Pickering AD, Powell JH, Scott OM, Greenwood RJ. The effect of aerobic training on rehabilitation outcomes after recent severe brain injury : a randomized controlled evaluation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2001 ; 82(2) : 174-82.
33. Moysoulhier P. Une vision globale de la santé pour la personne en situation de handicap : L'apprentissage du handisport. 2007. 63p. Diplôme de cadre de santé : Aix Marseille, Université de Provence.
34. Marcellini A. Des vies en fauteuil ... usage du sport dans le processus de déstigmatisation et d'intégration sociale. Editions CTNERHI ; 2005. 209 p. ISBN : 9782877101882.
35. Rondeau K, Paillé P. L'analyse qualitative pas à pas : gros plan sur le déroulé des opérations analytiques d'une enquête qualitative. *Recherches Qualitatives*. 2016 ; 35(1) : 4-28.
36. Temporal F, Larmarange J. Déroulement des enquêtes qualitatives et/ou quantitatives. Département de sciences sociales. Paris : Université Renée Descartes, 2006. 16p.
37. Deslauriers J-P. Recherche qualitative : guide pratique. Saint-Laurent : Mc Grow-Hill ; 1991. 158 p. ISBN : 0075512890.
38. Fenneteau H. Enquête : entretien et questionnaire. 3e édition. Dunod ; 2007. 128 p. ISBN : 9782100513376.
39. O'Neil-Pirozzi TM, Marcinczyk KA, Peltier AN, Rodano KM. Survivor-perceived motivational facilitators and barriers to participation in cognitive exercise following chronic acquired brain injury. *Brain Injury*. 2019 ; 33(10) : 1308-19.
40. Intissar S, Rabeb C. Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*. 2015 ; 1(3) : 161-68.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : The Glasgow Outcome Scale (GOS), classification des patients ayant subi un TC selon leur autonomie et leur indépendance fonctionnelle.

ANNEXE II : Référentiel d'intervention préférentielle des professionnels de l'AP en fonction des phénotypes fonctionnels accompagné de la description du phénotype de limitations sévères.

ANNEXE III : Formulaire de consentement adressé à chaque participant de l'étude.

ANNEXE IV : Guide d'entretien semi-directif de l'étude.

ANNEXE V : Exemple de l'étape de codage de l'E7.

ANNEXE VI : Exemple de l'étape de synthèse de l'E7.

ANNEXE I

Annexe I : The Glasgow Outcome Scale (GOS), classification des patients ayant subi un TC selon leur autonomie et leur indépendance fonctionnelle.

| Category Number | Name | Definition |
|-----------------|-----------------------------|--|
| 5 | Good recovery | Resumption of normal life (minor neurological or psychological deficits) |
| 4 | Moderate disability | Disabled but independant on daily life, work capacity is reduced |
| 3 | Severe disability | Conscious but dependant for daily life, unable to travel or go shopping without assistance |
| 2 | Persistant vegetative state | Unresponsive and speechless |
| 1 | Death | |

ANNEXE II

Annexe II : Référentiel d'intervention préférentielle des professionnels de l'AP en fonction des phénotypes fonctionnels accompagné de la description du phénotype de limitations sévères.

| Limitations | Métiers | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| | Aucune limitation | Limitation minimale | Limitation modérée | Limitation sévère |
| Masseurs kinésithérapeutes | +/- | + | ++ | +++ |
| Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leurs champs de compétences respectifs) | (si besoin déterminé) | (si besoin déterminé) | ++ | +++ |
| Enseignants en APA | +/- | ++ | +++ | ++ |
| Éducateurs sportifs | +++ | +++ | + | non concernés |
| Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel | +++ | ++ | +(1) | non concernés |
| Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel | +++ | ++ | +(1) | non concernés |

(1) : concernés à condition d'intervenir dans un cadre pluridisciplinaire.

| Phénotype fonctionnel avec limitations sévères |
|--|
| <p>1. Fonctions locomotrices</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fonction neuromusculaire : altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien - Fonction ostéo-articulaire : altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien - Endurance à l'effort : fatigue invalidante dès le moindre mouvement - Force : ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires - Marche : distance parcourue inférieure à 150 m |
| <p>1 Fonctions cérébrales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fonctions cognitives : mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec - Fonctions langagières : empêche toute compréhension ou expression - Anxiété/Dépression : présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression |
| <p>2 Fonctions sensorielles et douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacité visuelle : vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier - Capacité sensitive : stimulations sensibles non perçues, non localisées - Capacité auditive : surdité profonde - Capacités proprioceptives : d esequilibres sans r eequilibrage. Chutes fréquentes lors des activités au quotidien - Douleur : douleur constante avec ou sans activité |

ANNEXE III

Annexe III : Formulaire de consentement adressé à chaque participant de l'étude.

N° d'identification du participant :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE ECRIT

L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE CHEZ LE PATIENT ATTEINT DE TRAUMATISME CRANIEN

Recherche qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels exerçant auprès de patients atteints de traumatisme crânien modéré à grave.

Introduction & objectifs de recherche :

Ce travail de recherche est centré sur les patients atteints de traumatisme crânien modéré à grave après la sortie du centre de rééducation neurologique. L'objectif de ce mémoire est de comprendre l'intérêt et la pratique de l'activité physique et sportive de ces patients ainsi que l'implication du masseur-kinésithérapeute dans ce processus de réadaptation continue.

Réalisation de l'entretien :

Vous participerez à un entretien individuel durant lequel nous vous poserons des questions sur votre expérience. Cet entretien sera réalisé par Apolline VILLEMONT suivant vos disponibilités, dans les locaux Il durera environ une heure et sera enregistré par dictaphone.

L'anonymat tentera d'être respecté, cependant certains statuts permettent une identification facile sans faire apparaître de nom.

Traitement des informations :

Les enregistrements seront retranscrits mot pour mot de façon confidentielle. Une fois les enregistrements retranscrits, ils seront supprimés et les retranscriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse sera réalisée par Apolline VILLEMONT.

Les résultats de cette étude seront utilisés dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en masso-kinésithérapie et peuvent être potentiellement publiés.

Veillez parapher chaque item pour donner votre accord :

- ❖ Je confirme avoir lu et compris les informations citées ci-dessus, et j'ai eu la possibilité de poser des questions.
- ❖ Je comprends que la participation à cette étude est basée sur le volontariat et que je suis libre de quitter l'étude à tout moment sans fournir de raison.
- ❖ Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la retranscription mot pour mot de l'entretien.
- ❖ Je donne mon consentement à l'analyse et l'utilisation des données de l'entretien (éventuelles citations dans le travail de fin d'études).
- ❖ Je suis d'accord pour participer à l'étude.

| Participant |
|-------------|
| Nom : |
| Prénom : |
| Date : |
| Signature : |

| Investigateur |
|---------------|
| Nom : |
| Prénom : |
| Date : |
| Signature : |

ANNEXE IV

Annexe IV : Guide d'entretien semi-directif de l'étude.

GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation de l'intervieweur :

Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté cet entretien et de m'accorder de votre temps.

Je réalise mon travail de fin d'étude et pour cela je réalise une enquête qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de personnels de santé et professionnels ayant une expérience et une expertise dans la prise en charge et l'accompagnement des patients atteints de traumatisme crânien modéré à grave.

Ce mémoire s'intéresse à la place du masseur-kinésithérapeute dans le cadre de l'accompagnement de ces patients après la sortie de centre de rééducation et plus précisément dans le cadre de la reprise de l'activité physique et sportive.

Présentation de l'entretien :

Je vais donc vous poser des questions préparées en amont sur différents thèmes de ce sujet. Vous avez une large liberté d'expression. L'enchaînement des questions reste relativement fluide. Si vous désirez aborder un autre sujet non cité dans cet entretien, vous avez également la possibilité de le faire.

Cet entretien durera environ une heure et sera enregistré via un dictaphone. Celui-ci dans un souci pratique de retranscription pour pouvoir ensuite analyser les données. Un consentement éclairé concernant la participation à mon étude vous a été envoyé par mail ou donné en mains propres. Etes-vous toujours d'accord pour l'enregistrement ?

Présentation de l'interviewé(e) :

Avant de commencer l'entretien, je vais vous demander de vous présenter, votre profession, vos années d'expérience, votre expérience particulière avec les patients atteints de traumatisme crânien, vos éventuelles formations ou spécificités en lien avec le sujet.

Après cela, nous commencerons les questions.

Eléments recherchés :

- Profession
- Années d'expérience
- Lieu d'exercice et description de l'exercice
- Type de prise en charge (relation) avec les patients traumatisés crâniens
- Spécialité / expérience / formation dans ce domaine

| Intro : Tout d'abord, nous allons nous intéresser au patient ayant subi un traumatisme crânien modéré à grave et sortant du centre de rééducation. | | |
|---|--|--|
| Dimension 1 PEC patient TC après sortie du centre de rééducation | « D'après vous, quels sont les objectifs spécifiques des patients TC (modéré à grave) et de leurs familles lors du retour à domicile ? » | |
| | « Par votre expérience, quelles étaient les demandes principales de ces patients et leurs familles ? quels étaient leurs volontés ? » | |
| | « Comment ces patients sont-ils suivis lors du retour à domicile ? » | |
| | « Quels sont les problèmes et limites rencontrés pour ces patients et leurs familles à cette phase ? » Relances : → Problèmes environnementaux → Problèmes personnels (dus aux troubles, etc.) → Problèmes professionnels → Problèmes sociaux et familiaux | |
| Intro : Maintenant, nous allons nous intéresser plus spécifiquement à l'activité physique et sportive chez ces patients. | | |
| Dimension 2 L'AP et sportive chez patients TC | « L'activité physique et sportive est-elle fréquemment pratiquée par ces patients ? » | |
| | « Pour quelles raisons ces patients la pratiquent-ils ? » | |
| | « Au contraire, pour quelles raisons certains patients ne la pratiquent-ils pas ? » | |
| | « D'après vous, comment l'activité physique et sportive influe-t-elle sur les troubles cognitifs ? Et sur l'autonomie de ces patients ? » | |
| | « Pour ceux qui pratique l'activité physique et sportive, quelles difficultés peuvent-ils rencontrer ? » | |
| | « D'après vous, dans quelles conditions cette pratique doit-elle être menée auprès de ces patients ? et pourquoi ? » Relances : → Pratique individuelle / collective / loisirs / compétition → Suivi spécifique, accompagnement de professionnels, pluriprofessionnel → Milieu inclus / associations / clubs handisports | |
| « Quel impact cette pratique peut-elle avoir sur ces patients ? » Relances : → Professionnel → Personnel (physique, comportemental, cognitif et psychologique) → Social et familial | | |
| Intro : Pour finir, nous nous interrogeons maintenant au rôle du MK dans ce contexte et avec ces patients. | | |
| Dimension 3 Le rôle du MK dans l'AP et sportive | « Pensez-vous que l'intervention du masseur-kinésithérapeute peut-elle être pertinente auprès de ces patients lors de la reprise de l'activité physique et sportive ? » Relances : → Pouvez-vous me dire pourquoi ? → Les arguments favorables à la présence d'un MK → Les arguments défavorables à la présence d'un MK | |

Entretien/Participant N° :

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| pour patients TC | <i>« D'après votre expérience, comment le masseur-kinésithérapeute interagit-il dans ce processus de réhabilitation physique et sportive ? »</i> | |
| | <u>Relances :</u> <ul style="list-style-type: none">→ Fréquence d'apparition dans les prises en charge des différents patients→ Nature et rôle de l'intervention du MK auprès du patient→ Fréquence de suivi du patient | |
| | <i>« Quelles compétences le MK doit-il mettre en œuvre afin de répondre au mieux aux besoins de ces patients pratiquant l'activité physique et sportive ? »</i> | |
| | <i>« Comment le MK peut-il participer à la prise en charge des troubles cognitifs par le biais de l'activité physique et sportive ? »</i> | |
| | <i>« D'après votre expérience, quels sont les acteurs intervenant dans la réhabilitation sportive de ces patients dans le cadre du suivi pluriprofessionnel ? »</i> | |
| | <i>« Quelles sont les limites de l'intervention du masseur-kinésithérapeute auprès de ces patients dans ce contexte ? »</i> | |

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Je vous remercie de votre participation à cet entretien. M'autorisez-vous à vous recontacter si besoin ?

L'entretien est terminé.

ANNEXE V

Annexe V : Exemple de l'étape de codage de l'E7.

Analyse Entretien N°7

CODAGE DES VERBATIMS

| CODAGE | Réf. | EXTRAIT DE L'ENTRETIEN | COMMENTAIRE |
|---|----------|---|--|
| Réintégration dans la société | AG01 :22 | « Les objectifs à la sortie du centre de rééducation vont surtout être à mon avis d'ordre de réinsertion [...] » « Donc [...], lui pour poursuivre un travail de réadaptation, et du coup à mon avis c'est la chose principale à mettre en œuvre lors de son retour à domicile, c'est ça c'est mettre en œuvre un projet de réadaptation et réinsertion socio-professionnel. » | Insistance et priorisation « surtout » « C'est la chose principale » : priorisation des objectifs Notion de réintégration sociale et professionnelle |
| | AG04 :48 | « Donc à mon avis les premiers freins, [...] ça va être la bonne maîtrise de ces troubles-là qui sont des vraies sociopathies quoi. » | → Troubles-là : troubles moteurs et neurocognitifs Sociopathies : pathologie entravant la réintégration dans la société |
| Environnement adapté | AG01 :22 | « Les objectifs [...] d'adaptation de la personne à son environnement ou d'adapter l'environnement à la personne ». » | Répétition et insistance sur le mot « adaptation » |
| | AG14 :05 | « Il faut que ce soit un environnement très bienveillant » | A propos des conditions de réalisation de l'AP&S |
| Orientation du patient | AG01 :22 | « Donc du coup l'étayage à la sortie du patient elle est quand même nécessaire [...] » | |
| Sécurité du patient | AG01 :22 | « Donc [...] elle est quand même nécessaire pour le garder en sécurité [...] » | → Etayage à la sortie du patient |
| | AG04 :48 | « et se mettre en difficulté voir en danger dans leur quotidien. » | → A cause des troubles comportementaux |
| Souhait commun famille et patient | AG02 :45 | « La plupart du temps ce qu'ils souhaitent... » | Question posée : patient et leur famille Réponse : « ils » |
| Disponibilité des aidants (quels qu'ils soient) | AG02 :45 | « La plupart du temps ce qu'ils souhaitent c'est vraiment d'avoir un étayage leur permettant d'avoir des personnes ressources qui seraient disponibles [...] » | « Vraiment » : insistance sur cette demande, priorisation |
| Continuité du suivi | AG02 :45 | « [...] et qui permettrait de poursuivre le travail fait en rééducation ou des structures qui permettent de poursuivre de travail de réadaptation [...] » | |
| | AG14 :05 | « bien connaître aussi le patient quand il arrive, avoir une bonne notion de son profil psychologique » | A propos des conditions de réalisation de la pratique de l'AP&S |
| Pratique d'activités écologiques | AG02 :45 | « [...] via des activités, via des mises en situation dans la vie quotidienne. » | |
| Selon les séquelles | AG03 :30 | « Alors quand ils retournent au domicile, bah ça dépend du niveau séquentaire [...] » | → Question vis-à-vis du suivi de ces patients |
| Reprise d'une activité professionnelle | AG03 :30 | « Certains vont pouvoir effectivement reprendre une activité professionnelle, ou à temps partiel, en réorientation ou en poste adapté, [...] » | |
| Autonomie personnelle modérée | AG03 :30 | « [...], d'autres ils vont pas pouvoir le faire, ils vont pouvoir par contre rester au domicile avec une activité modérée, » | Balance entre les capacités professionnelles et les capacités personnelles |
| Suivi soutenu | AG03 :30 | « et d'autres par contre ne pourront pas le faire et on va devoir leur attribuer une sorte de coach pour les suivre au quotidien » | |
| | AG20 :39 | « A la sortie, lorsque le patient est sorti, c'était plutôt ponctuel, moi ceux que j'avais vu pratiquer ça, c'était de l'ordre de 1 à 2 séances par semaine quoi. » | Suivi kiné lors du retour à domicile et de la reprise d'une AP&S → Suivi régulier |
| Difficulté de suivi par la famille | AG03 :30 | « parce que la famille peut pas forcément se détacher et se consacrer à 100% pas à la surveillance mais au suivi de leur propre compagnon, enfant, partenaire. » | Nuance précisée entre suivi et surveillance |
| Environnement inadapté | AG04 :48 | « Bah ces patients là ils vont être confrontés à un environnement qui ne maîtrise pas leur problématique [...] » | Environnement au sens large du terme |

Analyse Entretien N°7

| | | | |
|--|----------|--|--|
| | AG04 :48 | « c'est-à-dire que quelqu'un qui est en fauteuil qui a des difficultés de marche qui va devoir être confronté à un environnement hostile, un problème classique pour des personnes en situation de handicap, » | Rôle de l'environnement +++ par rapport aux limitations motrices en soit dans la perte d'autonomie |
| | AG07 :07 | « et ils peuvent aussi peut-être avoir des environnements pratiques qui sont pas forcément adaptés [à la pratique P&S] » | Environnement limitant la pratique physique et sportive |
| | AG13 :01 | « Et ensuite y'a le versant plus environnemental avec les moyens qu'ils vont avoir à leurs dispositions pour se rendre sur place, pour les accompagnateurs éventuels, l'accessibilité et la logistique pour se rendre sur un gymnase, l'environnement dans lequel ils vont évoluer, l'accessibilité de ce gymnase, et puis l'ambiance qu'ils vont retrouver lors de la pratique. » | A propos des difficultés rencontrées lors de la pratique de l'AP&S |
| Influence négative de l'environnement | AG04 :48 | « Bah ces patients là ils vont être confrontés à un environnement qui ne maîtrise pas leur problématique et qui peut même peut-être entretenir leurs difficultés. » | L'environnement peut ne pas seulement être inadapté mais aussi confronter ces patients à des problèmes supplémentaires |
| | AG04 :48 | « en fait ça peut les aggraver [problèmes d'addiction, de dépression] plus qu'autre chose cet environnement. » | Effet péjoratif de l'environnement sur les troubles psychologiques et psychiatriques des patients |
| Limitations motrices limitant l'autonomie | AG04 :48 | « Les problématiques elles sont on va dire, à celles que je pense, elles sont plutôt motrices [...] » | |
| Stigmatisation des troubles cognitifs par les personnes | AG04 :48 | « y'a celles qui sont en pleine possession de leur motricité qui vont être confrontées à une incompréhension des gens qu'ils vont côtoyer face à leurs problèmes neurocognitifs » | « Confrontées » : implique un conflit |
| Rôle des troubles comportementaux dans la dégradation de l'état du patient | AG04 :48 | « même [Problèmes] comportementaux avec tous les troubles émotionnels que ce soit irritabilité, impulsivité qui peuvent exploser et se mettre en difficulté » | |
| Difficulté de contrôle des troubles neurocognitifs et moteurs | AG04 :48 | « Donc à mon avis les premiers freins, les plus grosses limites et les plus grosses difficultés auxquelles ils vont être confrontés ça va être la bonne maîtrise de ces troubles-là [...] » | Insistance : « premiers freins, plus grosses limites, plus grosses difficultés » → Troubles moteurs et neurocognitifs |
| Risque d'altération de l'intégration sociale | AG04 :48 | « Qui mettent en danger toute cette cognition sociale. » | |
| | AG04 :48 | <i>Question posée : Donc vraiment des problèmes qui vont toucher les relations humaines avec l'entourage mais aussi avec l'entourage plus large ?</i> → Réponse : « Bah ouais et puis [...] » | |
| Troubles psychologiques / psychiatriques émergents | AG04 :48 | « ça peut même se répercuter sur la personne en elle-même, votre patient cérébrolésé, traumatisé crânien il peut se retrouver aussi en situation avec un tout un tas de soucis en regard, que ce soit sur des problèmes d'addiction, que ce soit sur des problèmes de dépression, » | |
| Fréquence faible voire nulle de pratique P&S | AG06 :57 | <i>Question posée : Donc est-ce l'APS elle est fréquemment pratiquée chez ces patients ?</i> → Réponse : « Non. » | Réponse non nuancée et directe |
| Implication des troubles dysexécutifs dans la non pratique sportive | AG07 :07 | « c'est-à-dire qu'ils sont peut-être limités déjà dans la démarche, dans la prise d'initiatives, parce qu'on va retrouver des gens parfois complètement apathiques qui ont des problèmes organisationnels, qui ont des problèmes de planification, qui vont pas réussir à se rappeler, et donc à configurer leur vie autour de séances sportives » | Ensemble de troubles neurocognitifs qui vont empêcher la pratique sportive dans son initiation et son suivi |
| | AG07 :07 | « Donc y'a ce versant là, ce manque d'initiatives, ce manque de, cette difficulté exécutive, » | |
| | AG13 :01 | « Bah y'a toutes les difficultés on va dire intrinsèques notamment sur le versant cognitif et du coup tous les versants en lien avec » | A propos des difficultés rencontrées lors de la pratique de l'AP&S |

Analyse Entretien N°7

| | | | |
|--|----------------------|--|--|
| | | l'apathie ou le manque d'organisation qu'ils peuvent présenter, d'accord, on va dire c'est plus un côté propre et intrinsèque » | |
| Plaisir aboutissant de la pratique P&S | AG07 :07 | « , qui par ailleurs peuvent parfois apprécier malgré tout. » | |
| Implication du manque de formation des professionnels sportifs dans l'arrêt de la pratique P&S | AG07 :07 | « avec un manque de formation des personnes autour du sportif, qui au lieu de prendre en considération ses difficultés, vont pas forcément en être capable et peut-être créer une atmosphère insatisfaisante au sportif et du coup il n'y retournera plus. » | Encadrement non adapté qui peut engendrer au même titre que l'environnement des nouvelles difficultés, des mises en échec, etc. |
| Pratique antérieure comme facteur prédictif de reprise de AP&S | AG08 :44 | « Alors ils la pratiquent alors soit parce que c'était déjà des sportifs avant et donc ça fait déjà partie de leur style de vie et ça fait partie des choses qu'ils aimaient pratiquer [...] » | Source de motivation et d'implication du patient |
| Bien-être personnel résultant de l'AP&S | AG08 :44 AG16 :57 | « Soit ils y trouvent du réconfort, un bien-être [...] » « Donc on va dire [...], bénéfique psychologique aussi avec une notion de bien-être, de travail bien accompli, la modification du schéma corporel, une amélioration de l'estime de soi, une reprise de confiance face à la réussite des activités qui vont être proposées, » | Bien-être multiple : estime de soi, confiance, schéma corporel, etc. ➔ Il en résulte pas uniquement un plaisir |
| Bienfait social de la pratique de l'AP&S dans des milieux adaptés | AG08 :44 | « [...] dans des environnements qui sont adaptés bah du coup ils se retrouvent avec d'autres personnes avec qui ils peuvent partager, ce côté de groupe qui va dynamiser, l'occasion de resocialiser un petit peu, » | L'AP&S dans ces conditions permet de pallier au manque de socialisation souvent présente chez ces patients |
| Accomplissement personnel et épanouissement par l'AP&S | AG08 :44 | « ils vont avoir l'occasion de se dépenser, de se trouver des choses aussi eux-mêmes » | |
| | AG08 :44 | « [...] donc dès lors qu'ils peuvent la repratiquer bah ça leur procure une sorte de victoire sur la maladie, et du coup ça les motive à pratiquer. » | |
| Aspect multifactoriel de la régularité de la pratique P&S | AG08 :44 | « donc voilà je pense que c'est tout un tas d'éléments qui va pencher en la faveur d'une pratique régulière » | |
| | AG16 :57 | « Donc pour moi c'est important de pratiquer cette activité physique régulière, elle est essentielle. » | Importance de la régularité de la pratique |
| Bienfait physique de l'AP&S sur leur condition physique | AG08 :44 | « puis aussi plus physiologique de l'apport du sport sur leur condition physique qui va permettre de supporter plus les efforts aussi. » | |
| | AG12 :06 | « Bah favorablement aussi, sur l'amélioration de leurs capacités physiques » | ➔ Influence AP&S sur autonomie de la personne |
| | AG16 :57 | « Euh alors je vais me répéter mais c'est un impact sur à mon avis qui peut vraiment être significatif sur le versant physique, avec une amélioration des compétences, une prévention primaire des problématiques cardiovasculaires, des problématiques endocrinologiques, des problématiques de surpoids, des problématiques métaboliques, etc. » | ➔ Bienfait physique qui va au-delà du domaine musculo-squelettique mais aussi cardiovasc/endocrino, etc... |
| | AG28 :15 | « je pense que c'est un bon investissement sur une éventuelle dégradation de l'état fonctionnel des personnes et du coup sur leur santé. » | Dans le contexte d'intervention du kiné dans la pratique d'AP&S chez le patient TC |
| | AG16 :57 | « Donc on va dire [...] une meilleure autonomie sur le plan physique, sur l'endurance sur la condition physique on va dire. » | |
| Remaniement cérébral lors de la pratique de l'AP&S | AG10 :15 | « Bah alors j'ai vu passer pas mal d'éléments là-dessus sur la reconfiguration, sur la reconstruction et la stimulation de la plasticité cérébrale sur les activités sportives » | ➔ A propos de l'influence de l'AP&S sur les troubles cognitifs |
| Stimulation positive des fonctions exécutives et | AG10 :15 | « que ce soit sur le travail de l'équilibre, la connexion entre tous les éléments de planification de gestes, d'analyse de phase de jeu, de concentration sur une tâche, de répétition d'une tâche, de travail de la distractibilité qui va falloir mettre à l'épreuve sur une | Stimule plusieurs fonctions cérébrales telles que l'équilibre mais aussi la concentration, la mémoire, l'attention divisée, l'attention focalisée, l'analyse, etc. |

Analyse Entretien N°7

| | | | |
|---|----------|---|---|
| cognitives lors de l'AP&S | | pratique sportive, la notion de double tâche, donc tous ces éléments-là sont mis à l'épreuve lors d'une pratique de sport » | → fonctions cognitives nécessaires pendant les AVQ |
| | AG12 :06 | « Bah favorablement aussi, [...] sur une probable amélioration de leurs capacités cognitives, » | A propos de l'influence de l'AP&S sur l'autonomie de la personne |
| | AG19 :03 | « [...] tous les bénéfices qu'ils vont pouvoir tirer d'une mise en situation on va dire sportive qui va stimuler leur concentration, qui va stimuler leurs capacités de double-tâche, entraîner et atténuer leur distractibilité, » | Bénéfices sur fonctions cognitives variées |
| Intérêt favorable à la pratique collective de l'AP&S sur les fonctions cognitives | AG10 :15 | « <i>[éléments pré-cités mis à l'épreuve lors d'une pratique sportive]</i> et notamment sur les pratiques en groupe. » | |
| Implication physiologique de l'AP&S dans l'amélioration des fonctions cognitives | AG10 :15 | « Et puis au-delà de ça y'avait aussi sur le versant physiologique pur, avec des sécrétions de neurotransmetteurs qui sont pro, qui sont favorables à la plasticité cérébrale et à la reconstruction du circuit nerveux. Donc qui participe à l'amélioration des fonctionnements cognitifs. » | |
| Action positive de l'AP&S sur le schéma corporel | AG12 :06 | « Bah favorablement aussi, [...] sur le renforcement positif de la perception de leur propre corps, sur une sédation de leur anxiété, sur une amélioration de leur perception du corps, de leur schéma corporel, » | A propos de l'influence de l'AP&S sur l'autonomie de la personne Troubles du schéma corporel fréquents chez ces patients |
| Intérêt favorable de la pratique collective de l'AP&S sur les relations sociales | AG12 :06 | « Bah favorablement aussi [...] sur l'ouverture aux autres, peut-être la découverte ou la mise en confiance par l'intermédiaire des personnes qu'ils vont côtoyer par cette pratique. » | |
| | AG16 :21 | « et après en fonction de la réaction et de la demande des personnes, peut-être créer des groupes avec des dynamiques communes » | A propos de la pratique individuelle et/ou collective de l'AP&S |
| | AG16 :57 | « Elle permet d'avoir un contact avec l'extérieur, donc on va dire plus sur le versant relationnel, social. » | |
| | AG24 :12 | « Vérifier aux bonnes relations qu'il peut avoir éventuellement avec les autres patients au sein du groupe. Plutôt que tester la cognition sociale de ces patients les uns avec les autres pendant une séance, ça passe par des exercices d'affrontement sur quel que soit le sport, » | Rôle du kiné d'encadrement aussi sur les troubles sociaux pendant l'AP&S |
| Importance de l'intérêt du patient pour la pratique P&S pour la compliance | AG14 :05 | « Bah il faut... déjà c'est trouver quelque chose auquel ils adhèrent, » | A propos des conditions de pratique de l'AP&S |
| Projet du patient construit à l'aide de l'équipe | AG14 :05 | « y'a quand même déjà tout un travail de conception en accord avec la personne, » | A propos des conditions de pratique de l'AP&S |
| | AG24 :12 | « essayer de travailler peut-être un projet en commun en faisant bosser le patient en amont et voir au fur et à mesure s'il s'implique dans le projet et qu'il respecte ses engagements. » | A propos de la contribution du kiné dans l'AP&S |
| Nécessité de flexibilité dans la réalisation de l'AP&S | AG14 :05 | « , je pense qu'il faut arriver à avoir une possibilité de flexibilité de l'activité en lien avec leurs propres troubles, donc il faut réussir à adapter et à ajuster des séquences, peut-être faire des choses courtes, variées, et voir celles auxquelles ils adhèrent le mieux, et peut-être leur permettre de travailler aussi cette flexibilité. » | A propos des conditions de pratique de l'AP&S |
| | AG14 :05 | « Je pense il faut peut-être des séances progressivement intensives avec une adaptation de l'intensité en fonction de la réponse et de l'adhésion du patient, » | |
| | AG14 :05 | « réussir à adapter les activités en fonction des limitations motrices qu'il peut y avoir aussi. » | |

Analyse Entretien N°7

| | | | |
|---|----------|---|--|
| Nécessité d'encadrants compétents et formés | AG14 :05 | « [...] avec des gens qui soient formés à ces problèmes neurocomportementaux auxquels ils peuvent être exposés » | |
| | AG14 :05 | « et puis effectivement une bonne formation des encadrants. » | |
| | AG19 :50 | « Ce qui n'est pas le cas de beaucoup d'autres encadrants dans le sport quel qu'il soit. » | A propos de la capacité d'adaptation et d'ajustement de l'attitude du kiné face aux troubles neurocognitifs |
| | AG28 :15 | « effectivement il y a un vrai gain à mon sens à faire travailler ces personnes-là de façon cadrée et comment dire de façon un peu médicalisée, pour justement ne pas faire de bêtises et avoir des résultats. » | Aspect préventif |
| Prise en charge individuelle en préparation de la pratique de l'AP&S | AG16 :21 | « Moi je pense qu'il s'agirait de faire les choses en deux temps avec une pratique individuelle initiale, » | |
| Problématique de la taille du groupe lors de la pratique collective de l'AP&S | AG16 :21 | « Mais c'est compliqué de bien préparer cela, peut-être avec des groupes qui augmentent petit à petit, il faut qu'ils soient de petite taille, si c'est une activité en groupe je pense pas qu'il faut que ça dépasse 4-5 personnes. » | |
| Prévention et lutte contre la sédentarité de l'AP&S | AG16 :57 | « [...] puis y'a tout le versant préventif qui est intéressant notamment pour des populations qui risquent d'être sédentaires et qui vont donc s'exposer d'autant plus à ce genre de difficultés. » | ➔ Pas uniquement un rôle curatif mais également préventif |
| Aspect thérapeutique de l'AP&S sur les troubles sociaux et cognitifs | AG16 :57 | « Y'a un entretien de ces relations qui permet d'une part pour les mettre à l'épreuve, mais effectivement s'ils sont avec des cadres formés, ils peuvent aussi poursuivre leur propre réadaptation et leur propre entraînement face à ces difficultés sociales et cognitives auxquelles ils sont exposés par leurs lésions. » | Les rendre acteurs et autonomes dans leur prise en charge Notion de mettre à l'épreuve / poursuivre/entraîner ➔ Plusieurs aspects curatifs |
| Aspect et bénéfice multifactorielle de la pratique de l'AP&S | AG16 :57 | « donc c'est très global comme approche. » | Tant social, que psychologique, que physique, etc. |
| Bénéfice transposable de l'AP&S sur la pratique professionnelle | AG19 :03 | « tous ces éléments-là [<i>éléments cognitifs mis en œuvre lors de la pratique sportive</i>] ça va être des éléments qui vont être mis à contribution, des facteurs qui sont mis à contribution sur le plan professionnel, donc oui forcément oui on en tire un bénéfice. » | |
| Importance de la présence du kiné dans la pratique de l'AP&S | AG19 :50 | « Bien sur. Oui oui bien sur elle va être pertinente, » | Insistance avec répétitions |
| Capacité du kiné d'adaptation de l'AP&S sur le plan moteur et fonctionnel | AG19 :50 | « , parce que la formation de kiné va vous permettre déjà d'avoir un ajustement des activités proposées liées aux limitations motrices et fonctionnelles exposées par le patient, » | |
| | AG20 :39 | « [...] parce que dans les exercices qu'il peut proposer il peut très bien adapter le travail actif sur des activités un peu sportives, ludiques qui se rapprochent d'une activité sportive établie » | A propos du rôle du kiné |
| Importance des connaissances neurocognitives du kiné | AG19 :50 | « parce que la formation de kiné va vous permettre déjà d'avoir un ajustement des activités [...] et d'un autre côté vous avez aussi une compréhension de ces troubles neurocognitifs » | |
| | AG22 :15 | « Ensuite je pense qu'il lui faut des bonnes bases et des bonnes connaissances d'ordre neurocomportementale avec une bonne connaissance neuropsychologique que peut avoir son patient » | A propos des compétences du kiné |
| Adaptation de l'attitude professionnelle du kiné en fonction | AG19 :50 | « vous avez aussi une compréhension de ces troubles neurocognitifs qui vont permettre d'anticiper et d'ajuster votre posture et votre positionnement face au patient. » | |
| | AG22 :15 | « Il faut aussi qu'ils soient capables de souplesse, d'adaptation. » | A propos des compétences du kiné |

Analyse Entretien N°7

| | | | |
|---|----------|--|--|
| des troubles neurocognitifs | | | |
| Rôle d'accompagnement du kiné à l'initiation d'un sport | AG20 :39 | « Et bien il intervient dans une phase de découverte à mon sens, [...] et accompagner la découverte de certains sports. Donc je pense qu'il y a l'initiation [...] » | A propos du rôle du kiné |
| Rôle d'accompagnement du kiné dans la consolidation d'une pratique sportive | AG20 :39 | « et je pense aussi pourquoi pas la consolidation lorsqu'ils trouvent une activité qui correspond au souhait de la personne, » | A propos du rôle du kiné |
| Nuance entre sport et activité physique | AG20 :39 | « qui sera pas forcément comme une activité sportive qu'on peut pratiquer dans un club mais un petit peu adaptée en fonction de la capacité fonctionnelle de la personne. » | Toujours dans cette démarche d'adaptation pour la personne |
| Connaissances nécessaires du kiné des problématiques motrices des TC | AG22 :15 | « déjà une bonne connaissance déjà des problématiques fonctionnelles, et ce qu'on peut avoir sur un patient TC avec des problèmes de spasticité, des problèmes de raideur articulaire, des problèmes de para-ostéo-arthropathies, des problèmes de force et de parésie musculaire, [...] et notamment d'un corps physiologiquement modifié par ces problématiques suite au TC » | Toujours dans cette démarche d'adaptation pour la personne en fonction de ses troubles |
| Connaissances nécessaires du kiné en physiologie de l'effort | AG22 :15 | « [...] et en même temps avoir des bonnes bases sur la physiologie et l'adaptation du corps à l'effort » | A propos des compétences du kiné |
| Importance des qualités humaines du kiné | AG22 :15 | « et ensuite des qualités on va dire plus d'ordre psychologique dans le sens où il va être forcément confronté à des difficultés, donc il lui faut des capacités de patience, de bienveillance, de persévérance, il lui faut aussi du dynamisme et beaucoup de bonne volonté et d'implication pour arriver à motiver ces patients à suivre leur activité.» | Autant des qualités plutôt apaisantes, compréhensives que stimulantes |
| Rôle d'encadrant dans la pratique sportive du kiné | AG24 :12 | « Et bien sur par exemple le respect des consignes qui vont être données au patient, vérifier que ces consignes -là elles sont bien notées, » | Action qui participe à la prise en charge des troubles cognitifs |
| | AG24 :12 | « Vérifier et recadrer surtout le patient quand il déborde et se laisse emporter par ses difficultés neurocomportementales. » | Action qui participe à la prise en charge des troubles cognitifs |
| | AG24 :12 | « je sais pas comme du tennis de table avec des consignes à respecter, en cas de défaite ou en cas de perte de point, d'adopter une certaine posture, un certain comportement, qui doit être répéter, » | Action qui participe à la prise en charge des troubles cognitifs |
| Rôle d'évaluation clinique du kiné | AG24 :12 | « qui doit être réévaluer de séance en séance. » | |
| | AG24 :12 | « bah vérifier qu'il ait bien retenu et qu'il est bien réalisé la séance d'après ... » | |
| Encadrement du kiné pour un gain d'autonomie | AG24 :12 | « Comment il peut tester, bah je sais pas par exemple de l'escalade, il peut tester la mise en place du matériel, le respect des consignes de sécurité, s'assurer qu'il respecte bien les règles dans un jeu, si un geste technique par exemple travaillé sur une séance [...] et le respect autour des horaires, voir si la personne arrive à bien se cadrer sur ses engagements. » | Permettant de gagner de l'autonomie via le sport pour la maintenir dans la vie de tous les jours |
| Suivi pluriprofessionnel | AG26 :30 | « Les kinés, les apa, les psychomotriciens, les ergos, éventuellement les médecins qui peuvent être impliqués là-dedans bien sur » | |
| | AG26 :44 | « Plutôt les MPR. Mais après les médecins traitants ils sont aussi en capacité de le faire, ils peuvent aussi prescrire des activités à leur patient. » | |
| Place du kiné dans la prise en charge de patients avec | AG27 :05 | « ils sont prêts à accueillir tous les types de profils notamment ceux qui ont les plus grandes difficultés fonctionnelles, donc y'a que eux qui sont censés les accueillir, » | A propos des kinés |

Analyse Entretien N°7

| | | | |
|--|----------|--|-----------------------------------|
| d'importantes limitations fonctionnelles | | | |
| Limitation financière et administrative de l'intervention du kiné | AG27 :38 | « Donc oui peut-être c'est ça aussi, peut-être le tarif, le remboursement des séances, tout le versant financier on va dire. » | |
| Limitation logistique et environnementale de l'intervention du kiné | AG27 :38 | « Y'a peut-être des limites peut-être plus logistiques ou environnementales avec des cabinets qui sont pas toujours adaptés qui font des séances de kinés, où tout le monde n'a pas forcément un gymnase dans son cabinet. » | Cause environnementale récurrente |
| Importance de l'intervention du kiné et de la pratique d'AP&S dans ce contexte | AG28 :15 | Euh non à part que c'est important de s'y intéresser [...] euh voilà je pense que c'est un bon investissement [...] Donc je pense qu'il y a un vrai intérêt à promouvoir ça [...] Donc c'est un vrai sujet qu'il faut pouvoir porter, c'est important. » | Insistance et répétition +++ |

ANNEXE VI

Annexe VI : Exemple de l'étape de synthèse de l'E7.

Analyse E7

| Dimension 1 : la prise en charge du patient TC après la sortie du centre de rééducation | |
|---|---|
| Objectifs des patients et famille | <p>L'interlocuteur évoque en priorité la nécessité de mettre en place un projet de réadaptation du patient (personnel, social, professionnel)</p> <p style="padding-left: 20px;">➔ Objectif du centre de rééducation pour le patient : établir un projet afin que le patient puisse avoir ses objectifs propres</p> <p>Il évoque qu'il est nécessaire d'adapter les capacités de la personne mais également l'environnement à la personne. En effet l'environnement représente un acteur primordial dans le maintien de l'autonomie de la personne TC.</p> <p>Il évoque également l'importance d'un accompagnement à la sortie afin d'éviter de mise en danger de ces patients.</p> <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réintégration dans la société - Environnement adapté - Orientation du patient - Sécurité du patient |
| Demandes des patients et famille | <p>La famille et le patient demandent souvent un accompagnement ou une orientation par des personnes ressources et structures adaptées pour une continuité du suivi et de la prise en charge de ces patients. Le suivi n'étant pas uniquement médical mais également pour réaliser de nouveau des activités et retrouver de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.</p> <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Souhait commun famille et patient - Disponibilité des aidants - Continuité du suivi - Pratique d'activités écologiques |
| Suivi lors RAD | <p>Le suivi est adapté à chaque patient notamment en fonction des séquelles mais aussi en fonction du projet. Certains retrouveront une autonomie satisfaisante permettant de reprendre une activité professionnelle alors que d'autres auront besoin d'un suivi permanent pour les prendre en charge et également apporter du répit à la famille.</p> <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Selon les séquelles - Reprise d'une activité professionnelle - Autonomie personnelle modérée - Suivi soutenu - Difficulté de suivi par la famille |
| Problèmes rencontrés lors de cette phase | <p>La problématique de l'environnement est directement évoquée. Cet environnement pour ces patients peut autant générer qu'entretenir des difficultés fonctionnelles.</p> <p>Il appuie sur le fait que l'environnement n'apporte pas que des limitations physiques et motrices mais également dans le cadre des troubles cognitifs de ces patients.</p> <p>Il met également l'accent sur les troubles comportementaux et cognitifs de ces patients qui mettent en danger leur autonomie et leur cognition sociale.</p> <p>Ces troubles-là pouvant être amplifiés par un environnement non adapté au monde du handicap invisible.</p> <p>Il évoque également l'émergence de problématiques personnelles avec des problèmes d'addiction, de dépression. Ces problèmes-là pouvant être aussi entretenus voir aggravés par cet environnement inadapté.</p> <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réintégration dans la société - Sécurité du patient - Environnement inadapté - Influence négative de l'environnement - Limitations motrices limitant l'autonomie - Stigmatisation des troubles cognitifs par les personnes - Rôle des troubles comportementaux dans la dégradation de l'état du patient - Difficulté de contrôle des troubles neurocognitifs et moteurs - Risque d'altération de l'intégration sociale - Troubles psychologiques et psychiatriques émergents |
| Dimension 2 : l'activité physique et sportive chez les patients TC modéré à grave | |

Analyse E7

| | |
|--------------------------------------|--|
| Participation à l'APS | L'interlocuteur répond directement et de façon succincte à la question. En effet, il dit que la pratique d'AP&S pour ces patients n'est pas fréquente. |
| | <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Fréquence faible voire nulle de la pratique d'AP&S</i> |
| Motif de participation à l'APS | <p>Il dit que la pratique antérieure du sport favorise la reprise du sport après le TC. En effet ces patients aiment le sport et cela fait partie de leurs habitudes de vie.</p> <p>Le sport apporte également un bienfait psychologique, un bien-être source de motivation pour la pratique. Le sport permettrait pour ces patients de reprendre une revanche sur leur maladie, une sorte de résilience.</p> <p>L'APS permet également à ces patients de se resocialiser et de partager avec des personnes autour de ce plaisir commun.</p> <p>Il évoque aussi l'importance que cela soit réalisée dans un environnement adapté.</p> <p>Il parle également que ces motifs de pratique de l'APS peuvent être également des motifs de régularité de la pratique.</p> <p>Il évoque le bienfait physiologique du sport pour ces patients, mais cet aspect n'est pas abordé en première intention.</p> |
| | <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pratique antérieure comme facteur prédictif de reprise de l'APS</i> - <i>Bien-être personnel résultant de l'APS</i> - <i>Bienfait social de la pratique de l'APS dans des milieux adaptés</i> - <i>Accomplissement personnel et épanouissement par l'APS</i> - <i>Aspect multifactoriel de la régularité de la pratique de l'APS</i> - <i>Bienfait physique de l'APS sur leur condition physique</i> |
| Motif de non-participation à l'APS | <p>L'interlocuteur émet des hypothèses.</p> <p>La première raison qu'il évoque est l'importance des troubles cognitifs notamment de type apathie, syndrome dysexécutif, troubles mnésiques. Tous ces troubles vont entraver la pratique de l'APS qui nécessite organisation, mémoire, planification, prise d'initiatives.</p> <p>Ensuite il évoque de nouveau l'impact de l'environnement lorsqu'il est inadapté à ces patients limitant la pratique d'APS. Le manque de personnel formé aux troubles du patient TC ne permettra pas de créer une atmosphère favorable à la pratique de l'APS.</p> |
| | <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Environnement inadapté</i> - <i>Implication des troubles dysexécutifs dans la non pratique sportive</i> - <i>Plaisir aboutissant de la pratique de l'APS</i> - <i>Implication du manque de formation des professionnels sportives dans l'arrêt de la pratique d'APS</i> |
| Influence APS sur troubles cognitifs | <p>Il évoque l'impact de l'activité sportive sur la fonction cérébrale notamment par la stimulation et la reconfiguration de la plasticité cérébrale. Les effets sont sur des fonctions d'équilibration par exemple mais également sur les fonctions cognitives. Les exemples donnés sont sur l'analyse, la planification, la concentration, la répétition, la double-tâche.</p> <p>Ces effets seraient favorables lors d'une pratique sportive individuelle mais également collective.</p> <p>Ces effets sur la plasticité cérébrale seraient attribuables également à la libération de neurotransmetteurs lors de la pratique sportive.</p> <p>Donc pour l'interlocuteur, l'activité sportive influe favorablement sur les troubles cognitifs pour ces patients.</p> |
| | <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Remaniement cérébral lors de la pratique d'APS</i> - <i>Stimulation positive des fonctions exécutives et cognitives lors de l'APS</i> - <i>Intérêt favorable à la pratique collective de l'APS sur les fonctions cognitives</i> - <i>Implication physiologique de l'APS dans l'amélioration des fonctions cognitives</i> |
| Influence APS sur autonomie | <p>L'interlocuteur est tranché, l'APS influence favorablement aussi sur l'autonomie de ces patients. Dans sa réponse, il met en évidence que l'autonomie n'est pas uniquement la capacité à se déplacer librement dans un environnement mais qu'elle est bien plus globale. L'autonomie regroupe les capacités physiques, les capacités cognitives, le bien-être, la perception du corps, l'anxiété, l'ouverture aux autres, la socialisation de ces patients.</p> <p>L'APS influençant sur tous ces versants, elle permet donc d'améliorer l'autonomie.</p> |
| | <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Bienfait physique de l'APS sur leur condition physique</i> - <i>Stimulation positive des fonctions exécutives et cognitives lors de l'APS</i> - <i>Action positive de l'APS sur le schéma corporel</i> |

Analyse E7

| | |
|--|--|
| | - <i>Intérêt favorable de la pratique collective de l'APS sur les relations sociales</i> |
| Difficultés lors de la pratique APS | Il fait la distinction entre les difficultés intrinsèques et extrinsèques. Les difficultés intrinsèques sont les troubles cognitifs comme l'apathie et le manque d'organisation. Les difficultés extrinsèques sont l'environnement inadapté prenant en compte les difficultés de déplacement, le manque d'accessibilité aux lieux, le manque de formation des encadrants, etc. <u>Codages correspondants :</u> - <i>Environnement inadapté</i> - <i>Implication des troubles dysexécutifs dans la non pratique sportive</i> |
| Conditions de réalisation de l'APS | Tout d'abord il aborde le fait que l'adhésion du patient est primordiale et que le choix du sport doit être discuté avec lui au même titre que son projet. Un aspect important de la pratique de l'APS pour ces patients est qu'elle puisse être adaptée au cas par cas en fonction des limitations motrices et cognitives en favorisant la variété des exercices et la progressivité de l'intensité au cours de séances courtes. Il faut également que ces patients pratiquant l'APS soient dans un environnement bienveillant et formé aux troubles neurocognitifs permettant ainsi d'éviter des situations de frustration, d'échec. Il préconise une activité en deux temps, d'abord individuelle et individualisée ; puis par la suite et en fonction des volontés du patient, une pratique pouvant se faire en petit groupe avec une dynamique commune. Il est nécessaire d'avoir une certaine homogénéité dans les objectifs de chacun dans une pratique en groupe. <u>Codages correspondants :</u> - <i>Importance de l'intérêt du patient pour la pratique de l'APS pour la compliance</i> - <i>Projet du patient construit à l'aide de l'équipe</i> - <i>Nécessité de flexibilité dans la réalisation de l'APS</i> - <i>Nécessité d'encadrants compétents et formés</i> |
| Impact APS | Il décline chaque impact que peut avoir cette pratique. Tout d'abord il évoque l'impact positif sur la condition physique : un aspect curatif permettant d'améliorer les compétences physiques mais également un aspect préventif pour lutter contre les troubles cardiovasculaires, endocrinologiques, de surpoids, etc. Il dit que l'activité physique et sportive est essentielle et à préconiser chez ces patients qui sont enclins à devenir sédentaires. Il aborde également l'impact social de la pratique d'une activité physique et sportive. En plus de favoriser la socialisation, si cela se déroule dans de bonnes conditions (encadrement par exemple), cela permet également chez ces patients de continuer leur réadaptation vis-à-vis de leurs troubles neurocognitifs et neurocomportementaux en situation écologique. Cela va également avoir un impact psychologique sur le patient. A travers le sport et la pratique d'activité physique, cela va lui permettre d'améliorer son estime de soi, sa perception de son schéma corporel, sa capacité à accomplir quelque chose, toutes ces choses permettant une amélioration de l'état psychologique du patient. Tous ces éléments permettent au patient de gagner en autonomie. C'est un impact global : sur le plan physique, social, psychologique, cognitif. Après la relance sur le possible impact sur le plan professionnel, l'interlocuteur acquiesce : certaines capacités cognitives stimulées lors du sport vont l'être pour la reprise d'une activité professionnelle (double-tâche, concentration). Le bénéfice ressenti lors de la pratique du sport peut donc se transposer lors de la reprise d'une activité professionnelle lorsque celle-ci est possible. <u>Codages correspondants :</u> - <i>Bien-être personnel résultant de l'APS</i> - <i>Aspect multifactoriel de la régularité de la pratique de l'APS</i> - <i>Bienfait physique de l'APS sur leur condition physique</i> - <i>Intérêt favorable de la pratique collective de l'APS sur les relations sociales</i> - <i>Prévention et lutte contre la sédentarité de l'APS</i> - <i>Aspect thérapeutique de l'APS sur les troubles sociaux et cognitifs</i> - <i>Aspect et bénéfice multifactoriel de la pratique de l'APS</i> - <i>Stimulation positive des fonctions exécutives et cognitives lors de l'APS</i> - <i>Bénéfice transposable de l'APS sur la pratique professionnelle</i> |
| Dimension 3 : le rôle du MK dans l'accompagnement à la pratique de l'activité physique et sportive pour ces patients TC | |
| Pertinence présence MK dans APS | Il insiste sur la pertinence de la présence d'un MK lors de la reprise d'activité physique et sportive chez ces patients. Il insiste sur deux points : - Le premier étant qu'avec notre formation, nous avons la capacité d'adapter les exercices et la pratique en fonction des patients. Nous avons cette compétence d'analyse des limitations motrices et |

Analyse E7

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <p>fonctionnelles qui nous permettent de mettre en place des objectifs avec des moyens adéquates et adaptés à chaque patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le deuxième étant que nous avons une connaissance et une compréhension des troubles cognitifs qui sont omniprésents chez ces patients. Cela nous permettant d'adapter et d'anticiper notre posture en fonction des réactions du patient. <p>Il souligne que dans le monde du sport, c'est sur ce deuxième point que l'encadrement n'est pas assez formé pour l'accueil de ces patients, ils ne connaissent pas assez les troubles cognitifs ne permettant pas une prise en charge globale et efficace.</p> <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Nécessité d'encadrants compétents et formés</i> - <i>Importance de la présence du kiné dans la pratique de l'APS</i> - <i>Capacité du kiné d'adaptation de l'APS sur le plan moteur et fonctionnel</i> - <i>Importance des connaissances neurocognitives du kiné</i> - <i>Adaptation de l'attitude professionnelle du kiné en fonction des troubles neurocognitifs</i> |
| Présence MK dans APS ? | <p>L'intervention du kiné est plutôt ponctuelle mais assez régulière. Des dires de l'interlocuteur, lorsque le kiné était présent, c'était de l'ordre d'une à deux séances par semaine.</p> <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Suivi soutenu</i> |
| Rôle MK dans APS | <p>D'après l'interlocuteur, le kiné peut intervenir plutôt dans une phase de découverte d'un sport pour ces patients. En adaptant les exercices de rééducation en lien avec une activité sportive ou ludique, il pourrait permettre d'éveiller la curiosité du patient vers ce sport. Il peut accompagner la découverte d'un sport. Il peut également intervenir dans la consolidation de la pratique sportive en accompagnant le patient dans une pratique sportive qu'il a choisi et qui est adaptée à ses capacités fonctionnelles.</p> <p>Il évoque également la nuance que cela peut être une activité physique et sportive adaptée, qui n'est pas forcément telle que pratiquée dans les clubs sportifs.</p> <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Capacité du kiné d'adaptation de l'APS sur le plan moteur et fonctionnel</i> - <i>Rôle d'accompagnement du kiné à l'initiation d'un sport</i> - <i>Rôle d'accompagnement du kiné dans la consolidation d'une pratique sportive</i> - <i>Nuance entre sport et activité physique</i> |
| Compétences MK | <p>D'après l'interlocuteur, le MK doit déjà mobiliser toutes ses connaissances en ce qui concerne les problématiques analytiques et fonctionnelles dans le domaine de la neurologie et plus précisément pour le cas des patients traumatisés crâniens (spasticité, parésie, PAON, etc.).</p> <p>Il doit également solliciter ses connaissances concernant l'adaptation du corps à l'effort, et notamment dans le cas de corps « traumatisés ».</p> <p>Il doit connaître les troubles neurocognitifs et neurocomportementaux que peut présenter le patient atteint de traumatisme crânien.</p> <p>Il doit être capable grâce au bilan de toutes ces modalités, de proposer et d'adapter une pratique judicieuse prenant en compte tous ces éléments physiologiques et physiopathologiques.</p> <p>En ce qui concerne les qualités humaines, le MK doit avoir de la patience, de la bienveillance, de la bonne volonté, de la persévérance, du dynamisme et de l'implication lors de la prise en charge de ces patients.</p> <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Importance des connaissances neurocognitives du kiné</i> - <i>Adaptation de l'attitude professionnelle du kiné en fonction des troubles neurocognitifs</i> - <i>Connaissances nécessaires du kiné des problématiques motrices des TC</i> - <i>Connaissances nécessaires du kiné en physiologie de l'effort</i> - <i>Importance des qualités humaines du kiné</i> |
| MK et troubles cognitifs lors APS ? | <p>Lors de cette réponse, l'interlocuteur parle de projet, d'engagement, etc.</p> <p>Donc le kiné peut avoir son rôle dans la prise en charge des troubles cognitifs lors de la pratique de l'APS d'après lui. Cela peut se faire lors de la vérification commune du respect des consignes qui demande de la concentration, de la mémoire, de la planification, etc. Cela peut se faire également lors de la nécessité d'établir un cadre pour éviter des débordements du patient d'ordre neurocomportemental. Cela peut se faire également sur le plan social en instaurant des règles, des codes afin de promouvoir l'interaction dans de bonnes conditions entre patients lors de la pratique sportive.</p> <p>Il insiste que les troubles cognitifs puissent être omniprésents lors des différentes étapes de la pratique sportive : la préparation du matériel, la présence à l'entraînement, le respect des règles, le déroulement de la</p> |

Analyse E7

| | |
|--------------------|---|
| | <p>séance, les interactions sociales, etc. Et donc de ce fait, le kiné peut accompagner, réévaluer et guider le patient lors de la pratique sportive dans toutes ces étapes afin de travailler ensemble sur la gestion des troubles cognitifs.</p> <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Intérêt favorable de la pratique collective de l'APS sur les relations sociales</i> - <i>Projet du patient construit à l'aide de l'équipe</i> - <i>Rôle d'encadrant dans la pratique sportive du kiné</i> - <i>Rôle d'évaluation clinique du kiné</i> - <i>Encadrement du kiné pour un gain d'autonomie</i> |
| Acteurs lors APS ? | <p>D'après son expérience, les acteurs pouvant intervenir auprès du patient lors de cette phase sont les kinés, les APA, les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les médecins (MPR et traitants).</p> <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Suivi pluriprofessionnel</i> |
| Limites MK | <p>D'emblée, l'interlocuteur dit ne pas trouver de limites à l'intervention du kiné dans ce contexte. Au contraire, pour lui, le kiné est le praticien le plus pertinent pour accueillir les patients avec de grandes limitations fonctionnelles comme le cas de ces patients traumatisés crâniens.</p> <p>Après relance, il évoque les limitations financières par rapport à la cotation et au remboursement de ces actes mais également les limitations logistiques par rapport aux locaux insuffisants. Il évoque également les limitations personnes par rapport au manque d'intérêt de certains kinés pour la prise en charge de ces patients.</p> <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Place du kiné dans la prise en charge de patients avec d'importantes limitations fonctionnelles</i> - <i>Limitation financière et administrative de l'intervention du kiné</i> - <i>Limitation logistique et environnementale de l'intervention du kiné</i> |
| Expression libre | <p>L'interlocuteur insiste sur l'intérêt de se porter sur ce sujet et de pouvoir le mener.</p> <p>Il évoque le gain d'encadrer et d'accompagner ces patients-là dans cette pratique sportive « médicalisée » pour promouvoir l'activité physique afin de lutter contre la sédentarité et la dégradation de l'état fonctionnel et de la santé de ces patients.</p> <p><u>Codages correspondants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Bienfait physique de l'APS sur leur condition physique</i> - <i>Nécessité d'encadrants compétents et formés</i> - <i>Importance de l'intervention du kiné et de la pratique de l'APS dans ce contexte</i> |

RESUME / ABSTRACT

UN AUTRE REGARD SUR L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE : LE PARTENARIAT ENTRE LE PATIENT TRAUMATISE CRANIEN ET LE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

Introduction : De l'accident au retour à domicile, la prise en charge des patients atteints de traumatisme crânien (TC) modéré à grave est complexe. Ils présentent une multitude de tableaux cliniques évolutifs dans le temps. La rééducation est un élément important de leur parcours de vie. L'activité physique et sportive (APS) permet de leur apporter de nombreux bénéfices physiques, psychologiques, et sociaux lors de la réadaptation. Le masseur-kinésithérapeute (MK) par ses différentes compétences, est un acteur important dans l'accompagnement à la pratique d'APS. L'objectif de notre étude est de comprendre comment le MK pourrait s'intégrer dans le processus de réhabilitation des patients TC dans le cadre de l'accompagnement à la pratique d'APS.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une enquête qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs. Nous avons interrogé des professionnels experts par leur formation ou leur expérience dans la prise en charge de ces patients en phase séquellaire. Un guide d'entretien a été réalisé explorant trois dimensions principales : la prise en charge de ces patients en phase séquellaire, leur lien avec l'APS et la place du MK lors de la pratique d'APS chez ces patients.

Résultats : En lien avec les données de la littérature, la particularité de ces patients demeure dans l'importance des troubles cognitifs et comportementaux qui peuvent entraver l'autonomie et la pratique d'APS. Ils sont confrontés également à d'autres difficultés environnementales, de manque de sensibilisation et de formation. La pratique d'APS reste relativement faible bien qu'elle soit souhaitée.

Discussion/conclusion : Le MK peut avoir un rôle sur ces différents freins en accompagnant ces patients, en informant l'entourage et le public sur le handicap, en promouvant les bonnes pratiques d'APS, en adaptant ses soins en fonction des déficiences cognitives. Il y a de nombreuses pistes vis-à-vis de l'attitude du MK à adopter dans ce contexte de prise en charge pluriprofessionnelle pour favoriser l'adhésion à l'APS de ces patients.

Mots-clés : activité physique et sportive – handicap – traumatisme crânien – troubles cognitifs

ANOTHER PERSPECTIVE ON PHYSICAL AND SPORTS ACTIVITY : THE PARTNERSHIP BETWEEN PATIENT WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY AND PHYSIOTHERAPIST

Introduction : From the accident to homecoming, the medical care of patients with moderate to severe traumatic brain injury (TBI) is complex. These patients have full clinical symptoms that change over time. Rehabilitation is an important part of their life. Physical and sports activity (PSA) provides them physical, psychological and social benefits during rehabilitation. The physiotherapist (MK) are key players in supporting practice of PSA through diverse skills. The main purpose of this study is to understand how physiotherapists could fit into rehabilitation process of TBI patients as supports to PSA practices.

Materials and methods : We carried out a qualitative study with semi-structured interviews. We interviewed experts, through their training and/or experience, on the care of these patients in sequelae stage. An interview guide was produced investigating three main aspects : care of these patients in the sequelae stage, their links with PSA and MK's place during PSA practices with these patients.

Results : Related to literature data, these patients' specificity is predominance of cognitive and behavioural disorders which can impede autonomy and PSA practice. They also face other environmental challenges, lack of awareness and training. The practice of PSA remains weak although is it desired.

Discussion / conclusion : MK can ease these obstacles through different levers : support the patient, advise people around him/her, advise the public, promote PSA good practices, adjust properly cares to patient disorders. There are many leads on the MK attitude in this multiprofessional cares context which can ease PSA following with these patients.

Keywords : physical and sporting activity - handicap – traumatic brain injury - cognitive disorders