



Institut de Formation

En Ergothérapie

- TOULOUSE –



Le syndrome de stress post-traumatique

Le militaire en proie à un déséquilibre occupationnel

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6 et en vue de
l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Référent méthodologie : Biard Nicolas

Bouabdellah Naella

Mai 2019

Promotion 2016-2019

ENGAGEMENT ET AUTORISATION

Je soussignée Naella Bouabdellah, étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante, ou partielle, de ce mémoire requiert son autorisation.

(Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle).

Fait à : Toulouse

Le : 06/05/19

Signature du candidat :



NOTE AU LECTEUR

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

REMERCIEMENTS

Parce que “savoir écouter, c’est posséder, outre le sien, le cerveau des autres” (Léonard De Vinci), je remercie toutes les personnes qui ont eu la gentillesse de partager leur cerveau avec moi et qui ont contribué à l’avancée de mon mémoire.

Je souhaite remercier Nicolas Biard pour son accompagnement, sa disponibilité, sa capacité de conseils et d’écoute. Ses judicieuses remarques ont permis de faire avancer et structurer ma réflexion.

Je souhaite aussi adresser une note à l’équipe pédagogique de l’Institut de Formation de Toulouse; Jean-Michel Caire, Barbara Joannot, Sylvia Montardon, Sabrina Techene et Claire Villepinte, pour leur accompagnement et leur bienveillance durant la formation. J’aimerais ajouter une note particulière à Claire Villepinte, ma référente pédagogique, pour son écoute, sa compréhension et sa disponibilité.

A tous les tuteurs de stage que j’ai eu la chance d’avoir comme instructeurs pour leur gentillesse, leur patience et pour les connaissances qu’ils ont pu m’apporter.

A ma sœur, Sylia Bouabdellah, pour son travail de relecture et pour ses conseils en écriture.

Je souhaite témoigner ma gratitude à mes amis et ma famille pour n’avoir jamais douté de moi et pour leur soutien.

SOMMAIRE

Introduction.....	p.1
1- Cadre théorique	
1-1 : Cadre conceptuel : le Modèle de l'Occupation Humaine	p.3
1-2 : Le syndrome de stress post-traumatique	p.4
1-2-1 : Un peu d'histoire.....	p.4
1-2-2 : Définition et classification.....	p.7
1-2-3 : Approches thérapeutiques recommandées.....	p.12
1-3 : SSPT et armée.....	p.14
1-3-1 : Manifestation du SSPT chez le soldat.....	p.14
1-3-2 : Plan d'action de l'Etat.....	p.16
1-3-3 : Rôle de l'ergothérapeute dans ce processus.....	p.18
1-4 : Intervention de l'ergothérapeute auprès des militaires atteints du syndrome de stress post-traumatique dans la littérature scientifique	p.19
2- Phase exploratoire	
2-1 : Premier entretien	p.21
2-1-1 : Méthodologie	p.21
2-1-2 : Résultats	p.22
2-2 : Deuxième entretien	p.22
2-2-1 : Méthodologie	p.22
2-2-2 : Bases conceptuelles de l'intervention en ergothérapie	p.23
2-2-3 : Bases conceptuelles du MOH	p.23
2-2-4 : Bases conceptuelles de l'équilibre occupationnel	p.23
2-2-5 : Résultats.....	p.24
2-3 : Analyse.....	p.26
Discussion.....	p.28
Conclusion.....	p.30
Références.....	p.31
Pour aller plus loin	p.35
Annexes.....	p.40

INTRODUCTION

Au XVIII^e siècle, le précurseur de la psychiatrie, Philippe Pinel s'inspire de l'asile de Saragosse en Espagne pour introduire le « *traitement moral* » à l'hôpital de Bicêtre (Détraz, 1992 cité par Charret & Thiébaud Samson, 2017). Les « *aliénés* » retrouvent un rôle social en travaillant dans les hôpitaux ou dans les fermes. Pinel constate l'intérêt thérapeutique de l'activité quotidienne auprès des personnes en situation de handicap psychique. L'occupation devient alors un moyen de traitement psychiatrique (Charret&Thiébaud Samson, 2017).

Lors de la Première Guerre Mondiale, les « *occupational therapists* », ou ergothérapeutes, américains viennent en France pour s'occuper des blessés de guerre (Pierquin et coll., 1980 cité par Charret & Thiébaud Samson, 2017). Ils proposent des activités manuelles aux soldats souffrant d'un syndrome post-commotionnel. Au cours de la Seconde Guerre Mondiale, le métier se légitime et les centres de soin commencent à engager des professionnels formés dans les pays anglo-saxons (Charret & Thiébaud Samson, 2017). Avec la fin de la guerre, la population dans les hôpitaux évolue et la pratique de l'ergothérapie se structure et se diversifie dans les différents domaines de la santé; la santé mentale, la rééducation, la réadaptation et les lieux de vie.

Finalement, la pratique de l'ergothérapie naît de la santé mentale et se popularise en temps de guerre.

Depuis mon plus jeune âge, je suis touchée par les conséquences de la guerre sur les individus. Nous admettons aisément que les populations soient marquées par ces temps de combats. Mais il nous est plus difficile d'admettre que les assaillants puissent garder des traces dans leur psychisme. Ils sont soumis à des ordres pour lesquels ils ont signé un contrat. Mais ont-ils imaginé l'ampleur et l'impact humain de ces ordres à l'avance ?

Le cadre militaire est formate le soldat pour le rendre compétent à braver les risques au travers d'un même uniforme, d'une même coupe de cheveux et d'une même façon réglementaire de répondre aux gradés. La dépersonnalisation fait écran et nous ne voyons guère l'individu dans sa subjectivité. Je crois que l'obligation professionnelle à laquelle ils se sont soumis les contraint à repenser et à engager leur vie.

D'après une étude de l'US Department of Veterans Affairs, 11 à 30% des militaires peuvent présenter un trouble psychologique en rentrant de mission. Ces troubles s'accompagnent souvent de ruptures familiales et/ou sociales. La perturbation psychique à laquelle ils sont soumis peut entraîner un dérèglement dans leurs occupations. Nous entendons, ici, les occupations comme « l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus (...) donnent (...) une valeur et une signification ». (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997). En effet, l'environnement des soldats oscille constamment entre le monde civil et le front. Ces deux univers diffèrent en tout point et n'ont pas les mêmes codes. Les combattants doivent adopter un comportement drastiquement différent, voire perdre l'une de leurs identités, de militaire ou de civil, en fonction du milieu.

Toutes ces données m'ont permis de préciser la question de départ suivante : **« Comment l'ergothérapeute intervient-il dans l'accompagnement des soldats atteint d'un syndrome de stress post-traumatique ? ».**

Mon objectif, au travers de cette réflexion, sera d'établir une question de recherche plus précise. Pour ce faire, je me suis référée à des sources littéraires et scientifiques et des entretiens avec un ergothérapeute et une psychiatre. J'ai construit mon écrit en m'inspirant du Modèle de l'Occupation Humaine, ou MOH (Morel, 2017). Nous considérerons l'être, ici, comme la personne dans un état de stress post-traumatique. Puis nous traiterons l'agir au travers du contexte de l'armée. Enfin, nous évaluerons le devenir en étudiant l'impact de cet environnement sur les occupations de la personne et sur sa réinsertion à la vie civile. Dans un premier temps je me suis intéressée à la définition de l'état de stress post-traumatique, d'abord au travers de l'histoire des termes, de leur sens puis de la façon dont le trouble se traduit, enfin, des recommandations de l'Etat pour accompagner au mieux les personnes psycho-traumatisées. J'ai ensuite orienté mes propos vers la population qui m'intéresse, les militaires. J'ai donc recherché les spécificités de l'état de stress post-traumatique (ESPT) pour cette population, ainsi que le plan d'action existant pour répondre à leurs besoins. Ces recherches m'ont permises d'établir la place de l'ergothérapeute dans le processus de traitement des militaires atteints de l'ESPT. Je me suis, alors, renseignée dans la littérature sur l'accompagnement existant pour ces personnes. Dans un second temps, j'ai interrogé des professionnels, une psychiatre et un ergothérapeute, afin de savoir plus spécifiquement ce qui est mis en place en France, pour pallier, notamment, au déséquilibre occupationnel engendré.

1- CADRE THEORIQUE

1-1 Cadre conceptuel : le Modèle de l'Occupation humaine (MOH)(Morel, 2017)

Le MOH (annexe 1) est le modèle de référence des ergothérapeutes. Il estime que les multiples occupations dans lesquelles la personne est engagée donnent sens à son quotidien. Elle se construit au travers de celles-ci et construit son identité occupationnelle. La personne est un système dynamique qui évolue dans le temps, ses composantes ne sont jamais figées, elles dépendent de facteurs intrinsèques et extrinsèques. Les facteurs intrinsèques sont décomposés au travers de l'être, de l'agir et du devenir. Les facteurs extrinsèques se retrouvent dans l'environnement.

L'être représente l'individu. Il est constitué de la volition, l'habitation et la capacité de rendement.

La volition se définit par les choix que la personne va effectuer pour réaliser une action. Ces choix sont pris en fonction de la causalité personnelle, c'est-à-dire l'efficacité pour agir sur le monde, des centres d'intérêts et des valeurs personnelles. C'est en somme l'ensemble de notre réflexion inconsciente et consciente qui nous permet de prendre des décisions.

L'habitation définit les habitudes et les rôles de la personne. Les habitudes sont des gestes répétés et automatisés. Les rôles sont les images sociales dans lesquelles la personne se perçoit (rôle de parent, d'époux, professionnel, etc.). Ces derniers permettent la régulation des tâches quotidiennes en fonction du rôle social et de la façon dont est réalisée l'action.

La capacité de rendement renvoie à la performance de la personne dans ses occupations. C'est-à-dire, les habiletés physiques et psychiques de la personne pour réaliser la tâche.

La sphère de l'agir s'intéresse à la réalisation d'une occupation au travers des différents niveaux de celle-ci. En effet, nous pouvons décomposer l'occupation en tâches qui composent l'activité. Ainsi nous avons les habiletés, le rendement et la participation.

Les habiletés représentent la capacité d'effectuer les différentes tâches de l'activité (ex: pour faire un café il faut pouvoir saisir des objets, ajuster ses gestes, assembler, etc.). Il existe trois types d'habiletés : motrices, procédurales et d'interaction.

Le rendement réfère à la capacité à effectuer l'activité globale (faire le café par exemple).

La participation, elle, renvoie à l'engagement de la personne dans ses différentes activités significatives et significatives de la vie quotidienne.

Le devenir se compose de l'identité occupationnelle, de la compétence et de l'adaptation.

L'identité occupationnelle correspond aux perceptions de la personne sur son état occupationnel ainsi que sur ce qu'elle aimerait faire évoluer dans cet état.

La compétence est la capacité de la personne à maintenir son identité occupationnelle dans le temps.

L'adaptation renvoie à l'évolution de l'identité occupationnelle vers une construction positive ainsi qu'à la compétence effective dans le temps dans un environnement donné.

L'environnement agit sur ce processus. Il influe sur la participation occupationnelle en apportant des contraintes et des ressources à la personne pour réaliser ses activités. Il existe deux formes d'environnements, social et physique.

Dans ce projet de recherche il s'agira de considérer l'être comme la sphère impactée directement par le syndrome de stress post-traumatique. L'environnement dans lequel va évoluer le militaire est en pleine transition ; il passe d'un contexte militaire à un contexte civil. Nous allons alors analyser plus précisément les atteintes engendrées par l'état de stress post-traumatique et le changement d'environnement sur la performance occupationnelle du soldat.

1-2 Le syndrome de stress post-traumatique

1-2-1 Un peu d'histoire

Les métallurgistes ont désigné « stress » le comportement du métal lorsque ce dernier est soumis à des forces suffisamment fortes pour le déformer sans le casser. Le physiologiste américain Cannon, désigne « stress » les difficultés de régulation hormonale chez l'animal. Il faut attendre 1945 pour que ce terme soit transposé à l'Homme. Deux psychiatres militaires, R. Brinker et J. Spiegel, le transposent aux pathologies psychiques de guerre pour *« pour désigner l'état psychique des soumis aux émotions du combat et développant en*

conséquences des troubles mentaux aigus ou chroniques. » (Crocq et al., 2007). Le physiologiste H. Seyle l'associe en 1950 au « syndrome général d'adaptation » de l'organisme lorsqu'il est agressé (Crocq et al., 2007).

Lors de la guerre civile américaine, la détresse psychologique persistante suite à un traumatisme est découverte mais aucune dénomination ne lui est encore attribuée. En 1889, le traumatisme psychique est cerné pour la première fois par Pierre Janet, un doctorant en lettre, dans sa thèse "*L'automatisme psychologique*". Il établit que celui-ci s'introduit dans le psychisme, comme un corps étranger, après l'avoir exposé à la violence, puis il va diviser la conscience (Crocq et al., 2007). Ainsi, il s'immisce dans la mémoire de la personne et la marque d'une souffrance.

« La souvenance brute de cet événement (souvenance de sensations, d'images et d'éprouvés bruts, que Janet dénomme « idée fixe ») fait bande à part dans un recoin du préconscient, ignoré de la conscience, et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrices « automatiques », non délibérées et inadaptées (telles qu'hallucinations, cauchemars, sursauts et actes automatiques), tandis que le reste de la conscience continue d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés. » (Crocq et al., 2007).

Plus tard, en 1893, Freud nomme cette souvenance par le terme « *réminiscence* », qui est défini par le CNRTL comme le « *retour à la conscience d'une image, d'une impression si faibles ou si effacées qu'à peine est-il possible d'en reconnaître les traces* ». 29 années plus tard, Freud, dans son essai *Au-delà du principe du plaisir*, développe sa théorie du trauma. L'esprit est pour lui une entité instable contenue et protégée en surface par une couche qu'il nomme « *pare-excitation* ». Cette couche est plus ou moins puissante en fonction des individus et du contexte. En situation de danger, l'individu a la capacité de la renforcer « *en mobilisant de l'énergie venant de l'intérieur du psychisme, s'il a à ce moment-là de l'énergie disponible, ce qui n'est pas toujours le cas (il peut être momentanément épuisé par un effort récent)*. » (Crocq et al., 2007). L'énergie déjà mobilisée pour répondre à d'autres conflits internes, chez les sujets névrotiques notamment. Ils ne peuvent donc pas renforcer leur pare-excitation. C'est cette donnée qui rend l'intensité d'un traumatisme différente en fonction des individus (Crocq et al., 2007). Mais Freud ne pose pas le traumatisme comme simplement lié au contexte extérieur. Pour lui, le traumatisme renvoie à une dimension sexuelle. Il serait lié à un événement de séduction que l'enfant aurait subi de la part d'un adulte. Le retour en mémoire de ce fait durant la puberté

déclencherait une excitation d'ordre sexuelle qui déborderait du pare-excitation. « *La première scène ne devient traumatique que dans l'après-coup. C'est un élément du présent de la puberté qui vient remanier le passé* » (Bouychou, Costantino & Platiau, 2013). Le traumatisme aurait alors une origine interne. Puisque l'événement devient traumatique une fois qu'il revient dans la conscience, après qu'il soit repensé, ce n'est plus la séduction qui en est à l'origine mais le fantasme. Ce fantasme qui vient perturber précocement le fonctionnement psychique et qui crée des blessures narcissiques du Moi. C'est alors qu'on parle de trauma (Bouychou, Costantino & Platiau, 2013). Le fantasme fait irruption dans la réalité et est vécu comme seule et unique réalité psychique. « *Ces productions [psychiques] sont, elles aussi, réelles dans un certain sens : il reste notamment le fait que c'est le malade qui a créé les événements imaginaires ; et, au point de vue de la névrose, ce fait n'est pas moins important que si le malade avait réellement vécu les événements dont il parle. Les fantaisies possèdent une réalité psychique opposée à la réalité matérielle, et nous nous pénétrons peu à peu de cette vérité que dans le monde des névroses c'est la réalité psychique qui joue le rôle dominant.* » (Freud, 1921 cité par Bouychou, Costantino & Platiau, 2013). C'est avec l'arrivée des névroses de guerre que l'étiologie sexuelle va être remise en question. Le traumatisme pénètre dans la conscience de la personne, soumise à des excitations trop importantes pour y faire face. Freud revoit ses postulats et découvre deux nouvelles notions : la compulsion de répétition et la pulsion de mort. « *L'appareil psychique n'est pas capable de lier les excitations trop intenses, et des réactions émotionnelles anciennes entravent répétitivement le contact du sujet à la réalité* » (Bouychou, Costantino & Platiau, 2013). S. Ferenczi, l'un des grands théoriciens du trauma, établit que le traumatisme proviendrait de la différence de langue entre l'enfant et l'adulte. « *L'adulte impose à l'enfant un langage de passion, empreint de sexualité inconsciente, que l'enfant ne peut alors élaborer ayant quant à lui un langage de tendresse* » (Bouychou, Costantino & Platiau, 2013). Qu'est-ce qui, alors, définit l'origine d'un événement traumatique ? Est-ce le fait extérieur ou l'internalisation dans la conscience qui provoque la névrose traumatique ? Ces questions sont encore discutées aujourd'hui. Les travaux de Freud et de Ferenczi sont toujours débattus. Si l'étiologie du trauma reste un sujet de discorde, le fait qu'il soit une rupture dans le cours des choses pour la personne est accepté de tous (Bouychou, Costantino & Platiau, 2013). J. Laplanche et J.-B. Pontalis définissent le traumatisme psychique comme « *un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique* » (J. Laplanche

; J.-B. Pontalis, 1967, cités par Bouychou, Costantino&Platiau, 2013). Cette hypothèse semble rallier l'ensemble de la communauté scientifique. Elle renvoie à cette idée d'intensité d'énergie qui déborderait du pare-excitation ; le psychisme est mis à mal.

1-2-2 Définition et classification

Le mot trauma signifie « blessure ». « *Trauma et traumatisme désignent ainsi une atteinte physique.* » (Bouychou, Costantino&Platiau, 2013). J-M Charcot applique le terme au psychisme en expliquant, dans son ouvrage *Leçons sur les maladies du système nerveux*, que « *les symptômes hystériques sont dus à un choc traumatique provoquant une dissociation de la conscience* » (Charcot cité par Bouychou, Costantino&Platiau, 2013). La névrose a alors une origine traumatique.

L'état de stress post-traumatique désigne donc la réaction de l'organisme suite à une blessure psychique intense. Le psychisme, dont les défenses ont été percées, est profondément perturbé. C'est un phénomène purement biologique puisqu'il définit un ensemble d'action biophysologiques.

Dans le *Diagnostics and Statistics Manual-I*, ou DSM-I (1952), le traumatisme est classé comme une réaction temporaire des militaires. Il est d'ailleurs retiré du DSM-II (1968). C'est dans le DSM-III (1980) que le diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT) apparaît pour la première fois. Il est depuis classé dans les troubles anxieux. Les critères sont modifiés dans le DSM-IV (1994). En plus d'être lié à une expérience générant de la détresse, le trouble peut aussi toucher les témoins de scènes violentes. Le critère des émotions (A2) et l'état de stress aigu (ESA) sont ajoutés. La présence d'une humeur dépressive remet en question sa classification (Friedman et al., 2011). C'est alors qu'une nouvelle catégorie apparaît : les troubles liés à des traumatismes ou des facteurs de stress. Celle-ci regroupe six troubles (Guay, s.d.):

- Le trouble de stress post-traumatique
- Le trouble de stress aigu
- Le trouble d'adaptation
- Les autres troubles liés à un traumatisme ou à un facteur de stress spécifiés/non spécifiés
- Le trouble réactionnel de l'attachement

- Le trouble de l'engagement social désinhibé

Le trouble de stress post-traumatique est décrit selon huit critères ("État de stress post-traumatique : définition, symptômes, diagnostic (DSM-5)", 2015):

- Critère A : exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une ou de plusieurs des façons suivantes :
 1. vivre l'événement soi-même
 2. être témoin direct de l'événement
 3. apprendre que l'événement s'est produit à un proche (note : en cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel)
 4. vivre une exposition répétée/extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (note : ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail)
- Critère B : symptômes envahissants (au moins une manifestation)
 1. souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse
 2. rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement
 3. réactions dissociatives (ex., flashbacks) où l'individu se sent/agit comme si l'événement allait se reproduire (continuum de dissociation)
 4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes
 5. réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer l'événement traumatique
- Critère C : évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques (au moins une manifestation) :
 1. évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse
 2. évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets ou situations) qui réveillent

des souvenirs, pensées ou sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse

- Critère D : altération négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques commencées ou aggravées après l'événement (au moins deux manifestations) :

1. incapacité à se rappeler un aspect important su ou des événements traumatiques
2. croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées de soi-même, d'autres personnes, ou le monde
3. distorsions cognitives persistantes à propose de la cause e=ou des conséquences d'un ou plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes
4. état émotionnel négatif persistant (ex., crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte)
5. réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
6. sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger aux autres
7. incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (ex., bonheur, satisfaction, sentiments affectueux)

- Critère E : altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. comportement imprudent ou autodestructeur.¹
3. hypervigilance.
4. réaction de sursaut exagérée.
5. problèmes de concentration.

¹ Note : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, intoxication alcoolique) ou à une autre condition médicale (par exemple, crises épileptiques partielles).

6. troubles du sommeil (ex., difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

- Critère F : la durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois
- Critère G : la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.
- Critère H : la perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Deux spécificateurs sont décrits ¹ :

- Avec symptômes dissociatifs : les symptômes rencontrent les critères d'un trouble de stress post-traumatique, et en plus, en réponse au stress, la personne subit des symptômes persistants et récurrents tels que :
 1. Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment de détachement, et d'être un observateur extérieur de ses processus mentaux ou corporels (par exemple, sentiment d'être dans un rêve ; sentiment d'irréalité de soi ou de son corps ou que le temps se déroule lentement).
 2. Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'irréalité de l'environnement (par exemple, l'environnement immédiat est vécu comme irréel, onirique, lointain, ou déformé).
- Avec expression retardée : ce spécificateur est utilisé si tous les critères diagnostiques ne sont remplis que 6 mois après l'événement (bien que l'apparition et l'expression de certains symptômes puissent être immédiates).

Contrairement au DSM-V, la Classification Internationale des Maladies Mentales (CIM), dans sa 10^e édition (1992), intègre la réaction immédiate en plus de l'affection de longue durée qui s'en suit. Son diagnostic est différent. Elle accepte le traumatisme dans la personnalité. En effet, ce dernier, passé le stade « *durable* », devient une « *modification de la personnalité après une expérience de catastrophe* » (Crocq et al., 2007). Louis Crocq recense les différences entre les deux classifications sous la forme d'un tableau :

**Équivalences de diagnostic entre : la réalité clinique, le système DSM-V et la CIM-10 —
Syndromes psycho-traumatiques aigus et chroniques.**

	Tableaux cliniques	Diagnostic DSM-V	Diagnostic CIM-10
Pathologie immédiate Quelques minutes à 1 jour	Stress dépassé Réaction névropathique Réaction psychotique	?	Réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0)
Pathologie post-immédiate 2 jours à 1 mois	Latence d'une névrose traumatique	État de stress aigu (308.3) PTSD forme aiguë (309.81) (si < 1 mois)	État de stress post-traumatique transitoire (F43.1) (si < 1 mois)
Pathologie chronicisée > 1 mois	Névrose traumatique : – transitoire	PTSD forme aiguë (309.81) (si de 1 à 3 mois)	État de stress post-traumatique durable (F43.1) (si de 1 mois à 2 ans)
	– durable (voire chronique)	PTSD forme chronique (309.81) (> 3 mois)	Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) (> 2 ans)

PTSD : post-traumatic stress disorder

Le Docteur Crocq distingue des comportements immédiats au trauma. La situation de stress vient, dans tous les cas, exciter les acteurs biophysiques : accélération du rythme cardio-respiratoire, augmentation du taux de sucre dans le sang, concentration du sang vers les organes. Tous ces comportements s'inscrivent dans les différentes sphères : cognitive, affective, volitionnelle et comportementale. Mais ils se traduisent différemment (Crocq et al., 2007) :

- La réaction immédiate adaptative ou stress adapté : elle se traduit par une hypervigilance contrôlée qui permet une prise de décision rapide et efficace ainsi qu'un passage à l'acte cohérent et non précipité. La peur et l'appréhension donnent naissance à la colère, à la combativité. Mais la relation à l'autre, elle, n'est pas perturbée. Les différentes réactions sont la préparation à la défense, à des gestes de combat, le retrait ou la fuite raisonnée. Toutes ont pour but de se sauver et de sauver autrui.

- La réaction inadaptée ou stress dépassé : elle est observée chez des sujets non-préparés ou vulnérables psychologiquement. Elle se traduit par des réactions de sidération, d'agitation, de fuite de panique ou par un comportement d'automate.
- Les réactions immédiates franchement pathologiques, névropathiques et psychotiques comme les réactions hystériques ou phobiques.

La période post-immédiate est comprise, généralement, entre le 2^e et le 30^e jour. Ce temps nécessite une surveillance psychologique intense. Deux phénomènes peuvent se produire ; soit les symptômes disparaissent progressivement, soit ils persistent et l'individu est enfermé dans le souvenir de l'événement traumatisant. L'installation du TSPT se fait au cours de cette période post-immédiate. C'est parce que la personne est obsédée par le traumatisme que nous pouvons parler de TSPT (Crocq et al., 2007).

Les classifications, même si elles diffèrent, permettent de contourner les difficultés d'identification de l'origine du trauma en l'explicitant au travers des différentes réactions envisageables. Néanmoins, il est essentiel de noter que la CIM-10 prend en compte le traumatisme dès qu'il est vécu, et qu'elle identifie un changement de personnalité qui survient avec la manifestation du psycho-trauma.

1-2-4 Approches thérapeutiques recommandées

Au moment du traumatisme, si l'événement apparaît comme violent et à grande échelle (ex., attentat), des cellules médico-psychologiques sont mises en place pour prévenir les besoins des individus.

Ensuite, pour aider la personne à se détacher du traumatisme et à rétablir l'équilibre psychique, les cliniciens ont tenté d'identifier des approches thérapeutiques.

Freud préconisait l'approche cathartique. Il invitait les sujets à revivre le traumatisme, au travers de l'hypnose par exemple, afin d'extérioriser les sentiments. Il fallait, aussi, demander à la personne d'effectuer des associations de son expérience. *« L'approche cathartique (Crocq, 2003) sous-tend en fait toute thérapie du trauma, puisque justement le patient ne pourra se dégager du non-sens et de l'absurde de son trauma qu'en découvrant, au fur et à mesure qu'il les énonce dans sa verbalisation des émotions, les signifiants qui vont habiller l'expérience de l'événement, et faire en sorte que cet événement qui a impliqué une rencontre inopinée avec la mort et le néant ne soit plus marqué par le sceau de l'indicible et de l'irreprésentable. »* (Crocq et al., 2007).

La Haute Autorité de Santé (HAS) établit des recommandations proches de celles éditées par Freud. Il est d'abord nécessaire d'effectuer un bilan initial. Ce bilan débute à partir du diagnostic de TSPT. Les objectifs seraient de diminuer les symptômes, les comorbidités et les incapacités liés au traumatisme ; de réduire le niveau de détresse et de prévenir les récides ; d'améliorer le fonctionnement de la personne et sa qualité de vie ; d'obtenir le minimum d'effets indésirables des traitements. D'après le guide, pour traiter le TSPT il faudrait user de psychothérapies structurées. Plusieurs sont conseillées (Haute Autorité de Santé, 2007) :

- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui se focalise sur le traumatisme, ou la désensibilisation avec mouvement oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing EMDR).
- L'hypnose pour le traitement symptomatique des douleurs, de l'anxiété et des cauchemars
- La psychothérapie : « *Thérapeutique des maladies psychiques, des troubles de la personnalité ou du comportement par des procédés psychiques, en particulier par le moyen de la parole* » (CNRTL, s.d.)

Ces 15 à 20 séances prescrites sont individuelles et au rythme de 1 à 2 par semaine, en fonction des comorbidités auxquelles la personne est exposée, notamment au risque de suicide. Il est aussi conseillé d'administrer, en plus, un traitement médicamenteux pour les formes chroniques. Par exemple, l'association de la TCC et d'un Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) serait beaucoup plus efficace que chaque autre traitement isolé. D'autres approches, telles que la médiation, ont montré leur efficacité.

Les classifications renvoient à des traumatismes subis, en tant que témoins ou en tant que victime. Il est rarement question de l'auteur. Lorsque Crocq décrit les différents types de TSPT, il n'évoque d'ailleurs pas les militaires. Il fait référence aux traumatismes sexuels, scolaires, liés à des attentats et mêmes à des situations de prise d'otages, mais il ne cite pas la guerre. Cet environnement, pourtant particulièrement stressant, est rarement mentionné dans les écrits qui décrivent le trouble de manière générale. Le militaire est-il alors en proie à une manifestation différente de cet état ? Est-ce que la classification diffère ? Nous allons définir, dans la partie suivante, ce que signifie le trouble de stress post-traumatique pour les soldats.

1-3 SSPT et armée

1-3-1 Manifestation du SSPT chez le soldat

La prévalence sur une vie entière, dans la population générale, est évaluée à 5-6% pour les hommes et 10-14% pour les femmes. En Europe, elle est estimée à 1-3%. (Kessler et al., et Alonso et al., cités par Santé publique France - InVS, 2014). En ce qui concerne la population militaire, la prévalence dépend des opérations menées. Pour la guerre du Vietnam, par exemple, 9% des vétérans ont été victimes de TSPT et 20% de ceux qui ont été blessés (Helzer et al., cité par Vallet et Arvers, 2006). Les autres données varient entre 8 et 40% en fonction des études (Vallet et Arvers, 2006). Les chiffres ne sont pas négligeables. Le TSPT est un véritable enjeu pour les militaires déployés sur les opérations extérieures.

Une étude de Desjeux et al. (2009) présente les priorités de prévention en santé pour les militaires d'active. Ils ont, pour cela, interrogés les professionnels de santé travaillant dans l'armée et les militaires eux-mêmes. Parmi les thèmes retenus par les professionnels de santé, la vie quotidienne, les difficultés liées à l'alcool et les accidents de la route ressortent. La prévention du stress est l'un des dix premiers thèmes classés. En ce qui concerne la vie professionnelle, les professionnels de santé ont noté le mal de dos, les accidents liés au sport et le stress liés aux conditions de travail. Pour ce qui est de la vie en opération extérieure, on retrouve le paludisme, les infections sexuellement transmissibles et les problèmes liés à l'alcool. Les professionnels mettent en avant les difficultés liées à l'alcool et les accidents de la route qui sont des comorbidités du TSPT chez le militaire. Les militaires de sexe féminin, vivant en couple, ayant des enfants ou qui ont plus de 15 ans de carrière, ont, eux, fait ressortir les besoins de prévention pour la dépression et les troubles psychiques. C'est alors que la question du stress opérationnel, qui est nécessaire, et de l'état de stress post-traumatique, qui est pathologique, a été retenue comme questionnement à approfondir par le groupe d'experts ayant participé à l'étude.

L'étude de Colas et Lahutte (2009) s'intéresse aux deux différents stress, l'opérationnel et le pathologique. L'expression du TSPT est à considérer selon les « *aspects modernes des conflits, ou des contingences de l'actualité* » (Colas et Lahutte, 2009). La nature des conflits modernes a évolué depuis les Grandes Guerres. Les nouveaux risques, comme le risque terroriste ou l'arrivée du nucléaire, ont modifié la façon de mener les interventions. L'exposition à des événements traumatiques est plus fréquente. La présence de population civile sur les lieux d'affrontements complique les opérations et peut venir

entraver la « *capacité opérationnelle* » des militaires. Cela peut aussi augmenter le risque de blessure psychique. En Irak, par exemple, 30% des forces déployées ont développé des troubles psychiques. Ce chiffre peut être associé à la forte présence de civils sur le terrain. Les symptômes sont divisés en groupes (Veterans Affairs Canada, 2019):

- L'intrusion (souvenirs difficiles, flash-backs, cauchemars, etc.) : toutes les sensations pouvant être associées à l'événement traumatique peuvent envahir le quotidien des personnes présentant un TSPT. Une odeur, un bruit ou une image peut transporter le sujet dans des souvenirs violents. Une sudation, une accélération du rythme cardiaque et une tension musculaire peuvent apparaître lors des instants de détresse provoqués par l'intrusion.
- L'évitement (diminution des centres d'intérêts, isolement, détachement émotionnel, évitement des situations rappelles, etc.) : les individus ont tendance à éviter toutes situations pouvant rappeler le trauma. Ils évitent de se retrouver dans des lieux trop bruyants ou bondés. Ce comportement peut conduire à l'isolement de la personne qui perd tout sentiment d'appartenance à la société. La diminution des activités et des centres d'intérêt peut mener à un désintéressement ainsi qu'à une insensibilité aux émotions.
- L'hyperéveil (irritabilité, troubles du sommeil, etc.) : *« la personne ayant vécu un traumatisme a été confrontée à sa propre condition de mortel. Sa vision d'un monde sûr et juste et sa croyance dans la profonde bonté de l'être humain peuvent s'écrouler, et son sentiment d'être à l'abri du danger peut s'évanouir »* (Veterans Affairs Canada, 2019). Le danger est partout. Cette pensée pousse la personne à rester constamment en alerte. Cela engendre une irritabilité et un sentiment de colère.

Les symptômes décrits pour les militaires ne sont significativement pas différents des symptômes décrits par les classifications, mais ils se traduisent autrement. Aux difficultés de concentration et aux troubles cognitifs se joignent les difficultés de parole, les sentiments de honte et de culpabilité. Les comorbidités les plus fréquentes pour la population de militaire sont l'usage de drogues (alcool, tabac, drogues dures) ; le suicide (Cunningham et al., 2019); le passage à l'acte, les agressions sexuelles notamment (Colas et Lahutte, 2009). S'ajoutent à ceux-ci (Veterans Affairs Canada, 2019) :

- La dépression : moral en baisse, perte d'intérêt, isolement, les activités perdent leur sens stimulant et deviennent dénuées de sens. La dépression est souvent associée au sentiment de culpabilité ; l'individu a survécu là où d'autres ont péri. Un sentiment

de honte peut être ressenti, surtout si la personne a le sentiment de ne pas avoir fait ce qui était nécessaire pour sauver la vie d'autrui. Le sujet devient inutile, pour lui et pour les autres. Ces sentiments enferment un peu plus la personne dans le traumatisme.

- L'anxiété : sentiment d'appréhension, de crainte face à l'éventualité d'un événement indésirable. Elle peut être associée à certaines situations ou préoccuper la personne de manière générale.
- L'abus de substances : 50% des hommes et 25% des femmes atteints de TSPT ont de sérieux problèmes de toxicomanies. Ces difficultés aggravent les dysfonctionnements relationnels déjà présents et peuvent déclencher des comportements violents.
- Des difficultés dans la vie familiale : les difficultés d'exprimer ses émotions ou de parler des actes violents vécus ont une incidence directe sur les relations familiales. En proie à l'isolement, la victime de TSPT ne fait plus d'activité avec sa famille et perd peu à peu son rôle de conjoint ou de parent. En plus de la dévalorisation de soi, de la dépression et de l'anxiété, la libido est aussi en déclin. Le conjoint peut se sentir blessé et peut développer de la rancœur envers le sujet. Le TSPT affecte ainsi toute la famille. Les risques de séparation augmentent significativement après un traumatisme.
- Des difficultés dans la vie professionnelle : les troubles de la concentration et les réactions d'hypervigilance peuvent entraîner des difficultés au travail. Une réorientation est souvent nécessaire. Habitué à un cadre militaire rigoureux ne s'adapte que difficilement au milieu civil et peut se montrer intolérant face à ses nouveaux collègues. Il a besoin de développer des compétences différentes, parfois nouvelles, ce qui peut engendrer un stress supplémentaire et des frustrations.

Tous ces paramètres rendent l'accompagnement de l'état de stress post-traumatique (ESPT) très complexe. Pour mieux venir en aide ces personnes, l'Etat français a établi un plan d'action.

1-3-2 Plan d'action de l'Etat français

Ce n'est qu'en 1992 qu'un décret officialise la souffrance psychique comme une blessure de guerre en France (Chabas, David & Quillard, 2011). Dans le journal officiel du 16 octobre 2007, le ministre de la défense se dit « *soucieux de venir en aide aux militaires qui présenteraient une souffrance d'ordre psychologique au retour d'opérations*

extérieures ». Un ensemble de mesures d'accompagnement est alors édité. Les unités déployées des trois armées sont soutenues psychologiquement en zone de combat en fonction de leurs besoins (Colas & Lahutte, 2009).

Après le premier plan d'action de 2011-2013, l'Etat met en place un nouveau plan entre 2013 et 2015 visant à lutter contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique. Il se base sur les trois principes de préventions (Ministère de la Défense - Service de Santé des Armées, 2013) :

- Prévention primaire : modification des comportements pour réduire le nombre d'apparition de cas
- Prévention secondaire : réduction de la durée et de l'intensité des troubles
- Prévention tertiaire : traitement de la souffrance psychique et réinsertion des individus atteints du trouble

Les objectifs de ce-dernier étaient de mieux prévenir et de mieux diagnostiquer les troubles liés au stress ; mieux répondre aux besoins du militaire et de sa famille tout au long de sa carrière et même après ; mieux appréhender les différents stades qui surviennent après la rencontre d'un événement traumatisant ; garantir une réparation des dégâts engendrés par le TSPT ; mieux accompagner l'ampleur et l'impact des troubles psychiques ; mieux informer les militaires et leurs familles sur les troubles liés au stress ainsi que sur les dispositifs d'aide. Les axes d'intervention vont donc dans ce sens. Onze sont recensés au total (Ministère de la Défense - Service de Santé des Armées, 2013) :

1. Renforcer la formation pratique des personnels de santé, médecins des forces et infirmiers, au diagnostic et au traitement des troubles psychiques post-traumatiques. (Acteur : Service de Santé des Armées)
2. Faciliter l'accès aux soins appropriés dans un parcours de soins coordonné par le médecin des forces référent d'unité (Acteur : SSA), rechercher et développer les partenariats (Acteurs : SSA, CNMSS, Armées)
3. Assurer la coordination et l'harmonisation des interventions de soutien psychologique sur le terrain, des psychiatres et psychologues des établissements du service de santé des armées et des psychologues institutionnels. (Acteurs : SSA, Armées)

4. Renforcer la sensibilisation et la formation des militaires sur le stress opérationnel et les troubles psychiques post-traumatiques (Acteurs : Armées, SSA, CNSD)
5. Améliorer la réponse aux besoins spécifiques d'accompagnement social du militaire et de sa famille (Acteurs : Armées, DRHMD/AS, Cellules d'aide aux blessés, ONAC, SSA, Défense mobilité)
6. Assurer la traçabilité des expositions à risques et des constatations cliniques pour garantir une juste réparation des troubles psychiques post-traumatiques (Acteurs : EMA, Armées, SSA, SGA)
7. Piloter une politique cohérente de surveillance épidémiologique des troubles psychiques post-traumatiques chez les militaires et les anciens militaires (Acteurs : SSA, OSV, Armées, DRHMD, CNMSS)
8. Promouvoir la recherche (Acteurs : SSA, EMA, DGA)
9. Assurer le soutien psychologique des forces spéciales (Acteurs : commandement des forces spéciales, EMA, SSA)
10. Coordonner toutes les actions entreprises au profit des familles et des proches des militaires blessés psychiques (Armées, SSA, DRHMD, cellules d'aides aux blessés, associations)
11. Communiquer et informer sur les actions conduites dans le cadre du plan d'action, et en effectuer une synthèse (SSA, armées, DICOD)

Ce plan d'action reste centré sur l'accompagnement sur le terrain. Les cellules psychologiques sont tournées vers une prise en soin rapide et au plus proche des militaires. L'ergothérapeute, n'ayant pas la capacité d'être déployé sur le terrain, ne trouve sa place que dans peu d'axes.

1-3-3 Rôle de l'ergothérapeute dans ce processus

L'ergothérapie est une profession qui s'intéresse à l'autonomie et à l'indépendance des personnes dans leur quotidien. Elle vise à préserver, développer ou compenser les capacités des personnes en situation de handicap, visible ou invisible, afin qu'elles puissent réaliser leurs activités. Pour ce faire, elle repose sur l'éducation, la rééducation, la réadaptation et la réinsertion. S'intéressant à l'activité, l'ergothérapeute intervient sur les

occupations de la personne ainsi que sur son environnement. Il tente de faciliter l'accès aux activités significantes et significatives de l'individu.

Les ergothérapeutes peuvent exercer dans des hôpitaux et centres militaires dans lesquels ils peuvent avoir une action auprès des militaires atteints de TSPT. Mais, comme vu précédemment, les difficultés rencontrées par ces sujets sont liées, en partie, à leur quotidien et à la diminution d'intérêt pour leurs activités. L'ergothérapie a donc un rôle majeur dans la réinsertion des personnes psycho-traumatisées et dans l'accompagnement en institutions spécialisées.

1-4 Intervention de l'ergothérapeute auprès des militaires atteints du syndrome de stress post-traumatique dans la littérature scientifique

Dans les écrits, les ergothérapeutes décrivent leurs champs d'action auprès des militaires atteints de SSPT. Pour ce faire, ils essaient de décrypter les occupations touchées par ce syndrome, ainsi que la façon de répondre à ses affections dans le quotidien.

Heidi Lynn Plach et Carol HaertleSells (2013) se sont intéressées aux difficultés de performance occupationnelle des jeunes vétérans. Elles ont utilisé la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel pour interviewer trente individus ayant participé aux opérations « *Iraqi Freedom* » et « *Enduring Freedom* ». Ceux-ci étaient aussi identifier comme présentant un SSPT, un traumatisme crânien, une dépression et une dépendance à l'alcool. Les cinq activités principales pour lesquelles les participants se sentaient moins performant qu'auparavant sont l'engagement dans des relations, l'école, la santé physique, le sommeil et la conduite automobile. La conduite automobile représente un risque majeur. En effet, au retour dans la vie civile, beaucoup de vétérans sont victimes d'accidents de la voie publique (Classen, Monahan, Canonizado & Winter, 2014). Les vétérans ayant une atteinte cognitive ou psychique font plus d'erreurs mortelles au volant que les autres individus (Classen et al., 2011). Ce phénomène peut être expliqué par l'effet du stress post-mission sur le système neuronal. Il accentuerait les symptômes du SSPT (DiGangi et al., 2018). Lorsqu'ils ont des difficultés de santé ne leur permettant pas de reprendre leur activité au sein de l'armée, les anciens combattants sont soumis à une pression sociale pour se réinsérer et retrouver du travail. Cette pression ancre encore plus le trauma et ses conséquences. Ainsi, l'accompagnement doit être le plus précoce et le plus durable possible.

Le passage en centre psychiatrique n'est pas suffisant à la réinsertion de ces personnes. Il est nécessaire de pouvoir les accompagner tout au long de leur démarche dans le but qu'ils retrouvent une identité. Pour ce faire, une étude de Margaret a. Short-DeGraff et Ted Engelmann (2014), répertorie les activités qui peuvent être utilisées auprès de soldats atteints de SSPT, et particulièrement auprès de combattants de la guerre du Vietnam. Celles-ci peuvent être cumulées et ritualisées pour résoudre les difficultés émotionnelles. L'objectif est de combiner cette approche à des traitements plus conventionnels pour effectuer une transition positive vers une vie stable et productive en se contenant les traumatismes. Pour les ergothérapeutes, qui ont une vision holistique de la personne, le but est de désensibiliser l'individu aux images et sons qui renvoient à l'armée. Comme par exemple, dessiner un monument de guerre en groupe, ou tenter d'exprimer les émotions ressenties en écoutant une musique en rapport avec la guerre. Les auteurs défendent l'intérêt d'une confrontation avec des éléments sensoriels marquant le contexte dans lequel le traumatisme a pu survenir pour se désensibiliser des autres éléments du quotidien qui renvoient au trauma.

Speicher, Walter et Chard (2014) montrent l'efficacité d'un programme pluridisciplinaire de huit semaines auprès de combattants atteints de SSPT et traumatisés crâniens. Ce programme consiste en une approche dans un environnement structuré désigné pour faciliter l'apprentissage de nouvelles compétences, le développement d'habitudes saines et la promotion de la performance occupationnelle. Cette méthode serait efficace pour traiter les symptômes du SSPT et de la dépression.

D'autres approches ont été étudiées. L'art thérapie, par exemple, aurait aussi un intérêt thérapeutique. Par la médiation artistique, on donne un outil à l'intéressé dans le but de faciliter l'expression pour appréhender le trauma (Walker, Kaimal, Koffman & DeGraba, 2016). Un autre exemple d'accompagnement jugé efficace est le soutien social. Par la restauration des liens sociaux, cette méthode vise un meilleur fonctionnement des capacités de communication (Cederbaum, Wilcox, Sullivan, Lucas & Schuyler, 2017).

Dans tous les cas, l'ergothérapeute doit pouvoir s'inscrire dans toutes les étapes d'accompagnement du militaire psycho-traumatisé. Les sources scientifiques sont majoritairement anglo-saxonnes. Se pose alors la question du processus d'intervention des ergothérapeutes français. C'est cette interrogation qui est approfondie dans la partie exploratoire.

2- PHASE EXPLORATOIRE

Pour réaliser cette recherche, deux entretiens ont été conduits. Le premier visait des psychiatres travaillant dans des centres militaires afin de valider les lectures quant à la symptomatologie du TSPT chez la population cible. Et le second, des ergothérapeutes exerçant dans ces mêmes centres, pour cerner les occupations les plus marquées par le TSPT. Il s'agit aussi d'observer si les ergothérapeutes identifient un déséquilibre occupationnel et de connaître les actions mises en place pour pallier à ces difficultés. Pour ce faire, des demandes d'entretien dans huit centres militaires français ont été envoyées (annexe 2). Seulement une psychiatre et un ergothérapeute ont participé à mon projet de recherche. Le premier entretien n'a pas de base conceptuelle mise à part les données récoltées dans la littérature, qui sont exposées dans le cadre théorique. Le second est construit selon trois concepts; l'intervention en ergothérapie, le MOH et l'équilibre occupationnel.

2-1 Premier entretien

2-1-1 : Méthodologie

Le premier entretien visait des psychiatres de centres militaires. Les questions m'ont permises de valider mes lectures. En effet, comme les écrits français ne reliaient pas les symptômes à la notion d'activité et surtout de limitation, il était important pour moi de pouvoir mettre ses notions dans le contexte. Les écrits Nord-Américains ne parlant que des militaires exerçant dans leur pays, il m'était nécessaire de pouvoir confronter les données à une population de combattant français. La personne avec laquelle j'ai pu échanger sur le sujet ne m'a pas donné d'accord distinct pour enregistrer la conversation. L'échange n'est donc pas retranscrit. Néanmoins, les informations que j'ai pu recevoir sont exploitables.

L'entretien est semi-directif. L'objectif étant de faire parler l'interviewé sur le SSPT puis de valider mes lectures, il est constitué de deux questions, une plutôt ouverte et une plutôt fermée (annexe 3). Cet entretien ne dure pas plus d'une heure en fonction des données que l'interviewé souhaite apporter. L'analyse est libre. Les résultats n'ont pas été exploités au travers d'un logiciel, ni d'une matrice.

2-1-2 : Résultats

L'échange que j'ai pu avoir avec une psychiatre, Madame B, travaillant au service de psychiatrie d'un des huit centres militaires de France, m'a permis de valider les données acquises dans mes lectures. Elle définit le SSPT comme un événement venant bouleverser le quotidien des personnes. Le sommeil, les relations avec autrui, les relations familiales, sont des sphères qui ont été citées comme difficiles pour le militaire touché par ce syndrome. Madame B me précise que dans le centre dans lequel elle travaille, l'ergothérapeute effectue des séances d'art-thérapie qui ont montré leur efficacité. Elle me dit prescrire de l'ergothérapie pour les personnes peinant à s'exprimer à l'oral, pour lesquelles l'utilisation d'un médiateur pourrait être bénéfique. La dépression qui accompagne le trauma est, selon elle, responsable d'un déséquilibre dans leur vie. D'ailleurs, environ 50% des individus qu'ils accompagnent ne peuvent pas réintégrer l'armée.

Ces réponses nous permettent d'affirmer les données scientifiques explorées en première partie de mon mémoire et de confirmer les questionnements posés dans le second entretien.

2-2 Deuxième entretien

2-2-1 Méthodologie

Le deuxième entretien visait des ergothérapeutes qui exercent auprès de la population cible. Le but était de savoir comment l'ergothérapeute intervient, en France, auprès des militaires psycho-traumatisés, et à quel stade du processus. Je souhaitais aussi savoir quels objectifs d'accompagnement le thérapeute met en place avec la personne. De plus, la question du lien entre le SSPT, l'équilibre occupationnel, le retour à domicile et l'identité occupationnelle que l'ergothérapeute établit, ou non, me semblait important à relever. C'est pourquoi cet entretien semi-directif a été construit à l'aide de trois matrices sur les concepts de l'intervention en ergothérapie, le MOH et sur l'équilibre occupationnel (annexe 4). Quinze questions ont été posées contre cinq au départ (annexe 5). Les questions du premier entretien ont finalement été reprises au cours de la discussion. L'entretien a été retranscrit (annexe 6) et analysé avec le logiciel Tropes. Ce logiciel d'analyse textuelle étudie le nombre d'occurrences des mots et met en évidence les liens qui existent entre eux. Une étude flottante des liens entre les mots permet ensuite une analyse (Bardin, 1998).

2-2-2 Bases conceptuelles de l'intervention en ergothérapie

L'intervention en ergothérapie est client-centrée. Celle-ci part des objectifs de la personne, de ses besoins, de ses envies, pour tenter d'avoir un accompagnement le plus complet possible. L'ergothérapeute considère la personne dans sa globalité, dans tout ce qui constitue son identité. La pratique trouve son fondement dans l'occupation humaine. L'ergothérapeute s'intéresse donc aux activités du sujet. Il promeut l'occupation en essayant de la faciliter. Pour ce faire, il doit avoir connaissance du contexte dans lequel évolue la personne. Il évalue ses difficultés, les obstacles et les facilitateurs qui gravitent autour d'elle. Ces connaissances permettent d'établir des objectifs d'intervention qui sont posés en collaboration avec l'individu, si cela est possible, ou avec une personne de référence. C'est alors qu'un plan d'accompagnement, au plus près des besoins et des attentes du sujet, peut être établi (Fisher, A. G., 2009).

En somme, l'ergothérapie est une discipline client-centrée, fondée sur l'occupation, dans laquelle le praticien tient compte de toutes les dimensions qui encadrent l'individu. Pour pouvoir être au plus près de la réalité, le thérapeute doit avoir une idée du contexte, de la satisfaction, de la motivation, des rôles, des habitudes, des habiletés et de l'engagement de la personne.

2-2-3 Bases conceptuelles du MOH

Voir partie 1-1 : Cadre théorique : le Modèle de l'Occupation Humaine

L'ergothérapeute doit tenir compte de l'environnement dans lequel la personne souhaite s'engager, ainsi que l'environnement social présent autour de celle-ci. Les centres d'intérêts, les valeurs, les rôles et les habitudes de vie de la personne vont jouer un rôle majeur dans l'accompagnement ergothérapique. Le thérapeute doit donc les évaluer. Il observe aussi les habiletés de l'individu. Toutes ces caractéristiques doivent permettre à l'ergothérapeute de favoriser l'engagement de l'individu dans ses activités. Ceci va conduire à l'établissement d'une identité occupationnelle.

2-2-4 Bases conceptuelles de l'équilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel n'a pas une seule définition. Il est, par contre, établi que l'équilibre occupationnel et la santé sont liés. En effet, Wilcock et al. (1997), au travers de leur étude, ont remarqué que les personnes ayant déclarées avoir la santé la plus mauvaise étaient aussi celles qui présentaient une différence plus grande entre leur modèle d'équilibre

actuel et idéal. À l'inverse, le groupe interviewé ayant le score de santé le plus élevé était, aussi, celui qui avait la plus petite différence entre leur modèle d'équilibre actuel et idéal. Pentland et McColl (2008), suggèrent que le concept qui lie les occupations au bien-être n'est pas tant l'équilibre de vie mais plutôt la façon que l'individu a de vivre sa vie en adéquation avec ses valeurs, ses forces et le sens qu'il met dans ses actions. Elles parlent alors de « *occupational integrity* ». Crist, Davis et Coffin (2014), elles, définissent l'équilibre occupationnel par une bonne répartition des activités de loisirs, de productivité, de soins personnels et de repos. Wagman, Hakansson et Björklund(2012), expliquent que cette notion est le résultat de la perception que l'individu a de ses occupations. Cela dépendrait du domaine des occupations, de leurs caractéristiques et du temps consacré.

C'est d'après tous ces concepts que se construit la matrice sur l'équilibre occupationnel. J'ai considéré toutes les définitions pour dégager les concepts sur lesquels m'appuyer. Ont été retenus :

- La dimension temporelle : c'est le temps que la personne souhaite consacrer à ses activités significatives
- La répartition des activités : c'est-à-dire, l'équilibre entre les activités productives, de loisirs, de soins personnels et de repos, ainsi que la satisfaction dans la réalisation de ses activités
- La santé : ce sont les conséquences sur la santé des activités de la personne
- L'engagement de la personne dans des activités sociales, physiques et mentales
- Les choix : ce critère désigne la capacité de la personne à faire des choix dans ses occupations
- La cohérence occupationnelle : c'est la cohérence entre les valeurs, les forces de l'individu, le sens qu'il met derrière ses activités et son identité occupationnelle.

2-2-5 Résultats

Le tableau en annexe (annexe 7) reprend les mots ayant une occurrence supérieure ou égale à 5. Il expose les occurrences des mots ainsi que les liens pour les termes recensés. Tous ne seront pas analysés.

➤ Patient

Le mot apparaît 32 fois dans l'entretien. On constate qu'il peut être suivi des mots « militaire », « problème », « centre hospitalier », « activité », « quotidien », « ancienneté »,

« armée » et « repli ». L'ergothérapeute interviewé considère le patient dans son quotidien et dans ses activités mais aussi, et surtout, dans son statut de militaire. L'ancienneté dans l'armée semble être liée au profil du patient.

➤ Activité

L'ergothérapeute fait du lien entre l'activité, le quotidien, la parole, la satisfaction et le militaire. Le terme « activité » est néanmoins relié à l'insécurité. Le thérapeute, pour pallier à cette insécurité dans les activités du militaire, tenterait de le faire s'exprimer et de le conduire à la recherche d'une satisfaction.

➤ Militaire

L'interviewé associe le militaire atteint de SSPT avec un fonctionnement militaire et une instabilité au quotidien. Il le lie aussi à la nation et au travail.

➤ Enfant

Ce mot est le cinquième le plus cité. Il a une importance majeure pour la population cible. Les enfants vont de pair avec les sorties, notamment pour l'école ou pour aller au parc.

➤ Vétéran

Le vétéran est en lien, pour le thérapeute, avec la guerre et avec le stress.

➤ Armée

L'armée est vectrice d'identité, qui semble dépendre du nombre d'années travaillées en tant que militaire.

➤ Rôle

Le rôle du militaire psycho-traumatisé est en plein changement. Dans le cadre familial c'est la difficulté d'être parent.

➤ Stress

Le stress est en lien avec la situation, avec l'extérieur et avec la foule. L'individu est soumis à des difficultés d'interaction avec autrui.

➤ Accompagnement

L'accompagnement se fait au travers des activités. Un lien est aussi fait avec les mots « place » et « enfant ». L'ergothérapeute favoriserait la restauration d'une place, d'un rôle.

➤ Identité

La stabilité permettrait à chacun de se retrouver dans une identité. Pour les militaires atteints de SSPT, l'identité créée dans l'armée se trouve instable aux vues des changements occupationnels.

➤ Travail

Le travail serait en lien avec la guérison du psycho-traumatisé et amènerait un lien avec le monde extérieur.

➤ Domicile

L'ergothérapeute établit une connexion entre le rôle, le domicile et le repli du sujet.

L'annexe 8 montre les catégories de mots fréquentes. Celles-ci sont surtout les verbes de temps, les connecteurs de cause, les mots relatifs à l'intensité et aux objectifs. L'environnement et le temps joueraient une importance dans l'intensité des symptômes. Les objectifs seraient surtout liés au travail, à la stabilité et à l'identité du militaire.

2-3Analyse

La symptomatologie décrite par la psychiatre interviewée est identique à celle retrouvée dans les écrits anglo-saxons. Les difficultés occupationnelles sont globalement similaires. Néanmoins, l'une des répercussions dans la vie des militaires atteints du SSPT décrites dans les écrits est un plus grand risque d'accident de la voie publique. Celle-ci n'a pas été mentionnée par les deux participants à l'enquête. L'hypervigilance, par contre, a été identifiée comme la cause de l'isolement, du repli et de l'agoraphobie.

En ce qui concerne l'entretien avec l'ergothérapeute, nous pouvons retenir que l'intervention ergothérapique s'inscrit dans le cadre de l'hospitalisation en centre. Le thérapeute souligne les difficultés dans toutes les activités quotidiennes et les associe à l'hypervigilance. La menace omniprésente rend la moindre activité extérieure dangereuse.

Alors, le sujet s'enferme et s'isole socialement. Cette angoisse qui plane constamment dans leur pensée rend les militaires psycho-traumatisés irritables et agressifs. Seul le domicile et le centre hospitaliers sont des endroits sécuritaires. Mais l'isolement dans lequel ils entrent entrave le rétablissement. La perte d'identité au sein de l'armée déstabilise les militaires qui, n'ayant plus de repères, voient leurs rôles socio-familiaux-professionnels modifiés. L'isolement dans lequel ils se trouvent entrave fortement la construction d'une identité parentale.

La médiation artistique est le plus fréquemment utilisé par l'interviewé, notamment la gravure. Le but du thérapeute est de laisser la personne s'exprimer et de redonner sens aux occupations. Il explique, néanmoins, ne pas poser d'objectifs personnalisés avec la personne accompagnée. L'objectif est déjà de sortir de l'isolement et de recréer le lien social.

En croisant les données avec les indicateurs des matrices, nous pouvons constater que l'intervention est bien client-centré puisque la personne est la préoccupation principale de l'ergothérapeute. De même, il se base sur la volonté de celle-ci dans son processus. Elle est aussi centrée sur l'occupation. L'ergothérapeute tient compte du contexte dans lequel le sujet évolue. Les objectifs ne sont pas établis avec la personne, ils découlent de son état au moment de la prise en soin mais ne sont pas clairement exprimés. De ce fait, le plan d'accompagnement n'est pas explicitement exposé. Le professionnel tente de valoriser la motivation du militaire et de faciliter son engagement. Comme l'intervention ne s'inscrit qu'au moment de l'hospitalisation, l'intervenant ne s'ancre pas dans le quotidien et dans les habitudes de la personne. Mais le rythme des séances instaure une temporalité et amorce le travail de répartition des activités au quotidien. Le but premier est de faciliter les futures interactions sociales et de pouvoir vivre avec le trauma. L'ergothérapeute tente de créer un contexte favorable à la réalisation de l'activité au sein du centre.

L'interviewé établit un lien entre l'ESPT et le déséquilibre occupationnel. L'hypervigilance est un facteur d'isolement, les activités deviennent difficilement réalisables et le déséquilibre s'installe. Ce professionnel fait un lien entre l'équilibre occupationnel et l'identité occupationnelle. Il pense qu'en améliorant cet équilibre, le sujet acquiert une meilleure perception de son identité occupationnelle, ce qui l'aidera à reconstruire son identité personnelle.

DISCUSSION

D'après les entretiens, les ergothérapeutes français interviennent auprès des militaires atteints de stress post-traumatique durant la période d'hospitalisation. Leurs accompagnements s'inscrivent dans un processus visant à réduire l'intensité des symptômes. Dans cet objectif, ils optent pour la médiation artistique afin de donner une opportunité d'expression différente de la parole. L'ergothérapeute interviewé ne base pas son intervention sur des modèles mais sur l'état dans lequel se trouve l'individu.

Les données recueillies dans les interviews sont cohérentes avec les écrits étudiés. Les articles scientifiques démontraient les bienfaits d'une intervention visant l'expression du trauma. Cette méthode permettrait de faire diminuer l'hypervigilance et les remises en conscience de l'événement traumatique. L'ergothérapeute ayant participé à l'enquête souligne, aussi, la difficulté dans l'accompagnement de cette population. D'après lui, le contexte est d'une telle complexité qu'il n'y a pas une solution immuable, chaque cas rencontré est spécifique. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il ne fonde pas sa pratique sur un modèle précis.

L'hypothèse d'une relation entre le SSPT, l'équilibre occupationnel et l'identité occupationnelle est retenue. En effet, les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance (Veterans Affairs Canada, 2019), enferment la personne dans son traumatisme. La reprise du travail est impossible dans la phase aigüe et les liens sociaux sont rompus ou fragiles aux vues de la diminution de l'intérêt et du détachement émotionnel chez ces individus. La baisse d'activité rend difficile l'intégration dans la société. L'équilibre dans les occupations est perturbé, voire inexistant, on parle d'un déséquilibre occupationnels. Les personnes perdent peu à peu leur sentiment d'efficacité et de contrôle. Les rôles sociaux se voient impactés. C'est alors, que l'identité occupationnelle n'est plus atteignable. Les militaires, devenus civils, ne se reconnaissent plus dans leurs activités. L'armée forge le fonctionnement du soldat en le plaçant comme un être disponible pour la nation. En sortant de ce fonctionnement, ce dernier se retrouve sans repères et en perte d'identité.

Ce travail a été limité par un nombre trop faible d'entretiens. L'hypothèse précédente ne s'appuie que sur deux interviews, ce qui est insuffisant pour en tirer des conclusions probantes. Il permet néanmoins d'affiner le questionnement de départ. L'étude s'est d'abord focalisée sur les vétérans de guerre puis a été revue suite aux entretiens réalisés puisque les deux professionnels m'ont précisé ne pas faire de vraies distinctions, au moment de leur intervention, entre les militaires d'active et ceux qui se réorienteront. Aussi, nous avons vu dans le cadre théorique que le SSPT s'accompagne dans la majorité d'affections associées (dépression, abus de substances, etc.). Cette recherche n'a pas ciblé de comorbidités, les questions n'étaient alors pas assez précises pour définir une intervention prédominante.

Le militaire atteint de SSPT est susceptible de devoir se réorienter professionnellement et de se réinsérer à la vie civile. Or, cet environnement diffère en tout point de celui qu'il a connu jusque-là dans l'armée. Ayant été aiguillé pour toutes les démarches par l'armée tout au long de son engagement, les nouvelles contraintes auxquelles il est soumis risquent d'aggraver le vécu de l'expérience traumatisante. Ces conditions peuvent freiner la réinsertion socio-professionnelle et être à l'origine de marginalisations.

Si l'ergothérapeute s'inscrit dans un accompagnement qui suit toutes les étapes du SSPT, de la phase aigüe à la réinsertion, il aura comme objectif d'aider la personne à retrouver une identité dans ses nouvelles occupations.

CONCLUSION

Le Syndrome de Stress Post-Traumatique a d'importantes répercussions dans toutes les dimensions de la vie du militaire. L'armée étant la sphère dans laquelle s'est construit l'individu, le changement de contexte associé aux difficultés engendrées par le SSPT peut aggraver l'intensité des symptômes et conduire à une perte de l'identité occupationnelle. De plus, les activités diffèrent significativement entre le front et la vie civile. Cette perturbation environnementale vient déranger l'équilibre occupationnel des combattants à tel point que certains se voient contraints de quitter l'armée et de retrouver un emploi. Un suivi adapté à ce tournant dans la vie de l'individu est nécessaire.

Cette étude montre la difficulté d'identifier un processus d'intervention auprès de la population cible. C'est au thérapeute de déterminer l'accompagnement qu'il souhaite mettre en place. Il est apparu au cours de l'étude que l'ergothérapie était prescrite pour favoriser l'expression des maux liés au traumatisme. Mais cette discipline ne pourrait-elle pas s'introduire dans d'autres étapes du trauma, dans le travail de réinsertion professionnelle par exemple ?

Pouvant avoir une vision de toutes sphères gravitant autour de l'individu au travers de ses occupations, l'ergothérapeute est l'acteur principal dans le recouvrement d'un équilibre occupationnel. Rappelons que cet équilibre de vie est lié à l'état de santé (Wilcock et al., 1997) et à l'identité occupationnelle. Mais est-ce que retrouver une identité dans ses activités pourrait permettre une réinsertion sociale plus satisfaisante ?

Le but de cet écrit était d'établir une question de recherche plus précise. Beaucoup de questionnements ressortent de ce travail. Je me propose cependant de cibler mes interrogations à la réinsertion professionnelle des militaires atteints de stress post-traumatique au travers de celle-ci : « Comment le rétablissement d'un équilibre occupationnel pourrait faciliter l'accès à une nouvelle identité professionnelle des jeunes vétérans psycho-traumatisés ? »

REFERENCES

Association canadienne des ergothérapeutes. ([1997] 2002). Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie. (p. 38) Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

Bouychou, M., Costantino, C., &Platiau, J. (2013). Introduction. Cliniques, 1(5), 14–22. <https://doi.org/10.3917/clini.005.0014>

Cederbaum, J. A., Wilcox, S. L., Sullivan, K., Lucas, C., &Schuyler, A. (2017). The Influence of Social Support on Dyadic Functioning and Mental Health Among Military Personnel During Postdeployment Reintegration. Public Health Reports, 132(1), 85–92. <https://doi.org/10.1177/0033354916679984>

Chabas, C., David, H., &Quillard, M. (2011, 10 mai). Ces invisibles blessures de guerre. *Libération*. Consulté sur https://www.liberation.fr/planete/2011/05/10/ces-invisibles-blessures-de-guerre_734525

Charret, L., &Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17–36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>

Classen, S., Levy, C., Meyer, D. L., Bewernitz, M., Lanford, D. N., & Mann, W. C. (2011). Simulated Driving Performance of Combat Veterans With Mild Traumatic Brain Injury and Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 419–427. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000893>

Classen, S., Monahan, M., Canonizado, M., &Winter, S. (2014). Utility of an Occupational Therapy Driving Intervention for a Combat Veteran. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 405–411. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.010041>

CNRTL. (s.d.). PSYCHOTHÉRAPIE : Définition de PSYCHOTHÉRAPIE. Récupéré 3 mai, 2019, de <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/psychoth%C3%A9rapie>

CNRTL. (s.d.). REMINISCENCE : Définition de REMINISCENCE. Récupéré 29 avril, 2019, de <http://www.cnrtl.fr/definition/reminiscence>

Colas, M. D., & Lahutte, B. (2009, décembre). Le stress au sein de la population militaire: du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique. *Médecine et armées - Revue du Service de Santé des Armées*, 37(5), 399–409.

Crocq, L., Dalligand, L., Villerbu, L., Tarquinio, C., Duchet, C., Coq, J. M., . . . Vitry, M. (2007). *Traumatismes psychiques: prise en charge psychologique des victimes*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson

Cunningham, K. C., LoSavio, S. T., Dennis, P. A., Farmer, C., Clancy, C. P., Hertzberg, M. A., . . . Beckham, J. C. (2019). Shame as a mediator between posttraumatic stress disorder symptoms and suicidal ideation among veterans. *Journal of Affective Disorders*, 243, 216–219. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.040>

Desjeux, G., Balaire, C., Pommier de Santi, V., Léon, C., Aspar, A. M., Deparix, X., &Thévenin-Garron, V. (2009, décembre). Enquête préliminaire sur les besoins de prévention en santé des militaires d'active. *Médecine et armées - Revue du Service de Santé des Armées*, 37(5), 389–397.

DiGangi, J. A., Gorka, S., Afshar, K., Babione, J. M., Schroth, C., Greenstein, J. E. Phan, K. L. (2018). Differential impact of post-deployment stress and PTSD on neural reactivity to emotional stimuli in Iraq and Afghanistan veterans. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.09.019>

État de stress post-traumatique : définition, symptômes, diagnostic (DSM-5). (2015, 15 novembre). Récupéré 25 avril, 2019, de <http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2015-11-15/stress-post-traumatique-criteres-diagnostiques-dsm-5>

Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Ft. Collins, CO: Three Star Press.

Friedman MJ, Resick P, Bryant R, Strain J, Horowitz M, Spiegel D (2011) Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety* 28(9): 737-49.

Guay, S. (s.d.). Trouble de stress post-traumatique et de stress aigu. Consulté sur <http://www.iusmm.ca/documents/Guay-IUSMM-DSM5-Fev2016.pdf>

Haute Autorité de Santé. (2007, juin). Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves. Guide - Affection de longue durée. Consulté sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf

Kühne, N. (2017, 19 mai). *Equilibre occupationnel et ergothérapie : quels sont les enjeux rencontrés et les stratégies utilisées par les ergothérapeutes et les étudiant-e-s ?* [Fichier vidéo]. Récupéré de https://www.youtube.com/watch?v=_4XXlrSQLiI

Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>

Ministère de la Défense - Service de Santé des Armées. (2013). PLAN D'ACTION « Troubles psychiques post traumatiques dans les forces armées » 2013-2015 (N° 517996/DEF/DCSSA/PC/CN.SMPA du 20 décembre 2013). Consulté sur <https://www.defense.gouv.fr/content/download/233438/2610358/file/PLAN-Action-ESPT-Web.pdf>

Morel, M. C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux. Paris, France: Solal Editeurs.

Plach, H. L., & Sells, C. H. (2013). Occupational Performance Needs of Young Veterans. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 73–81. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.003871>

Santé publique France - InVS. (2014, 10 mars). Etat de stress post-traumatique / Données de surveillance par pathologie / Santé mentale / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil. Récupéré 26 avril, 2019, de <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Sante-mentale/Donnees-de-surveillance-par-pathologie/Etat-de-stress-post-traumatique>

Short-DeGraff, M. A., & Engelmann, T. (1992). Activities for the Treatment of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder. In S. Cook Merrill (Éd.), *Occupational therapy and psychosocial dysfunction* (pp. 27–47). https://doi.org/10.1080/J003v08n02_02

Speicher, S. M., Walter, K. H., & Chard, K. M. (2014). Interdisciplinary Residential Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Brain Injury: Effects on Symptom Severity and Occupational Performance and Satisfaction. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 412–421. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.011304>

U.S. Department of veterans Affairs. (s.d.). How Common is PTSD in Veterans? - PTSD: National Center for PTSD. Récupéré 20 décembre, 2019, de https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp

Ung, Y. (2019). Le concept d'équilibre de vie: Application des connaissances en ergothérapie. Le monde de l'ergothérapie.

Vallet, D.; Arvers, P. (2006) Etude exploratoire sur l'état de stress post-traumatique dans deux unités opérationnelles de l'armée de terre. Dans Dimension humaine dans le cadre d'opérations militaires – Stratégies des chefs militaires pour gérer le stress et le soutien psychologique (p. 30-1 – 30-8). Compte rendu de réunion RTO-MP-HFM-134, Communication 30. Neuilly-sur-Seine, France : RTO. Disponible sur le site : <http://www.rto.nato.int/abstracts.asp>.

VeteransAffairs Canada. (2019, 31 mars). L'État de stress post-traumatique (ESPT) et le stress lié à la guerre - Anciens Combattants Canada. Récupéré 26 avril, 2019, de <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health/ptsd-warstress>

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2011). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322–327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

Walker, M. S., Kaimal, G., Koffman, R., & DeGraba, T. J. (2016). Art therapy for PTSD and TBI: A senior active duty military service member's therapeutic journey. *The Arts in Psychotherapy*, 49, 10–18. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.05.015>

Wilcock AA, Chelin M, Hall M, Hamley N, Morrison B, Scrivener L, et al.. The relationship between occupational balance and health: A pilot study. *OccupTher Int*. 1997;4: 17–30.

Wilson L, Wilcock AA. Occupational Balance: What tips the scales for new students? *Br J OccupTher*. 2005;68:319–23.

POUR ALLER PLUS LOIN

Auxemery, Y. (2013). L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction. *L'information psychiatrique*, 89(8), 641–649. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8908.0641>

Azzollini, S. C., Depaula, P. D., Cosentino, A. C., & Pupko, V. B. (2018). Applications of Psychological First Aid in Disaster and Emergency Situations: Its Relationship with Decision-Making. *Athens Journal of Social Sciences*, 5(2), 201–213.

Bardin L. *L'Analyse de contenu* (9^{ème} éd.). Paris: Presses Universitaires de France, 1998

Batchelder, A. W., Safren, S. A., Coleman, J. N., Boroughs, M. S., Thiim, A., Ironson, G. H., . . . O'Cleirigh, C. (2018). Indirect Effects From Childhood Sexual Abuse Severity to PTSD: The Role of Avoidance Coping. *Journal of Interpersonal Violence*, , 1–20. <https://doi.org/10.1177/0886260518801030>

Bodin, j.-F. 2014. « Ergothérapie, substantif féminin avant 1950 », *ErgOTHérapies*, n° 54, p. 81-84.

Carrère d'Encausse, M., & Boxelé, R. (2018, 23 août). Militaires : se relever des blessures psychiques [Les docs du Mag de la santé - Allo Docteurs]. Récupéré 20 février, 2019, de https://www.allodocteurs.fr/emissions/les-docs-du-mag-de-la-sante/les-docs-du-mag-de-la-sante-du-23-08-2018_26888.html

Cutchin, M. P., Aldrich, R. M., Bailliard, A. L., & Coppola, S. (2008). *Action theories for occupational science: The contributions of Dewey and Bourdieu*. *Journal of Occupational Science*, 15(3), 157–165. doi:10.1080/14427591.2008.9686625

Desrosiers, J. (2013). Description de la pratique de l'ergothérapie auprès de militaires engagés dans les forces armées canadiennes (Projet d'intégration présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières comme exigence partielle de la maîtrise en ergothérapie). Consulté sur <http://depot-e.uqtr.ca/6887/1/030583860.pdf>

Elnitsky, C. A., & Kilmer, R. P. (2017). Facilitating reintegration for military service personnel, veterans, and their families: An introduction to the special issue.. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(2), 109–113. <https://doi.org/10.1037/ort0000252>

Fischer, E. P., Sherman, M. D., McSweeney, J. C., Pyne, J. M., Owen, R. R., & Dixon, L. B. (2015). Perspectives of family and veterans on family programs to support reintegration of returning veterans with posttraumatic stress disorder.. *Psychological Services*, 12(3), 187–198. <https://doi.org/10.1037/ser0000033>

Freytes, I. M., LeLaurin, J. H., Zickmund, S. L., Resende, R. D., & Uphold, C. R. (2017). Exploring the post-deployment reintegration experiences of veterans with PTSD and their significant others.. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(2), 149–156. <https://doi.org/10.1037/ort0000211>

Haller, M., Angkaw, A. C., Hendricks, B. A., & Norman, S. B. (2015). Does Reintegration Stress Contribute to Suicidal Ideation Among Returning Veterans Seeking PTSD Treatment? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(2), 160–171. <https://doi.org/10.1111/sltb.12181>

Heagwood, K. M. (2012). Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder and Service Dogs: Aiding Veterans to Reengage in Daily Life.. Consulté sur https://soundideas.pugetsound.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1048&context=ms_occ_therapy

Henderson, L. A., & Burns, C. (2015). Posttraumatic Stress Disorder in Reserve Veterans. *Workplace Health & Safety*, 63(1), 27–32. <https://doi.org/10.1177/2165079914565591>

Ista, M., Jacob, E., & Sopkowiak, D. (2016). Occupational Therapy Driving Intervention Shows Emerging Evidence in Improving Civilian Driving Errors in OIF/OEF Combat Veterans with PTSD (Critically Appraised Topic Template). Consulté sur <https://www.uwlax.edu/globalassets/academics/grad/occupational-therapy/cats/2016-17/driving-intervention.pdf>

Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., . . . Mc Gill University. (2016). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 49, 10–18. Consulté sur <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/S1/S1>

Kearney, D. J., McDermott, K., Malte, C., Martinez, M., & Simpson, T. L. (2012). Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 101–116. <https://doi.org/10.1002/jclp.20853>

Lobban, J. (2016). Art Therapy for military veterans with PTSD - A transatlantic study. Consulté sur <https://www.wcmt.org.uk/sites/default/files/report-documents/Lobban%20J%20Report%202016%20Final.pdf>

Marin, M. F., Gravel Crevier, M., & Juster, R. B. (2014, 12 avril). L'état de stress post-traumatique d'un point de vue scientifique et clinique. Mammouth Magazine, 12(12), 1–12. Consulté sur http://www.stresshumain.ca/Documents/pdf/Mammouth-Magazine/Mammouth_vol12_FR.pdf

Matthieu, M. M., Lawrence, K. A., & Robertson-Blackmore, E. (2017). The impact of a civic service program on biopsychosocial outcomes of post 9/11 U.S. military veterans. *Psychiatry Research*, 248, 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.028>

McGlinchey, R. E., Milberg, W. P., Fonda, J. R., & Fortier, C. B. (2017). A methodology for assessing deployment trauma and its consequences in OEF/OIF/OND veterans: The TRACTS

longitudinal prospective cohort study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, . <https://doi.org/10.1002/mpr.1556>

Meyer, E. C., Frankfurt, S. B., Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., & Morrisette, S. B. (2018). The influence of mindfulness, self-compassion, psychological flexibility, and posttraumatic stress disorder on disability and quality of life over time in war veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 74(7), 1–9. <https://doi.org/10.1002/jclp.22596>

Murphy, D., Hodgman, G., Carson, C., Spencer-Harper, L., Hinton, M., Wessely, S., & Busuttil, W. (2015). Mental health and functional impairment outcomes following a 6-week intensive treatment programme for UK military veterans with post-traumatic stress disorder (PTSD): a naturalistic study to explore dropout and health outcomes at follow-up. *BMJ Open*, 5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007051>

Murphy, D., Spencer-Harper, L., Carson, C., Palmer, E., Hill, K., Sorfleet, N., . . . Busuttil, W. (2016). Long-term responses to treatment in UK veterans with military-related PTSD: an observational study. *BMJ Open*, 6(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011667>

Nakashima Brock, R., Lettini, G., Bica, C., Keizer, H., Lightsey, P., & Mejia, C. (2012). *Soul Repair: Recovery from Moral Injury After War (A Study Guide for Congregations)*. Consulté sur <http://brite.edu/wp-content/uploads/2013/07/Soul-Repair-Book-Study-Guide-March-2014.pdf>

Olenick, M., Flowers, M., & Diaz, V. J. (2015). Us veterans and their unique issues: enhancing health care professional awareness. *Dove press*, 6, 635–639.

Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Traduit par Mignet, G.. (2017). *MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. Paris, France: De Boeck Supérieur.

Pitts, B. L., Safer, M. A., Castro-Chapman, P. L., & Russell, D. W. (2017). Utilization of Behavioral Health Services by United States Army Medics. *Military Behavioral Health*, 5(3), 208–217. <https://doi.org/10.1080/21635781.2016.1272024>

Rona, R. J., Burdett, H., Khondoker, M., Chesnokov, M., Green, K., Pernet, D., . . . Fear, N. T. (2017). Post-deployment screening for mental disorders and tailored advice about help-seeking in the UK military: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32398-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32398-4)

Service de Santé des Armées. (s.d.). Classeur stress post-traumatique. Récupéré de <https://www.defense.gouv.fr/sante/dossiers-complementaires/classeur-stress-post-traumatique>

Smith, B. N., Wang, J. M., Vaughn-Coaxum, R. A., Di Leone, B. A. L., & Vogt, D. (2016). The role of postdeployment social factors in linking deployment experiences and current posttraumatic stress disorder symptomatology among male and female veterans. *Anxiety, Stress, & Coping*, <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1188201>

Stephenson, K. R., Simpson, T. L., Martinez, M. E., & Kearney, D. J. (2016). Changes in Mindfulness and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Veterans Enrolled in Mindfulness-Based Stress Reduction. *Journal of Clinical Psychology*, , 1–17. <https://doi.org/10.1002/jclp.22323>

Tanielian, T., & Jaycox, L. H. (2008). Invisible Wounds of War Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery. Consulté sur www.rand.org

Vogt, D., Smith, B. N., Fox, A. B., Amoroso, T., Taverna, E., & Schnurr, P. P. (2016). Consequences of PTSD for the work and family quality of life of female and male U.S. Afghanistan and Iraq War veterans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1321-5>

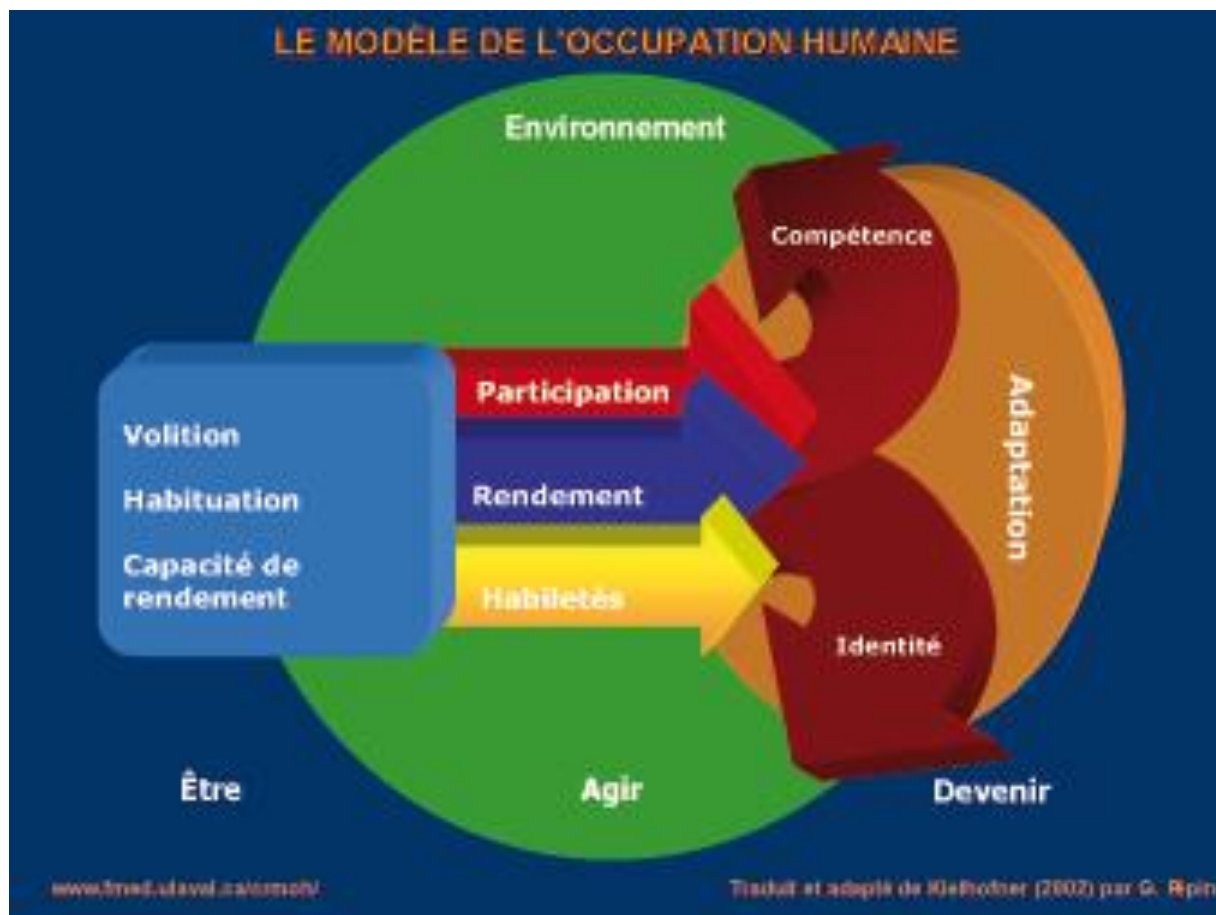
Watkins, K., Lee, J. E. C., & Zamorski, M. A. (2017). Moderating Effect of Marital Status on the Association Between Combat Exposure and Post-Deployment Mental Health in

Canadian Military Personnel. *Military Psychology*, 29(3), 177–188.
<https://doi.org/10.1037/mil0000153>

Williams, M. B., Chassé, F., Poijula, S., Pilon, W., & Morency, P. (2006). *Le trouble de stress post-traumatique: un guide pratique d'intervention*. Mont-Royal (Québec), Canada: DécarieÉditeur.

ANNEXES

Annexe 1:



Annexe 2: Cartographie des centres de soin militaires en métropole auxquelles des demandes ont été envoyées



Annexe 3 : Questions du premier entretien

Première question : « Que pouvez-vous me dire sur l'état de stress post-traumatique notamment chez les vétérans de guerre? »

Deuxième question : « Les différentes sources que j'ai trouvé sont des sources Nord-Américaines. Je souhaite savoir si ce que j'ai lu est transposable aux militaires français. J'ai lu que l'état de stress post-traumatique avait une atteinte dans leur vie quotidienne notamment dans leurs relations sociales et dans des activités transférables au contexte militaires (ex: la conduite). Ces atteintes entravent alors la réinsertion à la vie civile puisque certaines activités sont difficilement réalisables et que l'impact sur la santé est trop important (sommeil, addictions, agressivité). Pensez-vous que ces limitations sont aussi importantes chez les militaires français ? »

Annexe 4 : Matrices de l'entretien auprès des ergothérapeutes

<u>Théorie/Concept :</u> (selon A.G. Fisher)	
INTERVENTION ERGOTHERAPIQUE	
<u>Critères</u>	<u>Indicateurs</u>
Client-centrée	- La personne accompagnée est le centre d'intérêt de l'ergothérapeute L'ergothérapeute se base sur la volonté de la personne
Centrée sur l'occupation	- L'ergothérapeute s'intéresse aux activités de la personne - L'ergothérapeute tente de promouvoir l'occupation
Contexte	- L'ergothérapeute a connaissance des difficultés de la personne - L'ergothérapeute prend en compte les obstacles et facilitateurs de la personne
Objectifs	- L'ergothérapeute établit avec la personne des objectifs d'accompagnement
Accompagnement	- L'ergothérapeute définit un plan d'accompagnement de la personne pour répondre au mieux aux objectifs posés

<u>Théorie/Concept :</u> (selon S. Parkinson, K. Forsyth et G. Kielhofner)	
MOH	
<u>Critères</u>	<u>Indicateurs</u>
Contexte environnemental	- L'ergothérapeute tient compte de l'environnement dans lequel la personne souhaite s'engager - L'ergothérapeute tient compte de l'environnement social de la personne
Volition	- L'ergothérapeute tient compte des centres d'intérêts et des valeurs de la personne
Habitude	- L'ergothérapeute tient compte des rôles de la personne - L'ergothérapeute tient compte des habitudes de vie, des routines de la personne
Habiletés	- L'ergothérapeute observe les habiletés motrices, opératoires et d'interaction de la personne
Participation	- L'ergothérapeute favorise l'engagement de la personne
Identité	- L'ergothérapeute tente de connaître la satisfaction de la personne concernant ses activités - L'ergothérapeute essaie de donner un sens aux activités pour la personne afin qu'elle développe un sentiment d'utilité - L'ergothérapeute tente de définir avec la personne les activités importantes pour elle ainsi que leur place dans son quotidien
Adaptation	- L'ergothérapeute tente de favoriser la construction d'une identité occupationnelle positive - L'ergothérapeute crée un contexte favorable à la réalisation de l'activité

Théorie/Concept : (selon P. Wagman, C. Hakansson, A. Björklund ; Y. Ung ; A. A. Wilcock, M. Chelin, M. Hall, N. Hamley, B. Morrison, L. Scrivener, M. Townsend, K. Treen ; W. Pentland, M.A. McColl ; A. A. Wilcock ; P. H. Crist, C. G. Davis, P. S. Coffin ; N. Kuhne)

EQUILIBRE OCCUPATIONNEL

<u>Critères</u>	<u>Indicateurs</u>
Dimension temporelle	L'ergothérapeute prend en compte le temps que la personne souhaite consacrer à ses activités significatives
Répartition des activités	L'ergothérapeute porte son attention sur la répartition des activités productives, de loisirs, de soins personnels et de repos L'ergothérapeute tente de promouvoir une répartition satisfaisante de ces activités
Santé	L'ergothérapeute tient compte de l'état de santé de la personne et des conséquences de ses activités sur la santé de l'individu
Engagement	L'ergothérapeute tente de favoriser l'engagement dans des activités sociales, physiques et mentales
Choix	L'ergothérapeute intègre l'individu dans son accompagnement en l'amenant à faire des choix Le point de départ de l'ergothérapeute est la volonté du sujet accompagné
Cohérence occupationnelle	L'ergothérapeute prend en compte les valeurs, les forces et ce qui a du sens pour la personne afin qu'elle puisse construire sa vie en toute intégrité Le thérapeute tente d'aider l'individu à identifier ce qui est significatifs et satisfaisant pour lui afin qu'il puisse se construire une identité

Annexe 5 : Questions du second entretien

Première question : « Lorsque vous accompagnez un militaire atteint de stress post-traumatique, comment palliez-vous aux difficultés occupationnelles rencontrées ? »

Deuxième question : « Si vous deviez cibler deux occupations particulièrement touchées chez cette population, lesquelles citeriez-vous ? »

Troisième question : « Comment accompagnez-vous ces personnes dans l'amélioration de leur capacité à réaliser ces activités ? »

Quatrième question : « Pensez-vous que l'état de stress post-traumatique dans lequel se trouve ces militaires peut-être responsable d'un déséquilibre occupationnel ? J'aimerais que vous me justifiiez votre réponse. »

Cinquième question : « Quel serait pour vous le lien entre l'équilibre occupationnel et l'identité occupationnelle ? »

Annexe 6 : .Entretien avec Mr. A.

Mr. A : A, ergothérapeute bonjour

N : Bonjour, c'est Naella Bouabdellah, l'étudiante en ergothérapie qui fait son mémoire sur les vétérans atteints de stress post traumatique

Mr. A : Oui

N : Déjà, je voulais vous demander si cela vous dérangeait que notre entretien soit enregistré ?

Mr. A : Non vous pouvez

N : Merci. Alors voilà, j'ai démarché un peu des ergothérapeutes pour faire passer un questionnaire semi ouvert sur, déjà ce que vous pensez du SSPT et sur l'accompagnement que vous pouvez mettre en place. Est-ce que vous avez des questions ou est-ce que je peux commencer ?

Mr. A : Non je n'ai pas de questions

N : D'accord. Alors, que pouvez-vous me dire sur le SSPT chez les vétérans de guerre que vous avez rencontrés ?

Mr. A : Chez les vétérans ? Donc c'est spécifique vétérans, pas les militaires d'active ?

N : Alors, mon sujet est à la base ciblé vétérans mais pour les militaires ça me va aussi

Mr. A : Parce que nous ici, on a 2 types de prise en charge du SSPT, on a les militaires d'active qui du coup sont encore traités, enfin qui sont traités pour le SSPT mais qui sont toujours considérés comme militaires, qui sont sous contrat et que le congé prolonge le contrat même si ça fait plusieurs années, de toute façon ils étaient toujours en service, et puis on a les vétérans mais les vétérans on en a beaucoup moins parce que en fait actuellement il n'y a pas beaucoup de patients qui viennent consulter pour ça alors spécifiquement, je vois plutôt des militaires.

N : D'accord. Est-ce que vous en avez déjà rencontrés, des vétérans, vous ?

Mr. A : Oui on en a suivi quelques-uns mais c'était principalement pour la guerre d'Algérie.

N : D'accord. Et est-ce que c'était différent des militaires qui sont encore actifs, enfin est-ce que le SSPT se manifestait différemment ?

Mr. A : Là c'est compliqué parce qu'on n'a pas forcément, enfin c'est les propos des patients donc... les choses étaient différentes, les conditions étaient différentes puisque déjà la plupart n'était pas forcément des engagés, au départ ils étaient au service nationale et il y avait un retour à la vie civile rapide et ils ont mis un couvercle sur leurs difficultés puis les difficultés réapparaissent avec le temps. La symptomatologie n'est pas tout à fait la même aujourd'hui je trouve. Il y a plus d'effets secondaires qui se constatent chez les patients actuels. Ils ne témoignent pas de gros problèmes d'agoraphobie ou de choses comme ça les patients vétérans. Après je n'en ai pas suffisamment pour vous faire des statistiques, j'en ai croisé 3-4.

N : Oui je vois, ça ne fait pas beaucoup

Mr. A : Après, comment dire, la psychiatrie était perçue différemment à l'époque et le rapport à la psychiatrie était différent. Les gens faisaient des cauchemars mais ils n'allaient pas forcément consulter quoi.

N : Et donc, maintenant, pour les personnes qui reviennent maintenant avec un SSPT, quels sont les symptômes que vous voyez le plus ?

Mr. A : Bah il y a tout ce qui est trouble du sommeil, tout ce qui est irritabilité, la difficulté à être à l'extérieur, le stress de la foule, le stress de ne pas maîtriser la situation, le repli à domicile beaucoup, le sommeil du coup la journée mais pas forcément la nuit et l'isolement, voilà les principaux symptômes qu'on observe au départ.

N : D'accord. Alors, j'ai effectué plusieurs lectures pour mon mémoire et la plupart des sources que j'ai trouvées étaient nord-américaines et du coup j'aimerais savoir si ce que j'ai lu est transposable aux militaires français notamment pour les activités, il y a beaucoup d'activités qui sont touchées par le SSPT pour les militaires et qui entravent la réinsertion professionnelles, et ces activités-là sont souvent la conduite, l'accompagnement de leurs enfants dans des parcs de jeux ou autres. Est-ce que vous pensez que les limitations dans les activités sont aussi importantes chez les militaires français ?

Mr. A : Oui, tout ce qui est conduite oui, tout ce qui est incivilité est très mal vécu, souvent ils essayent de rétablir la justice. Quand les patients parlent un peu, c'est-à-dire que le moindre patients qui ne le respecte pas ou qui lui fait une queue de poisson ça va jusqu'à la course poursuite sur l'autoroute, donc là j'ai beaucoup de témoignages là-dessus. En ce qui concerne les sorties avec les enfants, elles sont très limitées ou elles sont souvent dans des

lieux très isolés parce que le patient a déjà du mal à sortir de chez lui. Quand il organise une sortie il l'a prévoit presque comme une mission : ou ça se passe, comment ça se passe et quels sont les lieux. Il y en a très peu qui sortent dans des parcs communs, ils vont plutôt dans des lieux isolés pour évidemment ne pas avoir à gérer tout ce qui se passe autour parce que sinon ils ne sont pas avec leurs enfants la plupart, ils sont dans l'hypervigilance. Il s'adapte après, d'où le repli et l'isolement, c'est-à-dire qu'à la fin ils restent chez eux. Après ce n'est pas une généralité, d'autres ne sont pas comme ça.

N : D'accord et du coup lorsque vous accompagnez un militaire qui est atteint de stress post traumatique comme ça, comment est-ce que vous palliez aux difficultés occupationnelles qu'il rencontre ?

Mr. A : Comment on pallie ?

N : Oui

Mr. A : Et bien c'est compliqué, d'abord il faut le rencontrer ce patient, parce que ce n'est pas toujours spontanément qu'il vient en psychiatrie, soit c'est un ultimatum des proches parce que ça reste encore un peu, comment dire, mal vue, puisque ce n'est pas une blessure apparente comme ils disent donc c'est compliqué. Ensuite il y a ... il n'y a pas une méthode. Le problème c'est que chaque patient va réagir différemment à ce qu'on lui propose, il y en a pour qui l'hospitalisation va être nécessaire pour réfléchir à des choses, y en a pour qui ça va se passer en ambulatoire. Ça dépend du temps de latence entre la crise et la prise en charge, ça dépend aussi de l'environnement du patient. Nous ce qu'on propose c'est des psychiatres, des psychothérapies avec les psychologues du service. Il y a l'intervention des psychomotriciennes aussi, des ergothérapeutes, il y a l'hôpital de jour, il y a donc tout ce qui va être hospitalisation séquentielle, c'est-à-dire qu'on programme une hospitalisation d'une semaine tous les mois, tous les deux mois voilà. Et puis après il y a un travail avec l'apaisement des symptômes déjà puis voir comment ça se passe à l'extérieur mais il n'y a pas une méthode si vous voulez.

N : D'accord

Mr. A : Il y en a qui vont réagir à l'EMDR, d'autres qui ne vont pas réagir à l'EMDR, voilà, il y en a qui vont avoir besoin de parler, d'autres qui ne vont pas y arriver. Voilà chacun est différent, c'est compliqué, il faut proposer des choses.

N : Ok et qu'est-ce que vous proposez, vous en ergothérapie ?

Mr. A : Moi je travail en groupe, on va dire, en individuel en groupe, c'est-à-dire que les patients viennent, ils sont les uns avec les autres mais chacun fait son activité au niveau de la salle. Souvent je les rencontre au moment de l'hospitalisation. Le suivi le plus important se fait au niveau de l'hôpital de jour un fois que le patient a repris un peu des activités. Le premier travail c'est déjà d'avoir un lien avec le patient parce que le patient militaire, les activités en ergothérapie au départ ce n'est pas forcément ce qu'il préfère parce qu'ils sont plus sport et activité physique en générale. Donc nous on propose des activités, moi ce que j'ai remarqué qui fonctionne bien avec un patient qui présente un trauma c'est la gravure puisque en fait elle demande une concentration qui permet de sortir le patient de ses ruminations un petit peu, et de ses idées un peu d'angoisse et de son hypervigilance. En plus le résultat est assez rapide et ce n'est pas une activité complexe, d'abord le patient il accroche assez facilement et il se rend compte qu'il commence à prendre du, enfin ça prend du temps à prendre plaisir à faire l'activité mais au moins ça le libère un petit peu d'être présent. Après il y a d'autres activités mais la plupart font un peu de gravure, un peu de peinture. Pour quelques-uns qui ne sont pas du tout en activité manuelle, on va plutôt essayer de faire des jeux de société pour voir un petit peu pour réapprendre un peu à échanger et à parler d'autre choses et sortir le patient de son quotidien. Et donc ça se fait à travers l'hospitalisation et après l'hospitalisation de jour. En sachant que nous dans le service, avec les psychologues, on a mis en place un groupe de parole photo-langage pour justement les patients qui présentent un trauma psychique, qui a lieu une fois tous les quinze jours pour les patients, en semi ouvert.

N : Si vous deviez cibler 2 occupations particulièrement touchées chez cette population-là, lesquelles vous citeriez ?

Mr. A : Qu'est-ce que vous entendez par occupation ?

N : C'est un peu ce dont on a parlé tout à l'heure, la conduite, accompagner les enfants, je ne sais pas, ça peut être euh

Mr. A : Le problème c'est que l'hypervigilance c'est en permanence et ça leur prend toute leur énergie psychique donc peu importe l'activité, elle sera complexe. Nous déjà quand le patient il sort de chez lui pour venir en hôpital de jour, c'est déjà un bon point. Après ce n'est pas parce qu'il vient ici qu'il arrive à sortir avec sa famille. L'hôpital leur permet d'avoir un lieu où ils commencent à se sentir en sécurité et donc où ils peuvent être un peu plus disponible pour faire des choses. Après de là à sortir faire des choses ça reste toujours

très compliqué. A partir du moment où ils quittent la maison qui est le lieu sûr ça reste complexe. Nous on le voit parce qu'une fois par mois on a l'infirmière de l'hôpital de jour qui organise une sortie avec les patients qui présentent un trauma psychique. Et on voit bien que prendre les transports en commun ce n'est pas simple même s'ils semblent aller mieux. La moindre contrariété peut venir piquer la sensibilité, la moindre personne qui est un peu trop proche ou pas adaptée bah voilà ça refait un, les patients prennent sur eux, ils font comme si de rien n'était.

N : D'accord

Mr. A : Donc je ne sais pas s'il y a une, enfin comment dire, le truc c'est que le sentiment d'insécurité et l'hypervigilance sont tellement présents que ça intervient sur toutes les activités dès qu'on sort du domicile

N : Est-ce qu'ils posent des objectifs au travers d'une MCRO ou une GAS par exemple ?

Mr. A : Bah eux ils aimeraient revivre parce que chez eux c'est compliqué. Les conjoints leur pointent ce qui ne va pas, les enfants... eux ils aimeraient recommencer et redevenir comme avant, même s'ils savent que ce n'est pas complètement possible, au moins refonctionner comme avant, c'est-à-dire, prendre du plaisir à un repas de famille, pas forcément être, comment dire, se sentir agressé en permanence parce que le problème c'est que beaucoup de choses viennent du côté indicible. Eux ont vécu des choses violentes et très complexes, enfin et très dures, et ne veulent pas en faire partager les autres, leur famille parce qu'ils veulent les protéger de tout ce qu'ils ont vu et vécu. Donc ils n'en parlent pas et comme les autres veulent comprendre aussi en face, ben ils posent des questions. Le problème c'est que, enfin la famille proche arrive à comprendre qu'il y a des détails à ne pas demander et des questions à ne pas poser, mais à chaque rencontre avec quelqu'un où à chaque fois on leur demande comment ça se passe, qu'est-ce que tu fais, et pourquoi, qu'est-ce que t'as, et tout ça remobilise toutes leurs angoisses, tout leur stress, ce qui fait que c'est fragile et que ça met du temps. Pour les patients qui sont plus en difficultés, après il y en a qui se restaurent beaucoup plus que d'autres mais voilà. Ça dépend aussi beaucoup du temps d'engagement, si vous voulez, du recul de la pers par rapport à sa carrière militaire quoi. Ce qu'on voit bien c'est que les patients qui ont moins d'engagement arrivent à se séparer plus facilement du monde militaire que ceux qui sont restés plus de dix ans dans l'armée ben ils ont un fonctionnement militaire, ils ont grandi dans l'armée, ils se sont construits dans l'armée donc faire autre chose c'est compliqué. Donc au départ les objectifs il n'y en a pas tant que ça

parce que les patients sont perdus, ils ne savent pas ce qu'ils veulent ou peuvent et ainsi de suite, eux ils veulent juste redevenir un peu eux

N : Est-ce que du coup, à partir du moment où vous les sentez mieux vous arrivez à poser des objectifs ou est-ce que vous n'en posez pas tout le long de l'accompagnement ?

Mr. A : Il y a des micro-objectifs comme arriver à sortir mais on ne fixe pas d'objectifs comme ça avec le patient parce que c'est le patient qui définit ses objectifs, il faut aller à sa vitesse et ne pas l'obliger à, le contraindre. Nous on propose des choses. Il y a des patients pour qui au départ ça ne sera que des activités manuelles et après de la parole. On va aussi proposer des sorties des choses comme ça mais tous ne s'en saisissent pas forcément. Après il va y avoir tout ce qui est insertion professionnelle, est-ce qu'il reprenne ou non au sein de l'armée, comment ça se passe. Donc les objectifs il y en a déjà beaucoup, il y a aussi le travail avec l'assistante sociale de l'hôpital, pour ces patients-là qui ont souvent oublié ce qui est démarches administratives, parce qu'il y en a plus qu'avant et donc c'est encore plus compliqué pour eux. Déjà arriver à ce qu'ils soient un peu moins éclatés, un peu plus rassemblés et qu'ils arrivent petit à petit à reprendre du plaisir au quotidien c'est déjà un bon objectif mais on ne peut pas le vérifier ou le quantifier.

N : D'accord, est-ce que au moment de la réinsertion professionnelle vous intervenez ?

Mr. A : Non, pas tant. On les accompagne sur les démarches parce qu'on travaille avec l'assistante sociale, on fait le lien, on regarde un peu mais théoriquement il y a des organismes qui ont été mis en place au niveau de l'armée. Il y a une cellule d'accompagnement des militaires dans l'armée de terre, il y en a une aussi dans l'armée de terre. Après on travaille beaucoup avec des anciens combattants. Ça va dépendre du projet de chacun et de la situation de chacun. Souvent le problème du patient militaire c'est que celui qui a juste été combattant il a du mal à transposer ses capacités sur un autre poste, il ne se rend pas forcément compte de ses qualités ou de ses compétences. Après ça c'est plus fait avec la reconversion mais ce n'est pas toujours simple. Voilà, nous on intervient beaucoup sur le quotidien, c'est-à-dire arriver à reprendre plaisir à se lever, à sortir éventuellement, à accompagner ses enfants à l'école. Voilà.

N : Est-ce que vous pensez que l'état de stress post-traumatique dans lequel se retrouvent ces militaires est responsable d'un déséquilibre occupationnel chez eux ?

Mr. A : Un déséquilibre occupationnel ? bah oui, oui, puisque le sentiment d'insécurité fait qu'il n'y a plus d'activités. Il n'y a plus d'activités c'est – à dire que pour les premiers patients il y a un repli à domicile car tout ce qui va être foule tout ce qui va être bruit va être, comment dire... le souci c'est que, on le constate dans les derniers conflits, le stress ne venait pas que de l'armée à terre seulement, il pouvait venir de partout puisque le terroriste n' a pas d'uniforme et comme en plus c'est aussi présent en France, il n'y a plus de sentiment de sécurité déjà et il est en plus exacerbé par les symptômes donc ça envahit tout le quotidien parce qu'il y a des gens qui étaient en permanence à l'extérieur qui n'arrivent plus à quitter leur domicile donc oui, il y a un déséquilibre occupationnel.

N : Et est-ce que eux en sont conscients de ce déséquilibre ?

Mr. A : Et bah oui ils le voient bien qu'ils ne sont plus capables de faire quoi que ce soit. Donc ils le disent bien que ne plus ce n'est pas des gens qui étaient habituer à faire des courses ou des choses comme ça puisqu'ils étaient en opérations, donc ils se retrouvent dans un autre versant. Quand ils revenaient c'était bien c'était le retour, c'était les retrouvailles, avec la famille ça allait. Les rôles étaient définis alors que là il y a une modification des rôles aussi au domicile.

N : Quels serait pour vous le lien entre équilibre et identité occupationnels ?

Mr. A : Alors il va falloir m'expliquer

N : Alors l'équilibre occupationnel c'est le fait d'être satisfait par le temps qu'on donne aux occupations qui sont importante pour nous ou qu'on doit faire et l'identité occupationnelle c'est le fait de se retrouver au travers de ces occupations, de se donner un rôle, par ex le fait d'avoir dans ces occupations ; accompagner ses enfants à l'école puis faire les courses ça va donner un rôle de parents ; c'est comment on se retrouve, on se perçoit soi-même dans ses activités

Mr. A : Oui, je suppose qu'il y a un lien parce que sinon on ne les ferait plus. Mais je n'ai jamais réfléchi à une chose comme ça donc je ne peux pas vous dire

N : Je vais peut-être reformuler alors

Mr. A : Oui je veux bien

N : Comment le fait de regagner un équilibre occupationnel chez ces pers la leur permettrait de retrouver une identité qui leur est propre ? ça va mieux comme ça ?

Mr. A : Oui mais si vous avez la réponse vous me l'a donné parce que le problème c'est que tout est bouleversé. Je ne sais pas si vous avez questionné des militaires sur leur quotidien mais.... Le militaire il est disponible 24h sur 24 pour le pays, donc il ne se préoccupe pas de tout ce qui est rôle au quotidien. Il part le matin et il rentre le soir et quand il rentre il ne sait pas vraiment à quelle h il rentre. Il doit être dispo pour partir en mission, il doit être dispo pour ... aujourd'hui ils sont tendus entre ceux qui partent en extérieur et ceux qui restent pour Vigipirate, il y a quand même beaucoup de démarches. Pour eux tout est organisé autour de ça et l'armée fait en sorte qu'ils soient disponibles pour ça, c'est-à-dire qu'elle va tout gérer. Eux ils ont un rôle pour lequel ils sont préparés. Et du coup quand ils se retrouvent en arrêt ils n'ont plus rien et ils se retrouvent dans une situation qu'ils ne connaissent pas donc si vous voulez, pour retrouver ce qu'ils ont connus c'est compliqué, c'est impossible, parce que souvent ils ont du mal à retourner dans les régiments surtout dans les premiers temps. Et être dans un rôle de, pour eux ils n'ont pas forcément tous expérimentés un rôle de parents classique parce que 3-4 mois par an ils ne sont pas là. Quand ils reviennent les enfants sont contents, ce sont les retrouvailles. Là les enfants ne comprennent pas pourquoi tout à coup papa ou maman reste à la maison toute la journée alors qu'avant ils n'étaient pas là. Faire la cuisine, le ménage, les activités du quotidien ce n'est pas quelque chose qui au départ les valorise. Certains s'en saisissent mais c'est compliqué parce que justement ils ont perdus toute leur identité. Ça reste une identité l'armée. C'est quand même quelque chose qui prend beaucoup de leur organisation. Certains arrivent à se remettre au sport, à aller dans une salle de sport et petit à petit reprendre un peu une activité mais au départ, tous n'ont pas forcément cette activité-là. Tant qu'il n'y a pas de perspective professionnelles soit dans l'armée soit à l'extérieur, ils n'arrivent pas à retrouver un rôle pour eux parce qu'ils se retrouvent de militaire à homme au foyer ce n'est pas toujours simple. Je ne sais pas si ça répond un peu à votre question

N : Je n'attendais pas de réponse, c'est aussi ça mon travail dans ce mémoire c'est que je n'attends pas de réponse, je regarde ce qui est dit ou redit, ce qui est fréquent ou non. Mais je ne vais pas poser de jugement

Mr. A : Ce qui est complexe si vous voulez c'est que chaque patient va réagir différemment, va avoir un contexte différent et des appuis et difficultés au quotidien. C'est ce qui est complexe dans ces accompagnements. Il suffit qu'une démarche ou un rendez-vous, familiale ou professionnel, se passe mal pour que ça reparte. C'est compliqué. Et puis voilà, il y a beaucoup de thérapie, beaucoup de gens qui se désignent comme thérapie qui fonctionne

alors que ça va dépendre de chacun et des rencontres. C'est difficile d'avoir une trame unique.

N : C'est la toute la difficulté de la santé mentale

Mr. A : C'est ça, en fonction du patient de son ancienneté dans l'armée de s'il est marié ou non, s'il a des enfants, ou est-ce qu'il habite, comment ça se passe... tout ça va faire qu'il y a de pec plus rapide que d'autres et puis de la reconnaissance du trauma

N : Ok et bien je vous remercie pour ces précieuses réponses qui vont beaucoup m'aider.

Mr. A : Si vous avez d'autres questions n'hésitez pas.

N : Je vous contacterais par mail si jamais et je vous ferais passer mon écrit.

Mr. A : Je veux bien. Bonne journée.

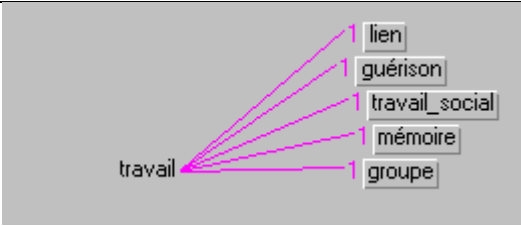
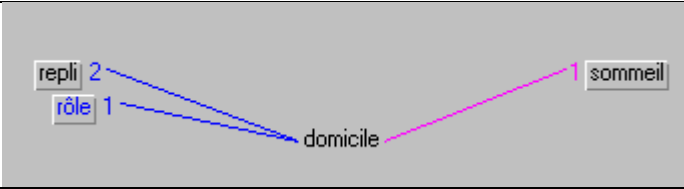
N : Merci à vous aussi.

Annexe 7 : Tableau des données de Tropes

Mots	Occurrence	Liens
Patient	32	concentration 1 jour 1 lieu 1 lien 1 sortie 1 propos 1 but 1 langage 1 travail 1 problème 1 centre_hospitalier 1 environnement 1 patient militaire 2 quotidien 1 armée 1 repli 1 centre_hosp 1 problème 1 ancienneté 1 activité 1
Activité	21	départ 1 énergie 1 patient 1 satisfaction 1 français 1 limite 1 insécurité 1 activité ergothérapie 1 quotidien 1 accompagnement 1 salle 1 monsieur 1 parole 1 militaire 1 départ 1
Militaire	20	patient 2 sspt 2 monde 1 post 1 accompagnement 1 travail 1 accord 1 vétérans 1 fonctionnement 1 activité 1 militaire français 2 armée_de_te 1 quotidien 1 instabilité 1 homme 1 nation 1
Chose	14	hospitalisation 1 agoraphobie 1 sortie 1 chose opération 1 côté 1 vétérans 1
Enfant	10	accompagnement 1 sortie 1 conduite 1 enfant école 2 parc 1 père 1

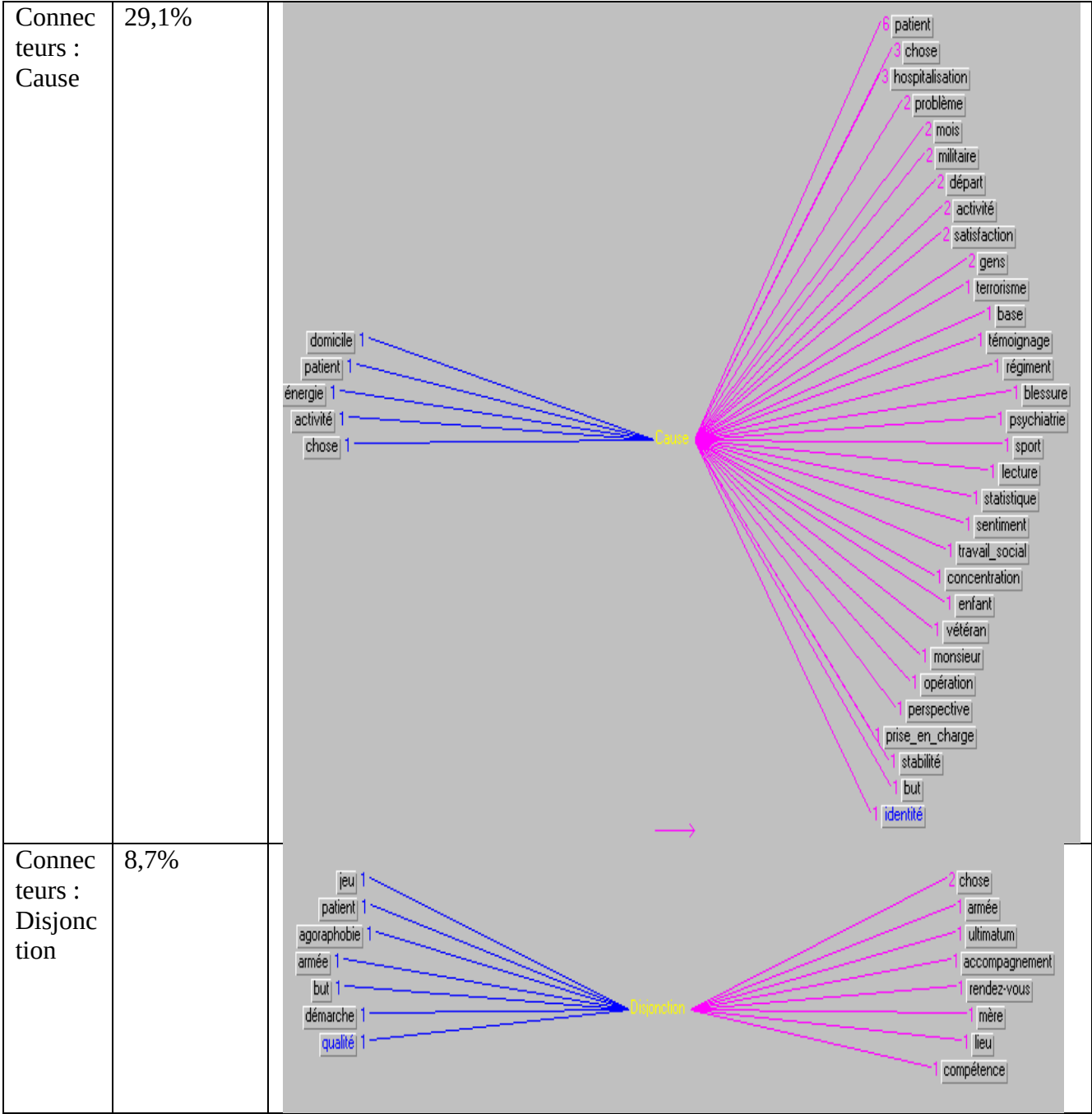
Vétérant	9	
Armée	9	
Rôle	9	
Objectif	8	
Accord	8	
Stress	7	
Problème	7	
Difficulté	7	
Question	6	Aucune relation trouvée

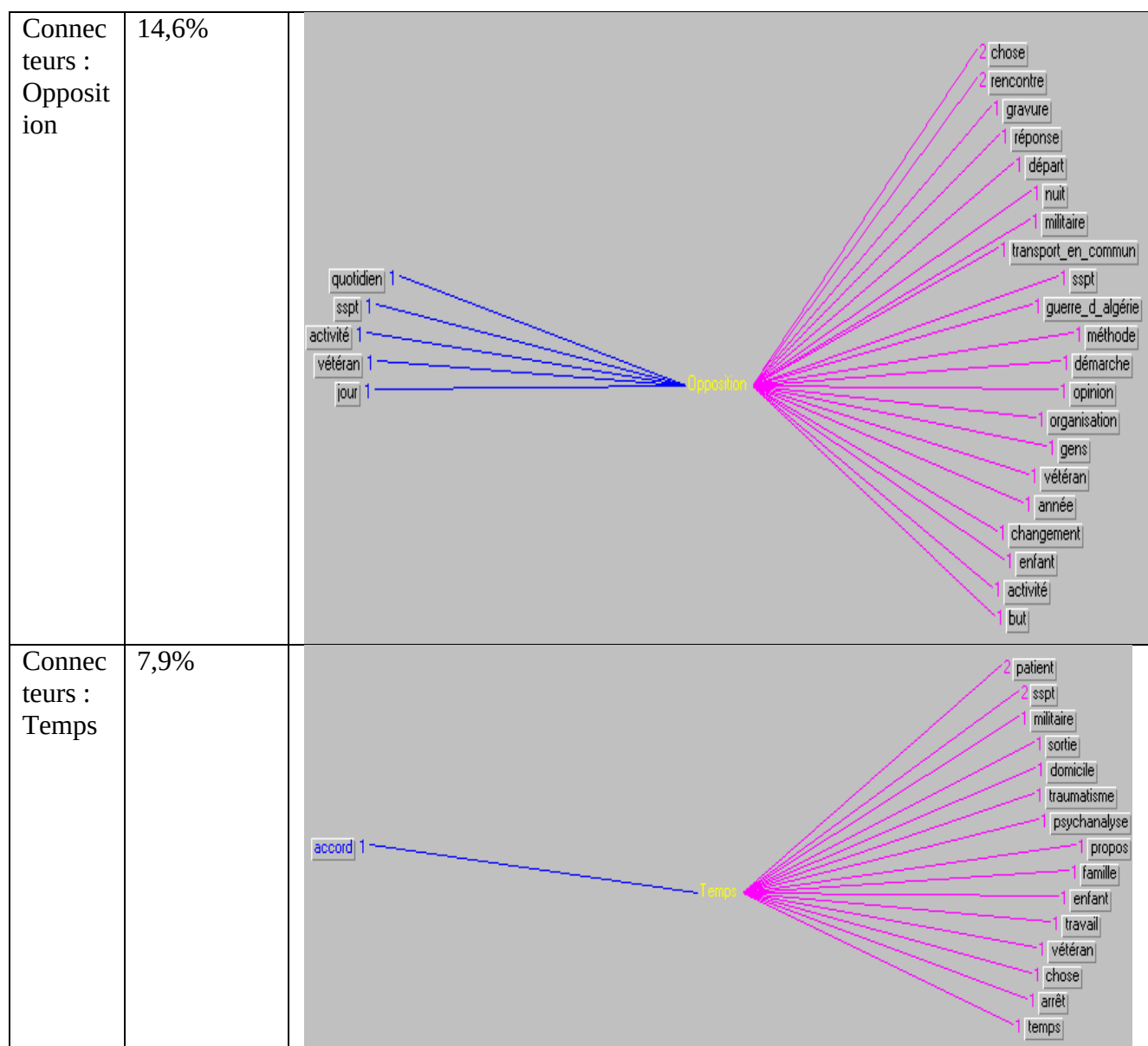
Jour	6	<pre> graph LR jour((jour)) --- 4 centre_hospitalier[centre_hospitalier] jour --- 1 hospitalisation[hospitalisation] jour --- 1 lieu[lieu] jour --- 1 patient[patient] </pre>
Temps	6	<pre> graph LR temps((temps)) --- 2 ca[ca] temps --- 1 fait[fait] temps --- 1 probleme[problème] temps --- 1 engagement[engagement] temps --- 1 latence[latence] temps --- 1 satisfaction[satisfaction] </pre>
Hôpital	6	<pre> graph LR hopital((hôpital)) --- 1 medecin[médecin] hopital --- 1 personnel_sante[personnel_de_santé] hopital --- 1 travail_social[travail_social] hopital --- 1 patient1[patient] hopital --- 4 jour1[jour] hopital --- 1 patient2[patient] hopital --- 1 lieu[lieu] </pre>
Lieu	6	<pre> graph LR lieu((lieu)) --- 1 centre_hospitalier[centre_hospitalier] lieu --- 1 jour[jour] lieu --- 1 securite[sécurité] </pre>
Hospitalisation	6	<pre> graph LR hospitalisation((hospitalisation)) --- 1 moment[moment] hospitalisation --- 1 chose[chose] hospitalisation --- 1 semaine[semaine] hospitalisation --- 1 jour[jour] </pre>
Accompagnement	5	<pre> graph LR accompagnement((accompagnement)) --- 1 cellule[cellule] accompagnement --- 1 activite[activité] accompagnement --- 1 place[place] accompagnement --- 1 militaire[militaire] accompagnement --- 1 enfant[enfant] </pre>
Occupation	5	<pre> graph LR occupation((occupation)) --- 2 fait[fait] occupation --- 1 population[population] </pre>
Famille	5	<pre> graph LR famille((famille)) --- 1 repas[repas] </pre>
Identité	5	<pre> graph LR identite((identité)) --- 2 stabilite[stabilité] identite --- 1 armee[armée] identite --- 1 fait[fait] </pre>

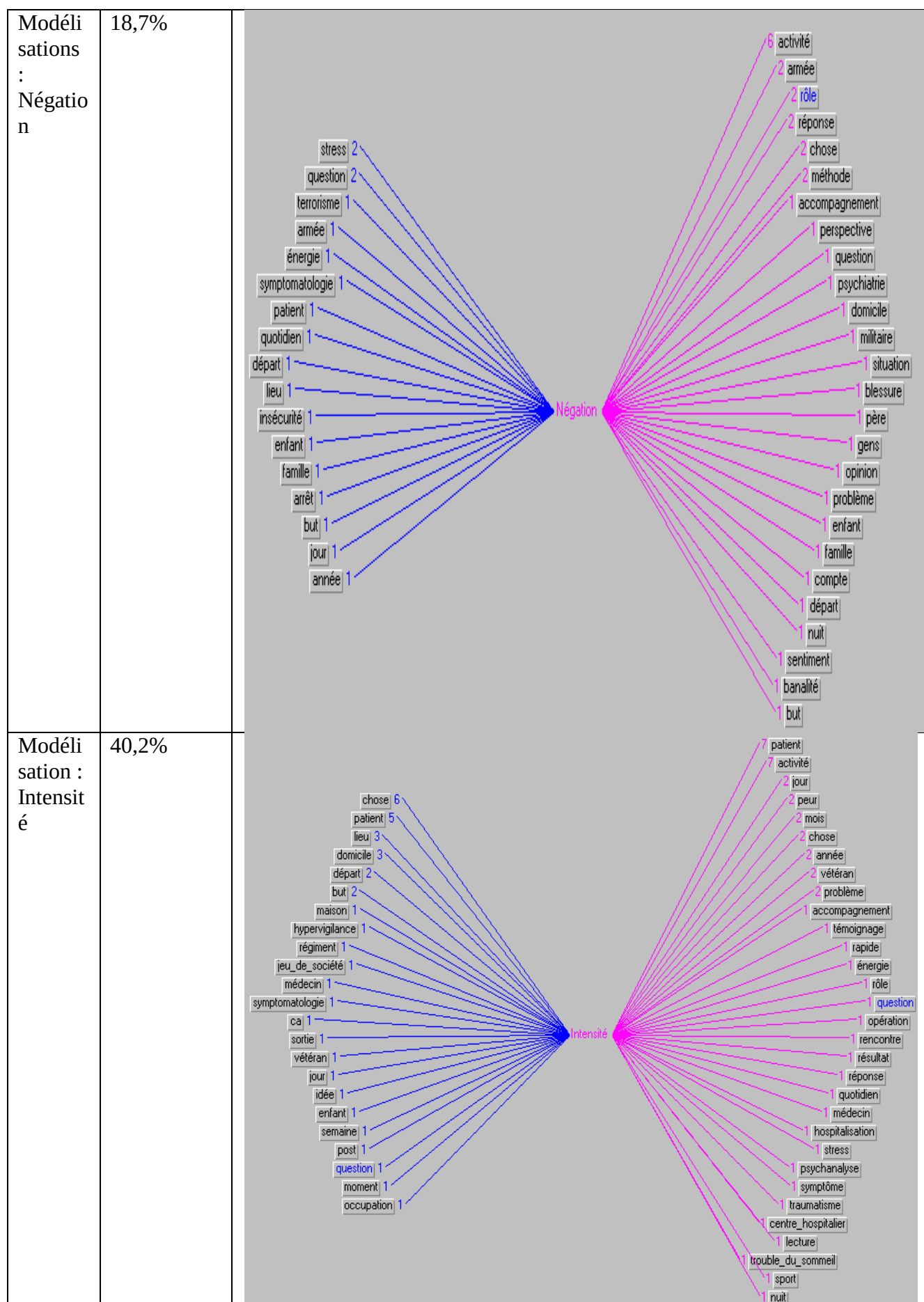
Travail	5	 <pre>graph LR; travail --- lien; travail --- guérison; travail --- travail_social; travail --- mémoire; travail --- groupe;</pre>	
Domicile	5	 <pre>graph LR; repli_2[repli 2] --- domicile; rôle_1[rôle 1] --- domicile; sommeil_1[sommeil 1] --- domicile; domicile --- unlabeled;</pre>	

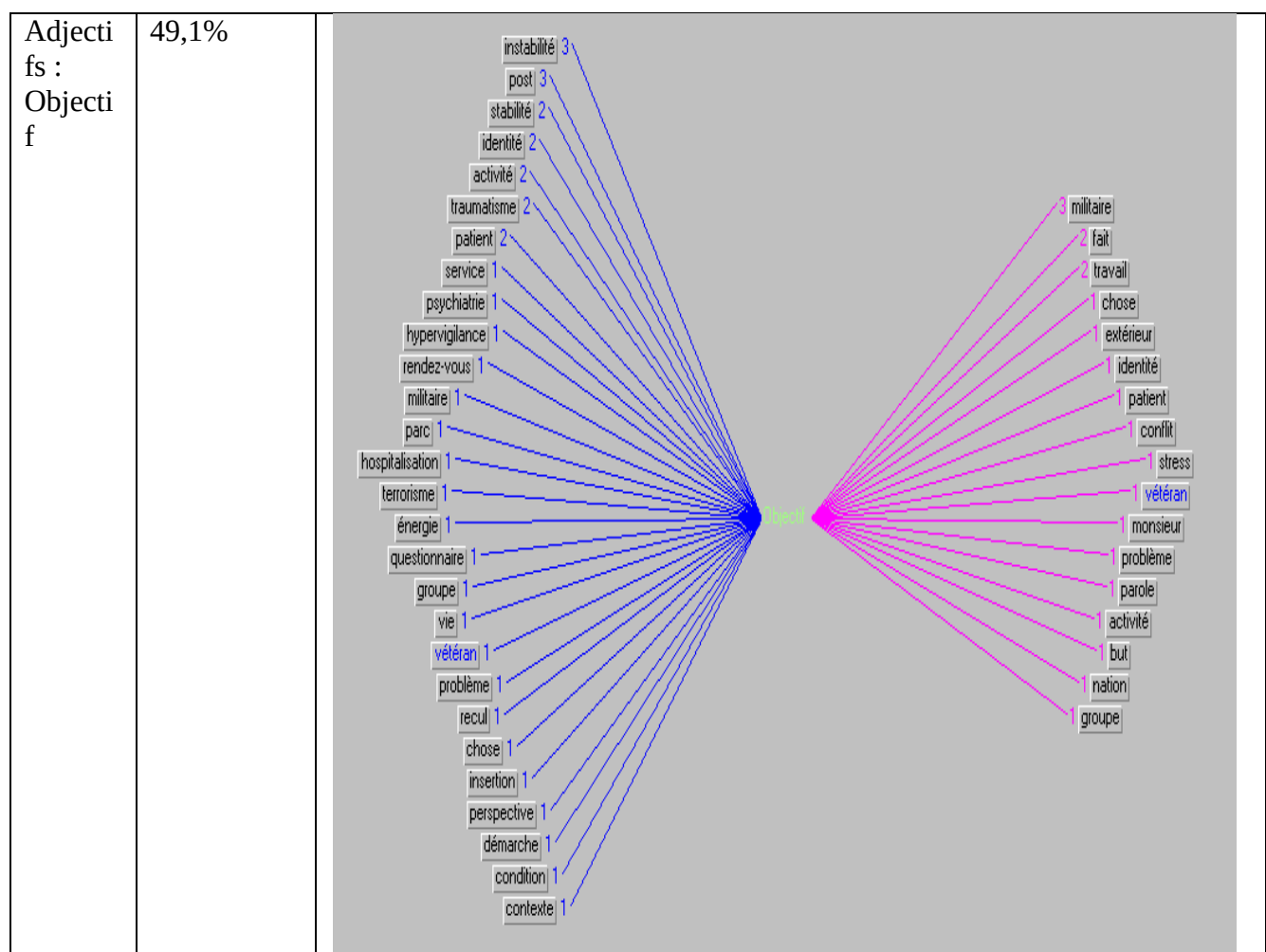
Annexe 8 : Tableau des catégories de mots fréquentes

Catégories	Occurrences	Liens
Verbes : Statif	46,6%	
Connecteurs : Condition	5,5%	









Résumé

La nature et le contexte des conflits armés actuels ont fait évoluer le risque de psycho-trauma chez les militaires. Au retour à la vie civile, le combattant atteint Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) soumis aux symptômes d'hypervigilance, d'évitement et d'intrusion, ne peut plus se réaliser dans ses activités et perd peu à peu ses rôles socioprofessionnels.

Ce travail de recherche a pour but d'identifier l'action des ergothérapeutes auprès de cette population cible. Les données scientifiques explorées ont permis de donner des pistes de réponse pour des actions menées dans les pays anglo-saxons. Pour avoir une idée du processus d'intervention des ergothérapeutes français, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de professionnels exerçant dans des centres de soins de l'armée française.

Une psychiatre et un ergothérapeute travaillant dans deux des huit hôpitaux d'instruction des armées ont participé à l'enquête. L'entretien avec la psychiatre permet de valider les lectures et de développer la symptomatologie. Celui avec l'ergothérapeute est le seul à avoir été analysé au travers du logiciel Tropes. Il en est ressorti que l'hypervigilance est le premier frein à l'occupation chez le militaire atteint de SSPT. Les premiers objectifs d'accompagnement est de rythmer le quotidien et de faire sortir la personne de son isolement. Ce renfermement sur soi serait vecteur d'un déséquilibre occupationnel et d'une perte d'identité. Pour répondre à ces difficultés, l'ergothérapeute intervient dans la phase d'hospitalisation au travers de médiations artistiques, comme, par exemple, la gravure.

Abstract

The nature and context of current armed conflicts increased the risk of psycho-trauma among the military. When they return to civilian life, the soldiers who suffered from Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and were subjected to symptoms of hypervigilance, avoidance and intrusion, can no longer carry out their activities and gradually lose their socio-professional roles.

The purpose of this research paper is to identify the action of occupational therapist with this population. The scientific data explored have made it possible to provide avenues of response for actions carried out in English-speaking countries. To get an idea of the intervention processes of the French occupational therapists, semi-directive interviews were conducted with professionals working in the French army's health centers.

A psychiatrist and an occupational therapist who work in two of the eight army training hospitals took part in the survey. The interview with the psychiatrist allows the readings to be validated and the symptomatology to be developed. The one with the occupational therapist is the only interview to have been analyzed through the Tropes software. It was found that hypervigilance is the first barrier to occupation for military with PTSD syndrome. The first objectives of support are to give a daily life rhythm and to help former soldiers to get out of their isolation. This withdrawal into oneself would be a vector of an occupational imbalanced and a loss of identity. To respond to these difficulties, the occupational therapist intervenes in the hospitalization phase through artistic mediation, such as engraving.