

L'activité significative
comme vecteur de changement
chez les victimes d'attentat
atteintes d'Etat de Stress
Post-Traumatique

Unité d'Intégration 6.5 - Semestre 6
Evaluation de la pratique professionnelle et recherche
Mémoire d'initiation à la recherche
Sous la direction de Madame Ariane BERTERAUT

Marine SOUCHAL

Promotion 2014-2017

N° Etudiant : ERGOP319

Mai 2017

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'article 9 de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapie précise que les critères de réalisation et de validation du mémoire d'initiation à la recherche, comme toutes évaluations des Unités d'Enseignements, sont définis par chaque institut de formation en ergothérapie.

L'étudiant s'engage à respecter les consignes telles qu'elles ont été définies et énoncées par l'institut de formation en ergothérapie de l'IRFSS – Centre Val de Loire. Ces consignes intègrent les règles de non plagiat, telles qu'elles sont définies par le code de la propriété intellectuelle.

Je soussignée, Marine SOUCHAL, étudiante en 3^{ème} année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'IRFSS – Centre Val de Loire, m'engage sur l'honneur à avoir mené ce travail dans les règles édictées.

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

A Tours, le 12/05/2017

Signature :



Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide tout au long de la construction de ce mémoire,

En commençant tout d'abord par remercier Madame Ariane BERTERAUT, ma directrice de mémoire, pour son aide précieuse et pour le temps qu'elle m'a consacré durant cette année.

Merci aux ergothérapeutes rencontrées lors de mon investigation qui ont accepté de répondre à mes questions et qui m'ont fait évoluer.

Merci aux formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Tours pour leur vision novatrice de l'ergothérapie et les valeurs humaines que j'ai profondément appréciées pendant ces trois années.

Merci à mes amis, notamment ceux de cette promotion 2014-2017 avec qui nous avons tant partagé, et bien sûr merci à mes parents pour leur soutien sans faille.

Enfin, merci à Christophe et Roxane pour tout ce qu'ils m'apportent chaque jour.

*Une personne qui ne s'est jamais trompée,
est une personne qui n'a jamais rien essayé de nouveau.*

Albert Einstein

Sommaire

| | |
|---|-------------|
| <i>Remerciements</i> | |
| <i>Sommaire</i> | |
| <i>Introduction</i> | 1 |
| <i>I- Phase exploratoire : construction de l'objet de recherche</i> | 3 |
| I-1- Etat des lieux de l'impact psychotraumatique d'un attentat : enjeu de santé publique | 3 |
| I-2- Syndrome ou état de stress post-traumatique (ESPT) | 4 |
| I-3- Statut de victime : impact sur la participation | 9 |
| I-4- Enjeu professionnel de l'ergothérapie dans la prise en soin de l'ESPT..... | 12 |
| I-5- Question de recherche | 15 |
| <i>II- Construction de l'objet de recherche</i> | 16 |
| II-1- Ancrage théorique..... | 16 |
| II-2- Problématique et modèle d'analyse..... | 26 |
| <i>III- Construction et exploitation de l'investigation</i> | 31 |
| III- 1- Type de matériaux recueillis | 31 |
| III- 2- Méthode d'investigation..... | 31 |
| III- 3- Dispositif d'investigation | 32 |
| III- 4- Conduite de l'investigation | 34 |
| <i>IV- Analyse des matériaux empiriques</i> | 39 |
| IV-1- Présentation des matériaux bruts | 39 |
| IV-2- Traitement des matériaux | 42 |
| IV-3- Mise en perspective par le modèle d'analyse | 48 |
| <i>Discussion</i> | 52 |
| <i>Conclusion</i> | 55 |
| <i>Bibliographie</i> | I |
| <i>Table des matières</i> | VI |
| <i>Liste des figures</i> | VIII |
| <i>Liste des tableaux</i> | IX |
| <i>Liste des acronymes</i> | X |
| <i>Annexes</i> | XI |

Introduction

Mon thème de mémoire de fin d'études découle d'un cheminement personnel relativement complexe, dont le champ d'intervention est la santé mentale. Après la vague d'attentats terroristes en France de 2015 et 2016 et la sidération générale qui a suivi, je me suis questionnée en tant que future ergothérapeute sur la façon dont les victimes pouvaient reprendre le cours de leur vie, retrouver un équilibre dans leurs activités quotidiennes et être réhabilitées dans leurs rôles sociaux. Même en l'absence de blessures physiques, les attentats entraînent des séquelles psychiques, de nature et de temporalité variées mais souvent très invalidantes. La majorité des personnes réussit à surmonter ce traumatisme mais certaines développent un état de stress post-traumatique (ESPT), entraînant des dysfonctionnements occupationnels qui envahissent leur quotidien.

Aujourd'hui la prise en soin des témoins ou victimes de terrorisme est un enjeu de santé publique et malheureusement, ces derniers mois ont démontré la nécessité d'anticiper les thérapies à proposer en cas de récurrence de tels événements. Dans l'urgence, c'est un soutien psychologique qui est proposé pour tenter de diminuer le taux de survenue d'un ESPT (*santepubliquefrance.fr*). Si ce trouble s'installe, il entraîne notamment un évitement des activités sources de stress qui, associé à des émotions négatives envahissantes, engendre un déséquilibre occupationnel, voire une perte occupationnelle. Dans une société où ces troubles sont pris en charge par une psychothérapie souvent associée à un traitement médicamenteux, la question de la légitimité de l'ergothérapie pourrait se poser. Mais ce n'est pas le cas dans d'autres cultures, telles qu'aux Etats-Unis où les vétérans souffrant d'ESPT sont suivis en ergothérapie. D'autre part, des études antérieures (centrées sur les attentats parisiens de 1985) ont montré que des séquelles occupationnelles demeuraient majeures même après une prise en soin psychologique et psychiatrique suivie.

L'ergothérapeute intervient chez ces personnes avec comme finalité de recouvrer leurs rôles sociaux entravés – le plus souvent familiaux ou professionnels. Initialement, je me suis interrogée sur le processus neurophysiologique du transfert des réapprentissages après la perte des automatismes sociaux due à l'ESPT. Je me suis questionnée sur les moyens utilisés par les ergothérapeutes pour combattre l'évitement d'activité, l'approche utilisée, les soutiens environnementaux facilitateurs et également sur la place que les ergothérapeutes accordaient à

l'émotion du patient dans le processus de sa prise en soin ergothérapique. La littérature française étant peu fournie à ce sujet, je me suis orientée vers les écrits anglo-saxons, notamment américains, pour affiner mes questionnements et surtout tenter d'y répondre.

Un tournant déterminant a été le visionnage du documentaire « Vous n'aurez pas ma haine » d'Antoine Leiris, qui a perdu sa compagne lors de l'attentat du Bataclan. A travers les témoignages de victimes présentes ce soir-là ou de proches endeuillés, la notion de « rôle de victime » m'est apparue clairement. Chacun s'appropriant ce « rôle » différemment, quasiment tous voulaient en sortir, pour retrouver un rôle perdu ou entravé, ou pour habiter un rôle nouveau et constructif. Ils souhaitaient ne plus être stigmatisés et réintégrer la société. Ce qui a abouti à la question suivante :

Comment l'activité peut-elle agir sur la stigmatisation des personnes atteintes d'état de stress post-traumatique suite à un attentat et ainsi rompre leur isolement social ?

Dans un premier temps, mon cheminement réflexif à travers une revue de littérature des notions citées ci-dessus permettra l'émergence d'une question de recherche. Une présentation théorique des différents concepts abordés sera ensuite proposée. Ils s'articuleront principalement autour de la transition entre l'environnement (principalement social) et l'être dans toutes ses dimensions. Ce développement de concepts aura pour but l'émergence d'une problématique et la proposition d'un modèle d'analyse. Dans un troisième temps, et afin de répondre à la problématique, des entretiens seront conduits puis analysés. Ils auront pour objectif de faire émerger les différentes formes de raisonnements cliniques et pédagogiques utilisés par les ergothérapeutes. Dans un dernier temps, une discussion autour de l'utilité des résultats obtenus permettra de dégager de nouvelles pistes de réflexion pour le développement du raisonnement clinique dans la pratique de l'ergothérapie.

I- Phase exploratoire : construction de l'objet de recherche

Chaque étudiant en ergothérapie sait dès son entrée en formation que la fin de ses études sera sanctionnée par l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute, qui repose en grande partie sur le mémoire de recherche. Très tôt, nous avons été incités à réfléchir à un thème de départ, facteur de nombreuses heures de travail et devant donc se révéler très motivant pour les apprentis chercheurs que nous sommes.

Personnellement, c'est en assistant au cours de psychiatrie à l'automne 2015 (en deuxième année) que j'ai découvert l'état de stress post-traumatique, appelé également névrose post-traumatique (plutôt dans le courant psychanalytique) ou syndrome psychotraumatique. Quelle que soit sa dénomination, le terme « traumatique » est présent et illustre parfaitement ce que patients et professionnels dénomment « fracture de vie ». Dès l'énoncé de la symptomatologie rencontrée dans les cas d'ESPT (développée dans le chapitre suivant) par le psychiatre nous dispensant le cours, je me suis questionnée sur le mécanisme physiopathologique et sur la récupération grâce à l'ergothérapie.

Ce sont les attentats parisiens de novembre 2015 qui ont tristement confirmé ma volonté d'en apprendre plus et de faire cheminer la pratique ergothérapique sur ce sujet aujourd'hui si peu traité (ceux de juillet 2016 ne feront que renforcer cette idée).

I-1- Etat des lieux de l'impact psychotraumatique d'un attentat : enjeu de santé publique

Le ministère de la santé –à travers Santé Publique France (santepubliquefrance.fr) qui regroupe aujourd'hui l'INVES, l'INPES et EPRUS¹- a lancé l'enquête IMPACTS² suite aux attentats de 2015 en Ile-de-France. L'objectif était de mesurer les conséquences des attentats sur la santé mentale des personnes touchées, ainsi que d'évaluer leur prise en charge et son efficacité. Six mois après les événements, 8% des civils présentaient toujours un ESPT et 6%

¹ INVES : Institut de Veille Sanitaire ; INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la santé ; EPRUS : Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires.

² IMPACTS : Investigation des Manifestations Traumatiques Post Attentats et de la prise en charge Thérapeutique et de Soutien)

des civils n'avaient pas repris leur travail. Les personnes les plus exposées (victimes ou directement en contact avec les terroristes) gardent les conséquences psychotraumatiques les plus importantes. Des bouleversements dans la famille et dans le travail sont les conséquences les plus fréquentes. L'étude précise également qu'une prise en charge précoce permet de diviser de moitié l'apparition des troubles psychiatriques, telles que les dépressions, phobies et ESPT.

Véritable enjeu de santé publique en France, le même organisme a lancé une nouvelle étude nationale de juillet à octobre 2016, portant sur l'impact psychotraumatique des attentats du 13 novembre 2015 et des dispositifs de soin proposés.

I-2- Syndrome ou état de stress post-traumatique (ESPT)

I-2-1. Sémiologie

Associée depuis la Première Guerre Mondiale aux victimes de guerre, la description de l'ESPT conduit progressivement à considérer les personnes porteuses de troubles comme des malades et non plus des simulateurs tels qu'auparavant. Le syndrome de stress post-traumatique est une souffrance psychique durable, réactionnelle à un événement traumatique sévère. Pour que l'évènement soit engrammé comme traumatisme, il faut que :

- La personne se soit sentie en danger de mort, qu'il y ait eu un véritable risque pour son intégrité personnelle ou pour une personne proche ;
- L'évènement ait déclenché chez la personne des sentiments d'effroi et d'impuissance au moment où il se produisait.

Les traumatismes peuvent être aigus (accident, catastrophe naturelle, terrorisme) ou chroniques (liés souvent à une menace humaine). Face à ces événements difficiles, une minorité des sujets développera une réaction de syndrome post-traumatique : de 10 à 40% (Hanus et al., 2015).

Une triade sémiologique permet de poser le diagnostic d'ESPT (selon le DSM V) lorsque les symptômes persistent pendant plus d'un mois :

- La **répétition** de l'évènement traumatisant, sous forme de flashbacks, reviviscences, rappels traumatiques, angoisse, cauchemars.

- L'altération négative des cognitions (concentration) et de l'humeur (irritabilité, sursauts, dépression), avec une **diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives et un sentiment de détachement et d'éloignement des autres** ; la présence de signes d'état d'alerte permanent (non spécifiques) : troubles anxieux, phobies.
- L'**évitement** persistant des stimuli associés à l'évènement : la personne est incapable de supporter tout ce qui s'y rapporte de près ou de loin. Elle présente des signes de repli, d'amnésie, de restriction des affects voire de dissociation. Au maximum l'évitement devient une façon d'être, le sujet se renferme dans un lieu connu, comme son domicile et n'en sort plus. Elle s'isole pour éviter les rappels externes tels que les personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations.

Les conséquences sont majeures pour le sujet et son entourage en termes de souffrance, d'abolition de ses capacités intellectuelles, de son manque de disponibilité pour ses proches. Il y a donc souvent des conséquences dommageables pour la santé, l'équilibre familial, professionnel ou scolaire, les relations sociales etc. Un traumatisme intentionnel (perpétré délibérément) - tel qu'un attentat, majore encore ces bouleversements.

Mes recherches m'ont permis la lecture de plusieurs témoignages de victimes d'attentats plus anciens, tels que ceux, ci-après, des deux personnes qui racontent leurs émotions quotidiennes et posent des mots sur l'attentat : cet évènement soudain qui a fait basculer leur vie et qui a engendré une douloureuse blessure psychique, dont l'intensité reste toujours aussi importante des années après.

« En cette belle journée, je me suis trouvée au mauvais endroit au mauvais moment. Je vais le payer très cher. Ma vie a basculé en un instant, trou noir, angoisse, envie de mourir, d'en finir avec cette horreur à jamais gravée en moi. Mais il faut survivre malgré l'indifférence des autres, les difficultés au travail, l'incompréhension de la famille. Sans parler de l'administration, je ne suis pas victime mais coupable : vous êtes vivante, de quoi vous plaignez-vous ! D'autres auraient bien aimé avoir votre chance ! S'ils savaient le calvaire que je traverse depuis ces longues années écoulées, depuis ce 25 juillet 1995. Non ils ne peuvent pas comprendre, ils ne l'ont pas vécu. Je ne suis que l'ombre de moi-même, je suis différente des autres mais personne ne peut le voir. Je ne vis pas, je respire et le temps passe. J'aurais préféré être morte plutôt que de survivre. Quoi dire de plus ? Que la vie pour moi aura toujours une image de sang, de blessés, de morts avec tous ce même regard d'incompréhension. Pourquoi, oui pourquoi ! »

Témoignage de Jacqueline Moreau daté du 5 septembre 2007, blessée dans l'attentat du RER Saint-Michel, le 25 juillet 1995 (source sos-attentat.fr)

« J'ai envie de vous dire que j'ai mal, très mal... et à cause de quoi ? D'un attentat à la bombe "mais qu'est-ce que cela veut dire un attentat"? Tout le monde ne cesse de réduire ma douleur à ce mot "Attentat," pourquoi ? [...]

Je ne me souviens de rien avant cette date précise, j'avais 6 ans et la mort devant moi. Je ne sais pas ce qui s'est passé, je ne comprends pas... et ça me ronge... il n'y a que du sang, de la douleur, des cris, de la peur mais tout ça ne m'explique pas pourquoi ? Pourquoi ?

J'ai l'impression de devenir fou, je ne sais pas qui je suis, pourquoi je suis ? Si seulement... [...]

Témoignage de David Gomes daté du 23 mars 2007, victime de l'attentat rue de Rennes le 17 septembre 1986 (source sos-attentat.fr)

L'ESPT est un sujet de santé publique, notamment avec les attentats sur le sol français. Mais l'ESPT touche aussi des personnes après un accident de la voie publique, des militaires en mission à l'étranger dans des pays en guerre, des personnes qui ont subi une agression, etc. Avec les symptômes de répétition de l'évènement, la diminution de l'intérêt aux autres ou aux activités jusqu'à leur évitement, un isolement social profond s'installe. Ce retrait social peut perdurer plusieurs années et avoir des conséquences majeures pour leurs sphères familiales, professionnelles, etc. En outre, le caractère invisible de cette pathologie la rend sournoise à comprendre, notamment pour l'entourage, mais également à traiter.

I-2-2. Prise en soin habituelle

L'aide professionnelle précoce est indispensable pour éviter la chronicisation d'ESPT installé. En France, un système de cellules d'urgence médicopsychologique (CUMP) a été créé en 1995 lors de la vague d'attentats. Depuis, les CUMP sont mises place lors de chaque catastrophe collective et font intervenir en urgence des psychiatres, psychologues et infirmiers.

La phase d'urgence alors passée, la psychothérapie reste le traitement de première intention (dans l'hexagone).

Différentes techniques existent et s'appliquent suivant les besoins de la personne : les thérapies psychodynamiques, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), la Mindfulness (ou Pleine conscience), l'hypnose médicale, la thérapie systémique ou familiale (liste non exhaustive).

Un traitement médicamenteux par des Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) peut être prescrit si les symptômes ne s'améliorent pas ou s'ils sont trop envahissants. Le Propanolol® est aujourd'hui proposé pour bloquer la reconsolidation mnésique.

Les traitements de l'ESPT en France, notamment la psychothérapie et l'allopathie, sont essentiellement centrés sur la personne. Pourtant les symptômes engendrent une restriction de participation sociale. Cet isolement progressif pourrait être un facteur de risque de chronicisation de l'ESPT, d'où la nécessité de s'intéresser aux aspects d'activité et de participation sociale.

I-2-3. Impact de l'ESPT sur la participation sociale

I-2-3.a. Activité et participation

Activités et occupations sont au cœur de notre quotidien et inhérentes à notre statut d'être humain.

Le groupe ENOTHE³ a défini l'occupation comme « *un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisirs* ». Selon Kielhofner, l'occupation est le (troisième) paradigme de l'ergothérapie.

Les occupations caractérisent l'être humain, on parle d'identité occupationnelle. A travers ses occupations, la personne développe des compétences et connaissances et interagit avec son environnement (Meyer, p53). Selon Wilcock (cité par Meyer), l'individu existe et se fabrique en permanence par le biais de ses occupations « *comme être-au-monde, avec des pensées, des ressentis, des engagements* ».

³ European Network of Occupational Therapy in Higher Education

Mais l'activité est toujours à envisager dans un contexte particulier, on ne peut la soustraire à son environnement sans en perdre le sens. Justement pour Meyer, le « *faire* » est sous-tendu par un contrat social : chaque individu entretient une relation particulière avec la société par l'intermédiaire de ses occupations. « *La participation sociale correspond à un engagement dans un groupe et contribue à augmenter les interactions dans celui-ci* » (Meyer, 2013, p163). L'engagement dans les situations de vie sociale, communautaire, familiale, professionnelle, de loisirs ou dans les soins personnels est devenu un concept central en ergothérapie car étant la finalité de l'intervention. La participation est « *elle-même sa raison d'être parce que la participation volontaire est un facteur important de bien-être* » (Law, 2002). Pour Kielhofer, le caractère volontaire de la participation dépasse la simple action « *de faire* » avec des tiers : le vécu d'une expérience personnelle et sociale est ainsi recherché.

I-2-3.b. Retentissement de l'ESPT sur la participation sociale

La blessure psychique (invisible de prime abord) du syndrome d'ESPT peut s'avérer plus importante et pernicieuse qu'une blessure physique et peut avoir (progressivement et insidieusement ou brutalement) une incidence sur le lien social (Georges, 2010). Le syndrome de stress post-traumatique engendre des perturbations comportementales et sociales qui touchent tous les champs d'activités (Radomski, 2014). D'abord liés à une situation particulière rappelant le traumatisme initial, les symptômes de l'ESPT affectent l'ensemble des sphères relationnelles, productives ou de loisirs avec des difficultés de socialisation, pour travailler et assumer ses responsabilités familiales ainsi que des atteintes dans les aptitudes à la vie quotidienne (Snedden, 2012).

Une étude (ECSAT⁴) a été menée suite aux attentats parisiens de 1985-1986, elle s'est terminée deux ans après les événements. Il a d'abord été constaté que l'association d'un autre trouble anxieux à l'état de stress post-traumatique favorise la chronicisation de ce dernier. Mais surtout, les personnes touchées présentent des limitations d'activité et de participation sociale persistantes dans le temps : un quart des victimes se dit gêné dans ses relations avec l'entourage du fait des séquelles physiques, une victime sur deux s'est séparé de son conjoint suite aux séquelles psychiques et une victime sur cinq n'a pu reprendre le métro. L'étude a aussi montré la possible survenue à distance de l'ESPT : 20% des sujets ont développé des

⁴ ECSAT : Etude épidémiologique sur les Conséquences Sanitaires des Attentats

symptômes d'ESPT dans ces deux années alors qu'ils n'en présentaient pas initialement (Lebigot, 2005, p92).

D'ailleurs dans la CIM-10, la perturbation de la vie sociale et/ou professionnelle est un critère d'inclusion du diagnostic d'ESPT (Lopez, 2006, p45). Les intrusions ou répétitions constituent des « *mini expositions* » naturelles qui devraient permettre une habitude progressive à l'horreur de la situation vécue, mais le syndrome d'évitement s'oppose à cette issue. Le syndrome d'évitement constitue une sorte de visionnage en accéléré des pensées, images, sensations et des situations rappelant ou symbolisant les circonstances du traumatisme initial. Parfois, le traumatisé lutte contre le sommeil pour éviter les cauchemars. En journée, la personne va éviter toutes les activités qui peuvent lui rappeler de près ou de loin l'évènement traumatisant (Lopez, 2006), allant jusqu'à se couper de toute personne en limitant ses activités source d'angoisse. Ce stade d'ESPT s'organise sur un mode chronique, réalisant une « névrose traumatique », terme retenu dans la CIM-10, laquelle se pérennise et perturbe gravement le système défensif antérieur de la victime : on pourrait dire, de façon métaphorique, que la blessure s'est compliquée.

Les personnes « victimes » d'attentat atteintes d'ESPT voient donc leur participation sociale restreinte, en raison d'une part de leur condition de santé, la symptomatologie de l'ESPT les entravant directement.

I-3- Statut de victime : impact sur la participation

I-3-1. Etre victime

C'est en visionnant le documentaire d'Antoine Leiris puis en lisant son livre « *Vous n'aurez pas ma haine* » que ma compréhension de la notion de victime a évolué. Moi-même au départ, j'employais le terme « victime d'attentat ». Terme assez réducteur, mais qui pour moi traduisait simplement que les personnes avaient subi un attentat. Progressivement, ce terme m'a posé question, jusqu'au témoignage d'Antoine Leiris qui caractérise ce terme comme stigmatisant.

La victime est une construction sociale du XIX^{ème} siècle autour de « *l'invention de l'accident comme injustice et non plus comme aléa et du risque qui en est le corollaire*» (Pignol, 2009, p12).

Même si le concept s'associe progressivement aux traumatismes psychiques dans les années 1950, c'est seulement après 1980 que le DSM III de l'association américaine des psychiatres introduit la notion de stress post-traumatique. Tout évènement traumatique peut engendrer un trouble psychologique : le névrosé devient une victime. C'est la naissance de la « victimologie » en psychiatrie ; parallèlement, le terme de victime fait son entrée dans le droit.

Le site internet du ministère de l'intérieur français (www.interieur.gouv.fr) en donne d'ailleurs la définition suivante :

« Une victime est une personne qui subit un préjudice provoqué par un fait quelconque. La victime peut être une personne physique ou une personne morale (société). Le préjudice peut être corporel (blessures, infirmité, etc.), matériel (dégradation, destruction, etc.), moral (atteinte à l'honneur, etc.) ou d'agrément (trouble de jouissance, etc.). Il doit être certain, il ne peut être indemnisé que si le préjudice s'est réalisé ou que si on est sûr qu'il le sera. Le fait générateur du préjudice peut résulter soit d'une activité humaine (catastrophe industrielle, infraction pénale, etc.), soit d'un événement naturel (inondation, incendie, tornade, etc.), soit d'un cas mixte (un événement naturel amplifié par l'action de l'homme). Pour faire reconnaître sa qualité de victime, il convient donc de prouver l'existence du préjudice subi. ».

I-3-2. Victimisation et rôle social

Pour les personnes qu'a interviewé Antoine Leiris, c'est le poids du regard des autres, induit par le concept de victime qui est le plus difficile à combattre.

En effet l'enjeu contemporain du traumatisme psychique a permis l'émergence d'une nouvelle subjectivité politique et sociale : celle de la victime. Le traumatisme psychique est ainsi devenu une ressource sociale ambiguë, qui permet de défendre des causes et de revendiquer des droits, mais conduit aussi à stigmatiser des groupes humains et occulter des inégalités médicales et sociales. Selon H. Romano, la réalité du traumatisme psychique importe peu. Le sujet est « *condamné à être victime pour que la cohérence collective puisse se dégager de ses insuffisances à penser la subjectivité* ». (Cyrulnik et al., p85). Pour D. Fassin et R. Rechtman, « *le traumatisme désigne aujourd'hui une réalité irrécusable qui, associée à un sentiment d'empathie a envahi l'espace moral des sociétés contemporaines* ». Les médias participent à

cette exposition de « victimes » : « *si avant, on était respecté parce qu'on taisait sa souffrance, aujourd'hui on est reconnu parce qu'on la dit* » (Meyran, 2007, p37).

Le sociologue G. Erner (cité par Meyran, 2007) pointe un nouvel ordre moral qui « *confère à la victime un statut sacré puisqu'elle serait une version laïcisée des martyrs et des saints* ». Cette image réductrice stigmatiserait finalement les victimes, faisant oublier à la société leur statut d'ayant-droits (Fassin, cité par Molénat, 2011, p27).

Ces représentations et définitions permettent d'associer le terme de victime à un véritable **rôle social**.

La participation sociale est permise par l'intermédiaire des rôles. Ce sont des normes et des attentes sociales et culturelles, portant sur la performance occupationnelle, qui sont associées à l'identité personnelle et sociale de l'individu (définition du groupe ENOTHE). Les rôles sont des constructions sociales qui forment pour chaque individu une configuration spécifique et confèrent une identité à la personne, « *identité reconnue ou connaissable par des tiers* » (Meyer, p164). L'identité sociale est « *associée à des fonctions reconnues dans la société* » mais existe aussi dans la perception qu'a l'individu de lui-même.

Dans le cas des patients atteints d'ESPT suite à un attentat, ils acquièrent un nouveau rôle : celui de victime. Mais comme tout rôle, il « *prescrit des comportements normatifs et des attentes* » de la société vis-à-vis de lui. Et dans cette situation, « victime » est un statut plus ou moins valorisé, en tous cas stigmatisant (aux dires des personnes elles-mêmes et des sociologues).

Le rôle de victime est un rôle duquel les personnes voudraient sortir. Il a tendance à envahir les autres rôles individuels. Son articulation est difficile avec les rôles des tiers, n'y répondant pas vraiment. Selon Pignol (2009, p13), la notion de psychotraumatisme véhicule une ambiguïté qui tend à « *aliéner (aux victimes) une position existentielle* ».

I-3-3. La victimisation favorise le désengagement occupationnel

La chronicisation des symptômes tend à ancrer les personnes dans le statut de victime. Cette victimisation devient un vrai problème de santé publique, impactant le cercle familial, sa propre santé, pouvant engendrer des difficultés économiques (lorsque la sphère de

productivité est touchée et qu'un retour au travail est compromis) et nécessitant une intervention thérapeutique au long cours.

Progressivement, les symptômes d'évitement peuvent contraindre la personne à se retrouver isolée de son environnement (Tovmassian, 2015, p29). Elle ne trouve pour seul refuge que l'isolement d'un environnement clos, coupé des autres. En s'isolant, la personne répond à un besoin de protection et sécurité, deuxième base de la pyramide de Maslow (Wilcock, 2006, p28), contre l'extérieur vécu comme agresseur.

Cette désocialisation s'accompagne d'un manque de reconnaissance par l'autre du traumatisme du sujet, déni qui majore encore la souffrance traumatique du sujet (Ferenczi cité par Tovmassian), que Barrois a appelé traumatisme second (cité par Chahraoui, p6) : les personnes qui ne se sentent pas entendues ni reconnues par les instances (médicales, sociales, judiciaires), considèrent ce silence comme un rejet de la société qui a pour conséquence de « *réactiver le traumatisme initial, les symptômes de reviviscence et la chronicisation de la psychopathologie* ».

Le processus de victimisation favoriserait donc la chronicisation et par conséquent la limitation d'activités, frein de la participation sociale. L'environnement social aurait un rôle limitant dans la participation.

I-4- Enjeu professionnel de l'ergothérapie dans la prise en soin de l'ESPT

I-4-1. Etat des lieux en Amérique du Nord

Outre-Atlantique, les ergothérapeutes interviennent auprès des personnes souffrant de psychotraumatismes dans le but de favoriser leur réinsertion et leur réhabilitation psychosociale.

En effet, aux Etats-Unis, l'ESPT est associé aux vétérans de guerre. La culture patriote de la société américaine accorde une grande importance à ses soldats. L'ESPT est une pathologie récurrente à laquelle doit faire face le système de santé américain, dont les ergothérapeutes. Les interventions ergothérapeutiques (plutôt dans le courant behavioriste) comprennent les exercices de socialisation, la modulation sensorielle, les activités simulées, la thérapie par exposition, l'écriture et la musique, l'exercice physique (léger jusqu'à intensif) et la gestion du

stress (Mc Arthur, 2013 ; Radomski, 2014) avec pour objectif un retour en milieu professionnel.

Au Canada comme aux USA, les activités d'exposition simulées sont fréquemment utilisées dans le cadre de la thérapie afin de modifier le comportement (donc la manière de faire, la capacité de performance) par l'entraînement et l'apprentissage. Un exemple récurrent d'activité simulée est le simulateur de conduite pour les personnes qui souffrent d'un ESPT et qui sont dans l'incapacité de reconduire (étude de Classen qui compare la manière de conduire avant et après l'intervention ergothérapique, 2014). Il existe de nombreux articles traitant de la pratique dans ce domaine et des bienfaits observés mais Radomski déplore le manque d'études scientifiques prouvant l'impact de l'ergothérapie sur la récupération, la résilience, la réinsertion et la réhabilitation sociale.

I-4-2. En France

Aujourd'hui, aucun document officiel français ne présente l'ergothérapie comme une alternative thérapeutique possible, alors que la restriction d'activité et la perte des rôles sociaux est la nature-même des symptômes de l'ESPT.

En France, il existe deux courants principaux en ergothérapie en santé mentale :

- Courant psychanalytique (psychodynamique) : le terrain ergothérapique français y est majoritairement tourné (culture française de la psychanalyse). C'est un courant patho-centré, qui cible la compréhension de soi et l'externalisation des émotions, basé également sur les notions de transfert et contre-transfert (Saint André, 2016).
- Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : Il y a très peu d'écrits francophones traitant du sujet de l'ESPT. En France, sur le terrain, l'ergothérapeute intervient en santé mentale pour d'autres pathologies qui engendrent un déséquilibre occupationnel (troubles dépressifs, addictologie, etc.) En TCC, l'ergothérapeute intervient par le biais de pratique d'activités qui ont du sens pour la personne. Les TCC regroupent à la fois la théorie comportementale et la théorie cognitiviste. La théorie comportementale (le behaviorisme) est issue du courant scientifique développé au début du XXe siècle, où l'apprentissage et le conditionnement sont une manière de réguler un comportement (Nollet et al., 2001, p199). Beck développa dans les années 1960 les thérapies cognitives, pour lui « *la façon*

dont les individus perçoivent une situation est plus étroitement liée à leur réaction que la situation elle-même ». La psychothérapie cognitive aide les clients à modifier leurs pensées et leur comportement pour améliorer leur propre fonctionnement et la gestion de leurs émotions (Beck).

En effet, l'ESPT provoque des dysfonctionnements occupationnels. Pourtant, peu d'ergothérapeutes français travaillent dans le domaine des psychotraumatismes. Les ergothérapeutes confrontés aux victimes des derniers attentats ont été amenés à intervenir dans un cadre de rééducation physique (ou réadaptation). Ils n'étaient pas spécifiquement formés ni même sensibilisés à ce genre de pathologie, qui requiert une spécialité pour les psychologues ou psychiatres qui interviennent sur les CUMP.

Lors de cette phase exploratoire, j'ai été amené à conduire une **enquête de terrain** sous la forme d'un questionnaire (Annexe I) que j'ai diffusé sur les groupes de réseaux sociaux (Facebook) relatifs aux mémoires en ergothérapie (l'envoi de mail aux structures hospitalières ayant pris en charge les victimes d'attentat de Paris et Nice étant resté sans réponse). Je n'ai reçu que 4 réponses à ce questionnaire, je ne peux en tirer aucune généralité, mais il m'a aiguillé dans mes recherches futures. Les ergothérapeutes qui ont répondu travaillent tous en centre de rééducation, la plupart sont intervenus dès l'entrée de la personne dans la structure. Ils ont été confrontés (3/4) à la présence ou à la survenue (à distance du traumatisme) d'un syndrome d'ESPT chez les patients. La sphère de productivité (définie par le MCRO comme le travail rémunéré ou non, et la gestion domestique) est la plus touchée (réponse unanime), avec les activités professionnelles ou scolaires en premier lieu. La notion de perte de rôle a été plus ou moins abordée selon les ergothérapeutes ; la perte du rôle familial serait la plus bouleversante. Les patients concernés souhaitent sortir de la stigmatisation de par leur rôle de victime, ils ont l'impression d'être vus comme diminués de la part de leur entourage (même familial), ce qui ne les aide pas. Les réponses aux questionnaires ont montré que les activités significatives étaient le plus abordées car souhaitées par les patients.

Dans la prise en soin des psychotraumatismes, l'ergothérapeute a une place à défendre et une spécificité à apporter en tant qu'expert de l'occupation. Selon Meyer (p53), par ses occupations un individu « *s'adapte à son environnement et peut le modifier, satisfait ses besoins, élargit ses intérêts, exprime ses valeurs* ». Les activités significatives – qui ont un

sens pour la société (Leontiev, cité par Morel, 2009, p69) - ne pourraient-elles donc être un levier dans la levée des symptômes d'ESPT ?

I-5- Question de recherche

La restriction de participation sociale étant la conséquence à la fois de la symptomatologie de l'ESPT et de l'exclusion sociale engendrée par le concept de « victime », le questionnement suivant a émergé :

Dans quelle mesure l'activité significative peut-elle favoriser la participation sociale et la sortie du rôle de victime des personnes atteintes de stress post-traumatique suite à un attentat ?

II- Construction de l'objet de recherche

II-1- Ancrage théorique

L'explication de la question de recherche et la formulation de la problématique vont permettre d'inscrire ce travail de recherche dans un courant épistémique et théorique. Pour ce faire, les concepts d'Etre et d'Environnement seront mobilisés afin d'aider à la compréhension des phénomènes du réel mis en jeu dans le processus de socialisation entre la personne et les éléments qui l'entourent.

II-1-1. L'environnement

II-1-1.a. Construction sociale du handicap

Les personnes qui présentent un stress post-traumatique se retrouvent en situation de handicap, par un double phénomène issu d'abord de leur symptomatologie, mais aussi par leur environnement qui exerce sur eux une pression qui peut s'avérer négative.

La construction du handicap est un phénomène multidimensionnel qui a émergé dans les années 1970, d'abord aux Etats-Unis. C'est le début des revendications des droits des personnes en situation de handicap qui se sentent exclues des sociétés modernes. Des centres ambulatoires de soutien sont alors créés et autogérés par des associations de personnes « handicapées ». Les bénéficiaires sont ainsi en mesure d'exprimer leurs besoins et leurs attentes et surtout de contrôler les prestations professionnelles dont ils sont la visée, en étant partie prenante de la construction des interventions thérapeutiques (Barral et al., 2016, p155). *« Cette évolution s'appuie sur les concepts d'empowerment, d'autodétermination, d'émancipation, de restauration de l'estime de soi, enrichi d'une prise de conscience de la capacité à réorienter sa propre destinée. Ce changement questionne le pouvoir de décision détenu traditionnellement, dans le contexte réadaptatif, par les professionnels sur la base du diagnostic médical et du traitement approprié ».*

En parallèle, le concept des « disability studies » se développe : l'émergence d'une nouvelle approche du handicap, *sur « des déterminants sociaux, culturels et politiques de l'exclusion, de la ségrégation et des discriminations que connaissent les personnes handicapées »* (Barral et al., 2016, p157). Deux modèles s'opposent : le modèle individuel et le modèle social.

Tab. I : Modèles du handicap (d'après Albrecht cité par Barral et Blaise, 2016)

| Modèle individuel | Modèle social |
|------------------------------------|---|
| Théorie de la tragédie personnelle | Théorie de l'oppression sociale |
| Problème personnel | Problème social |
| Traitement individuel | Action sociale |
| Médicalisation | Auto-assistance |
| Prédominance professionnelle | Responsabilité individuelle et collective |
| Expertise | Expérience |
| Adaptation | Affirmation |
| Identité individuelle | Identité collective |
| Préjudice | Discrimination |
| Attitudes | Comportement |
| Soins | Droits |
| Contrôle | Choix |
| Action | Politique |
| Adaptation individuelle | Changement social |

Le Processus de Production du Handicap (de Patrick Fougeyrollas) propose alors le fusionnement de ces deux modèles, la Classification internationale du Handicap puis la Classification Internationale du Fonctionnement garderont l'influence de l'environnement dans leurs modélisations respectives.

Selon cette double construction du handicap et notamment le paradigme du modèle social, une situation de handicap peut être le fruit d'une discrimination, d'une stigmatisation effectuée par un groupe sur une personne et ne plus s'expliquer seulement par les déficiences propres à la personne. D'après ces nouveaux modèles, le statut de victime peut se concevoir comme une construction sociétale indépendante de l'individu concerné.

II-1-1.b. L'environnement : obstacle ou facilitateur

Les symptômes de l'ESPT conduisent à un retrait social qui par définition isole la personne de son environnement, qui peut s'en trouver perturbé. Pour autant, l'environnement pourrait être un levier dans la sortie d'ESPT, d'où l'intérêt d'en saisir le sens.

L'environnement ne peut être dissocié des occupations. Ainsi, toute activité est contextualisée. L'environnement peut être défini comme les caractéristiques physiques,

sociales, économiques et politiques d'un contexte qui vont influencer la motivation, l'organisation et la participation dans l'occupation (Kielhofner, 2008, p86). L'environnement englobe donc les objets et espaces, les groupes sociaux, la culture et le contexte économique et politique.

L'environnement assure des ressources pour la performance, il influence ce que fait un individu mais aussi la manière dont il le fait. L'environnement peut être choisi par une personne, pour l'impact qu'il a sur l'activité, comme étant plutôt confortable (aidant, de soutien) ou autre contraire stimulant (avec une notion de challenge par exemple).

Les contraintes de l'environnement influencent le développement des rôles et habitudes, positivement ou négativement. C'est ce qui est observé dans le « rôle de victime » des personnes qui ont subi un attentat.

Mais l'impact de l'environnement va être différent selon chaque personne, en fonction de ses propres capacités cognitives et physique ainsi que de ses attentes et interactions avec son environnement. Un « même » environnement peut être étayant pour une personne mais se révéler un obstacle pour une autre (Kielhofner, 2008, p92).

L'environnement physique est l'exemple le plus simple à donner lorsqu'on cherche à expliciter la notion de frein à la participation pour une personne présentant des déficiences (physiques ou cognitives). Mais les environnements sociaux et culturels sont d'une importance au moins aussi grande que l'environnement physique, s'avérant facilitateurs ou obstacles selon la personne.

II-1-1.c. Impacts de la culture

La culture est une part majeure de l'environnement. Une partie de ce qui va être signifiant pour une personne va être guidée par des normes ou des valeurs morales. La culture va avoir un effet individuel, mais aussi de masse. Par exemple, dans notre culture, la valeur du travail est primordiale. Notre société veut généralement qu'à l'âge adulte chacun travaille, preuve de responsabilité, d'indépendance, etc. La société exerce donc une pression individuelle par rapport au fait de travailler. Mais ces valeurs générales peuvent parfois être en contradiction avec nos propres valeurs, ou avec notre incapacité à les satisfaire. C'est le cas des patients atteints d'ESPT qui s'isolent peu à peu et ne peuvent répondre aux attentes culturelles de la société, telles qu'assumer leurs rôles de travailleurs et de parents par exemple.

La notion de culture est en elle-même contextuelle, d'abord d'un point de vue temporo-spatial. Pour reprendre le sujet de ce mémoire, il y a encore peu de temps la société n'accordait aucun crédit aux personnes atteintes d'ESPT qu'elle traitait de simulateurs. D'ailleurs il existe probablement des pays où cette méprise est encore d'usage.

La culture est internalisée : les comportements ou pensées n'en sont que le reflet. Pour Kielhofner (2008, p96), « *culture influences not only what is within the environment but also how a person is predisposed to interact with the environment* ».

Amartya Sen, Prix Nobel d'économie 1998, propose un nouveau modèle éthique basé sur la capacité (traduction de capability, contraction des mots capacité et possibilité). Pour Sen (2000) : « *la capacité est une conception de la liberté qui prend en compte ce que chacun est en mesure de pouvoir faire* », au sein d'un « *changement social particulier* ». D'après Nussbaum (cité par Barral et Blaise, 2016, p167), « *La tendance persistante de toutes les sociétés modernes est de dénier la compétence des gens porteurs de déficiences et leur contribution potentielle à la société* ».

II-1-1. d. Le rôle comme interface dans son environnement social

La plupart des êtres humains est engagée, impliquée dans des groupes sociaux. Les groupes sociaux sont des ensembles de personnes - tels que la famille, les amis, les collègues, les voisins etc., partageant des buts (formels ou informels) qui vont influencer ce que chaque membre du groupe fait, Chaque groupe porte des caractéristiques particulières en termes de valeurs, intérêts et activités. Ils constituent aussi un espace social où se mettent en place les rôles et habitudes (Kielhofner, 2008, p92).

Ces groupes sociaux peuvent présenter des ambivalences, ou s'avérer soutenant puis obstacles (ou inversement). Les lois françaises protègent au maximum les personnes de la discrimination ; la dernière grande loi pour l'inclusion des personnes en situation de handicap date de 2005 (loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées). Mais ces lois ne peuvent aller à l'encontre des réactions personnelles, allant parfois jusqu'à la discrimination et le rejet. Après une incapacité

acquise, un individu peut se retrouver en marge d'un groupe dont il faisait initialement partie. Dans une société où l'efficacité et la performance priment, quelqu'un qui ne remplit pas ces critères peut aisément s'en trouver exclu.

C'est la famille qui se situe en première ligne : à la fois affectée par un bouleversement et avec la plus grande influence sur un de ses membres. Selon Colombel, un événement traumatique n'est pas perçu comme « *un événement ponctuel. Il est une blessure à la fois spatiale et temporelle qui démembrer une structure et une dynamique* » (Colombel, 2009, p221). Un tel déséquilibre a des conséquences « *énormes [...] pour la vie conjugale et pour l'équilibre de la fratrie* » (Colombel, 2009, p226). Rôles, organisation au sein de la famille, responsabilités, tâches ménagères... l'équilibre physique et/ou émotionnel peut être bouleversé.

Avec la survenue d'une déficience telle que les symptômes de l'ESPT, la personne atteinte va avoir tendance à se couper de tous ses cercles sociaux. Ses perturbations comportementales vont constituer un facteur de stress et de fragilisation de son environnement social proche (Tisseron, 2007, p91). Le traumatisme va perturber l'équilibre familial mais la famille va pourtant rester la sphère sociale dont la personne est la plus proche. La famille a donc un rôle de soutien comme vecteur dans la récupération (« *recovery* » dans la littérature anglo-saxonne, sans véritable traduction française). Selon l'étude de Bogdan et Taylor (1989, p147), inclure son proche dans les routines majorerait son sentiment d'appartenance et l'occupation d'un rôle social particulier : « *The inclusion of a severely disabled person in a family's or primary group's routines and rituals, in its private times and public displays, acknowledges to the members that he or she is one of them. The person fills a particular social place* ».

Un rôle exige des conduites attendues. Les conduites sont un ensemble d'interactions que « *l'individu tisse avec son environnement matériel et social* ». Elian Djaoui précise: « *Ce sont les attitudes corporelles [...], le langage, les manières de s'habiller, les modes de pensée [...], expressions et gestion de l'affectivité et des émotions [...], activités liées à la gestion de la vie quotidienne, à des pratiques (professionnelles, sociales, etc.). Ces conduites ont été apprises à toutes les étapes de la vie de l'individu, c'est ce que les sociologues désignent sous le terme de socialisation ; [...] résultat d'une pression de l'environnement et d'une identification* ».

Donc ne pas assumer son rôle, c'est ne pas adopter les conduites attendues et prendre le risque de subir des réactions de la part de son entourage social (Djian, 2015, p210). Une part des

conduites attendues est portée par les compétences sociales, définies comme « *l'idée d'un équilibre dans le bilan des échanges sociaux d'une personne entre ses désirs, ses droits et les exigences du milieu* » (Lieberman, cité par Perrine, 2015, p 236). Elles permettent d'entrer en communication, la poursuivre et avoir des échanges appropriés avec autrui. Mais la vulnérabilité des habiletés sociales et la difficulté à exprimer ses émotions engendrent fréquemment un comportement inadéquat menant à un isolement.

Le rôle doit donc s'appréhender sous deux dimensions : psycho-affective et sociale. Ces deux types de rôles sont à mettre en corrélation avec les deux types d'activités développées par Leontiev (Morel, 2009, p69) : signifiante et significative. L'activité signifiante (dont le sens de l'activité est donnée par la personne) renvoie à la singularité de l'être, à sa dimension psycho-affective. Pour Djian, l'activité significative (dont le sens de l'activité est donné socialement par les autres) répond à des exigences imposées par la société et « *en particulier aux nécessités de l'action collective (vie familiale, vie professionnelle, vie associative, vie politique etc.)* » (2015, p212). Le rôle a donc pour fonction dans ce cadre-là de « pacifier » les rapports sociaux en rétablissant un ordre attendu, consensuel et uniformisé. Le rôle permet l'accès à la participation sociale et la construction de son identité propre.

Avec l'émergence du modèle social du handicap, une situation de handicap s'envisage comme multifactorielle et où l'environnement tient dorénavant une position majeure. La société, par son histoire, sa culture, ses individualités reporte des rôles sur chaque personne, dont les victimes d'attentats. Certaines se sentent stigmatisées, victimisées et ce processus entretient un isolement social. Pour les personnes souffrant d'ESPT, cette dépossession de participation sociale majore encore une limitation d'activités et un détachement aux autres, qui ne deviennent plus exclusivement les résultats d'une pathologie ou d'une perception individuelle. Ce que la personne renvoie à son environnement passe notamment par ses activités significatives, qui ont un sens aux yeux des autres, et auquel aucun individu ne peut se soustraire s'il vit en société.

II-1-2. L'être

II-1-2.a. L'humain : un être complexe

Tous les ergothérapeutes engagent une intervention psychosociale lorsqu'ils prennent en soin un patient, quel que soit le motif de la demande initiale. En se focalisant sur ce qui est

signifiant ou significatif pour la personne, en connaissant ses habitudes de vie, ils traitent forcément de l'aspect psychosocial (Finlay, 2004, p15). La dimension psychosociale est inhérente à l'occupation. Les activités renvoient à leurs acteurs des réponses émotionnelles et ce qui est important pour eux. Ces projections sont propres à chacun, mais elles sont influencées par leur rapport avec les autres, ces autres qui font partie de leur environnement (Finlay, 2004, p42). La qualité de performance d'une personne dans une tâche va donc être influencée par des interactions : la capacité de la personne à effectuer la tâche (capacité de performance), la complexité et les besoins requis par la tâche elle-même, la disposition de l'environnement à s'engager dans la tâche (Kielhofner, 2008, p27).

Mais l'être humain n'est pas une chose passive. Selon Francine Ferland, « *L'être humain est un être agissant ; agir sur son environnement fait partie de sa nature. Grâce à ses activités, il développe ses habiletés, intérêts et compétences ; il se fait confiance, se relie aux autres et peut atteindre ses idéaux* » (2015, p35). L'être est une dynamique en perpétuelle construction (et déconstruction), dont le message est porté par ses activités. Les activités prennent source dans la volition, l'habitation et la capacité de performance. L'habitation ne présentant pas un grand intérêt dans ce chapitre, le parti-pris est de ne pas développer ce concept.

II-1-2.b. La volition

Trois déterminants composent la volition : les valeurs (ce que la personne considère comme important), les intérêts (ce qui lui plait) et les causalités personnelles (ce qu'elle perçoit de ses capacités et de son efficacité).

- Causalités personnelles

En s'engageant dans une activité, l'humain découvre ce qu'il est capable de faire et la conséquence de ses actes sur son environnement. Avant cette phase d'expérimentation, la personne évalue ses propres capacités ; il développera ses causalités personnelles au fur et à mesure de son interaction avec son environnement. Les causalités personnelles sont le sentiment, la représentation de ses propres capacités et de son efficacité.

Selon Kielhofner, « *the sense of capacity is an active awareness of one's capabilities for carrying out the life one wants to live* » (2008, p37). Le sentiment de capacité se forme au fur et à mesure des expériences, des aléas de la vie, des acquisitions de compétences mais aussi

des survenues de déficiences. Ce sentiment est entravé lorsqu'une incapacité (propre à la personne) vient contrer un but que la personne s'était fixé. Kielhofner cite les travaux de Cromwell et Moss qui ont soulevé la douleur émotionnelle associée à ce sentiment d'impuissance, figeant les personnes concernées dans une situation de doute perpétuel. Elles limitent naturellement leur propension à prendre des risques, s'engager dans une activité étant considérée comme un risque. Un sentiment négatif de capacités personnelles peut s'avérer plus limitant que le facteur de difficulté sur lequel le sentiment est basé.

Le sentiment d'efficacité personnelle commence avec le self-control, la gestion de ses émotions. Mais il dépend aussi de ce que la personne pense devoir faire pour arriver à ses fins, pour atteindre son objectif. Mais ce sentiment d'efficacité est souvent altéré avec une maladie ou la survenue d'une déficience ; et il va encore majorer la limitation d'activités ou de participation sociale. C'est le cas des personnes atteintes d'ESPT qui ont le sentiment de ne plus être capables d'effectuer leurs tâches antérieures, n'évaluent plus leur efficacité comme performante. Ce processus est primordial dans la compréhension de leur incapacité à changer.

- Valeurs

Les valeurs sont l'association des convictions personnelles et du sens du devoir, guidée par une dynamique de construction personnelle et l'emprise de l'environnement social, sociétal et culturel sur l'individu (Kielhofner, 2008, p40-41).

- Intérêts

Les intérêts sont tout ce qui satisfait une personne, lui provoque de la joie et la fait s'engager avec plaisir dans ses habitudes. Les intérêts évoluent au fil de la vie, avec le développement de compétences ou la survenue de difficultés.

Ces trois éléments s'envisagent comme un tout : la volition. La volition est un processus dynamique qui implique « *a cycle of anticipation, making choices, experience while doing and subsequent evaluation or interpretation* » (Kielhofner, 2008, p46). Elle guide les activités et les choix occupationnels qui déterminent ce que font les individus.

II-1-2.c. La capacité de performance

La performance d'après des critères objectifs dépend des systèmes musculosquelettiques, neurologiques, cardiopulmonaires etc. (tous les systèmes du corps humain). Mais la capacité de performance présente également une dimension subjective des expériences.

Chacune de nos actions dépend de composantes physiques (motrices) ou cognitives qui s'intriquent avec nos expériences. Kielhofner (2008, p75) reprend le terme de « *lived body* », vécu du corps, comme perception physique de ce qui se met en marche lorsqu'on agit. L'expérience est à la fois l'application de stratégies mais sert aussi de prérequis à l'expérience suivante, se basant sur le passé pour mieux adapter les actions futures et ainsi transformer (souvent améliorer) les capacités.

II-1-3. Entre l'être et l'agir : s'engager dans le changement

L'occupation doit donc se penser en termes d'interaction complexe de différents facteurs : ce qu'aime la personne, où elle se sent utile et efficace, ses valeurs et ce qui est signifiant pour elle, la nature de l'environnement pour que l'activité aboutisse. Kielhofner parle de « *heterarchy* ».

Les valeurs, intérêts, causalités personnelles, rôles, habitudes, capacités de performance ainsi que l'environnement produisent une dynamique complexe dans laquelle chacun de ces facteurs engendre un comportement, une émotion et des pensées particulières. Une modification d'un seul de ces déterminants produira une dynamique toute autre et donc un résultat différent en termes de comportement ou d'émotions (Kielhofner, 2008, p26). Quelque chose de nouveau va émerger. Une altération des facteurs intrinsèques ou extrinsèques de la personne fera émerger un comportement ou une émotion nouvelle. Si ces nouvelles actions se répètent, elles vont engendrer de nouvelles habitudes.

Dans l'ESPT, l'évitement d'activité va altérer progressivement la participation sociale et créer de nouvelles habitudes. Pour rétablir un nouvel équilibre occupationnel, l'engagement dans une activité va être nécessaire. Mais cet engagement a aussi besoin d'un environnement soutenant (Kielhofner, 2008, p30).

La notion de challenge imposé par l'environnement à l'individu dans la réalisation de ses activités significatives doit permettre une optimisation de son engagement. En effet, sans défi, les personnes auraient tendance à s'accrocher à leurs zones de confort (Richardson, cité par

Martins, 2015, p145). C'est donc dans une activité adaptée à leurs compétences c'est-à-dire où la réussite va primer sans être trop facile pour elles. C'est à travers ce concept que « *le défi avec justesse* » est réfléchi en ergothérapie, où l'environnement favorise l'engagement occupationnel.

Pour offrir la possibilité de s'engager dans le changement, « *la construction de nouvelles significations par élaboration et apprentissage de nouvelles façons de faire (habitudes) est ainsi nécessaire* » (Offenstein, 2015, p110). Ainsi, guérir n'est pas un retour à un état antérieur mais un changement vers un nouvel état (Canguilhem, cité par Martins, 2012), comme semble se dérouler la récupération de rôles antérieurs chez les « victimes » d'attentats atteintes d'ESPT. Pour cela elles doivent acquérir de nouvelles manières d'agir, transformer leurs habitudes.

La motivation est à l'origine de l'engagement et composée de déterminants intrinsèques et extrinsèques. Selon Meyer (2013, p147), « *la motivation extrinsèque est une incitation externe à la personne qui la pousse à l'action* ». Elle cite Creek en précisant que « *la satisfaction de besoins sociaux tels que l'appartenance ou l'approbation, relèvent aussi de la motivation extrinsèque* ». A cela s'oppose la motivation intrinsèque qui correspond au plaisir éprouvé dans l'activité, plaisir qui soutient la performance (Ryan et Deci, cités Meyer, p148). Meyer rapporte les idées de Wu : « *l'autonomie, l'autodétermination, le sentiment de compétence sont les moteurs ainsi que les bénéfices de la motivation intrinsèque* ».

Dans le concept du changement, une dimension sociale émerge progressivement et vient faire échos aux interventions ergothérapeutiques. Pour changer, il faut que la personne ait la possibilité de s'engager dans de nouvelles habitudes et dans un espace nécessaire, pour de nouveau « *construire du sens* ». Offenstein précise que c'est en expérimentant et en se confrontant à des situations réelles et nouvelles que le changement peut aboutir, incitant à la fois la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque pour donner du sens à l'action : c'est l'expérience qui va provoquer peu à peu la modification des habitudes d'activité. Mais « *l'élaboration de l'expérience se fait donc à partir des interactions, ou « transitions » continues entre le sujet (dans toutes ses dimensions cognitives, conative, affective et corporelle) et son environnement* » (Dewey, cité par Offenstein). C'est donc l'engagement dans l'expérience qui constitue la première pierre de l'édifice du changement et de l'apprentissage de nouvelles habitudes d'activités.

II-2- Problématique et modèle d'analyse

Le modèle de l'occupation humaine (MOH ou MOHO dans sa version anglo-saxonne) est un modèle centré sur le client, fortement humaniste. Il a été développé par Gary Kielhofner dès les années 70. Cet éminent ergothérapeute a travaillé avec des équipes de nombreux pays (Europe, Asie, Amérique du Sud) afin de donner une dimension universelle à son modèle. C'est un modèle d'analyse et d'intervention, qui permet de « *structurer le recueil de données concernant la personne, comprendre ses forces et ses faiblesses concernant son engagement dans l'activité et de mettre en place un traitement ergothérapeutique* » (Morel, 2009, p69).

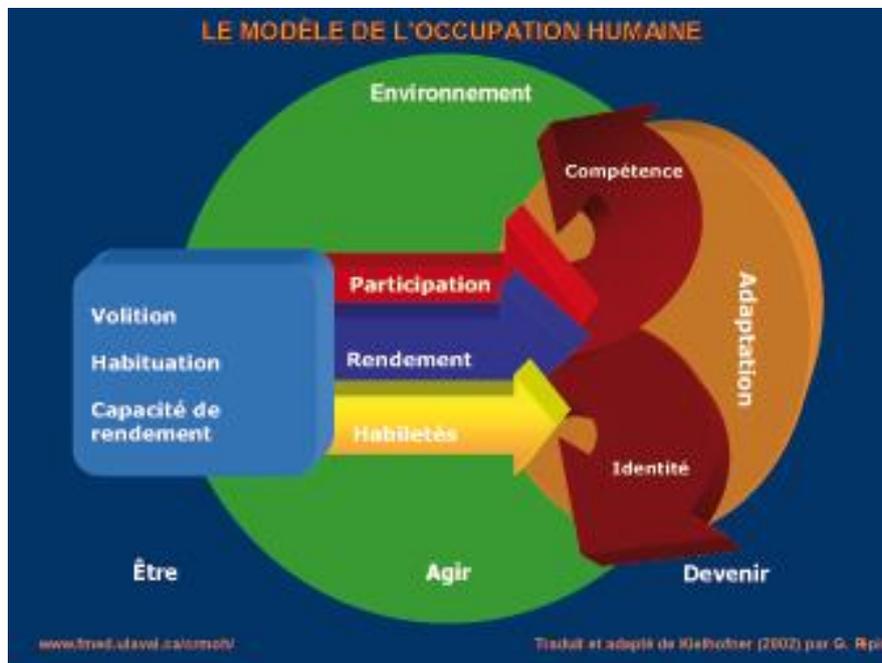


Fig. 1 : Le modèle de l'occupation humaine

L'être humain se comprend selon trois composantes : la volition, l'habitude et la capacité de performance (ou capacité de rendement) qui permettent de comprendre comment les activités sont choisies et réalisées.

Ces trois dimensions affectent simultanément les actions, pensées et émotions.

Elles sont interdépendantes et inséparables de l'environnement humain et matériel, qui apporte des opportunités, ressources, exigences et contraintes qui vont impacter la personne et ses activités.

La survenue d'une déficience peut bouleverser la volition, modifier les rôles et les habitudes, entraînant un problème identitaire.

L'agir permet de développer son identité et ses compétences en s'adaptant à son environnement. L'agir se décrit selon trois niveaux : la participation sociale (niveau le plus abouti), le rendement observable dans les activités et les habiletés.

L'objectif de ce modèle est d'élaborer une théorie pertinente pour les ergothérapeutes afin de mieux comprendre l'importance et le processus de l'engagement humain dans l'activité. La vraie dynamique de changement est ce que le client fait, pense, ressent, ce qui se traduit par un changement dans ses compétences et son sentiment d'identité.

Les personnes atteintes d'ESPT suite à un attentat sont exposées à deux phénomènes :

- Les symptômes de la maladie psychique (répétition de l'évènement, évitement de situations rappelant le traumatisme, sentiment de détachement des autres avec diminution d'activités en groupe) : les personnes sont moins engagées dans leurs activités, elles présentent un dysfonctionnement occupationnel. Restreignant leurs activités socialisantes, elles présentent également une **limitation de participation sociale**.
- Leur rôle de victime : il modifie leur rapport aux autres, l'environnement social est considéré comme un **frein à leur participation sociale**.

La personne se retrouve alors dans un cercle vicieux entre un environnement social obstacle qui majore son isolement (donc ses symptômes), et les symptômes eux-mêmes qui l'ancrent dans son rôle de « victime » aux yeux de son entourage. Comme l'affirme Kielhofner, la participation peut être initiée par l'acteur mais aussi par tout groupe ou organisation en lien avec lui. Mais pour participer, il faut nécessairement que les autres l'acceptent. Ainsi, participation et liens sociaux sont interdépendants.

Dans quelle mesure l'engagement dans des activités significatives peut modifier la transaction entre l'environnement social et les causalités personnelles chez les personnes atteintes de stress post-traumatique suite à un attentat ?

C'est en m'appuyant sur le MOH que j'ai pu réaliser en premier lieu la modélisation suivante de la situation problématique :

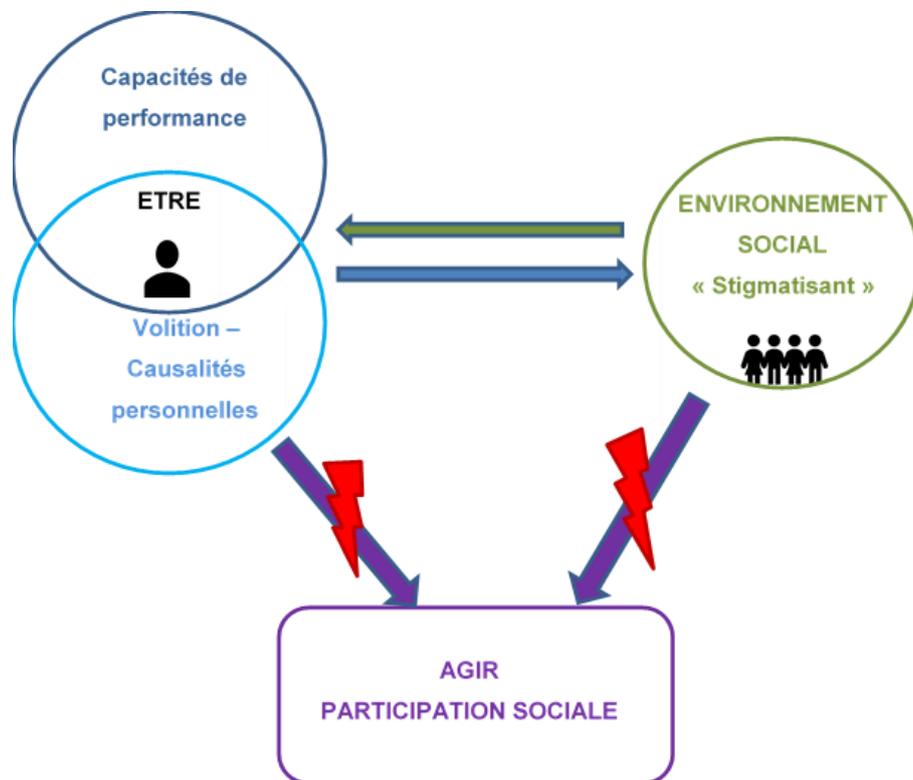
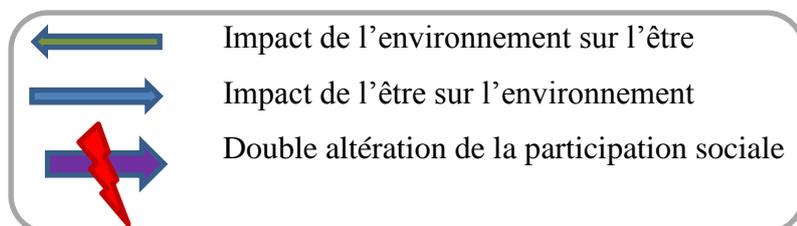


Fig. 2 : Modélisation de la situation problématique



La formulation des hypothèses constitue des propositions de réponse à la problématique. Relevant d'une démarche hypothético-déductive, la problématique m'a permis de poser l'hypothèse suivante :

Hypothèse de recherche = L'engagement dans des activités significatives modifie la transaction entre l'être et l'environnement social.

La véracité de cette hypothèse va être évaluée dans la suite de cette recherche. Des données qualitatives seront collectées sur le terrain grâce à un outil d'investigation adapté. Les choix

méthodologiques de l'investigation seront expliqués et argumentés. Enfin, les matériaux empiriques recueillis seront traités, analysés et permettront l'émergence de résultats. La validité des hypothèses pourra ensuite être discutée.

Cette modélisation schématise les interactions des concepts mobilisés dans la problématique :

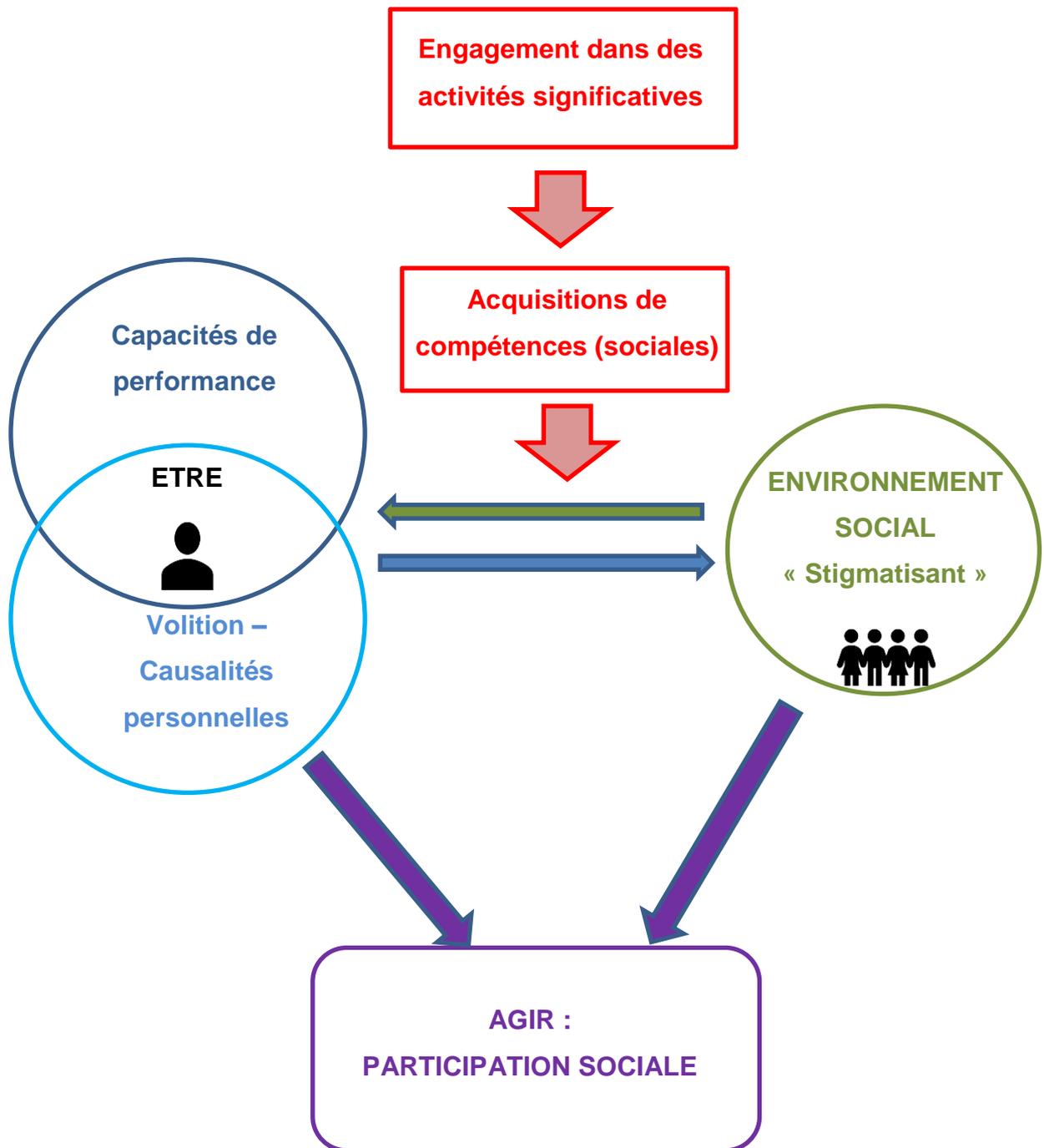


Fig. 3 : Modélisation des concepts d'analyse

Lors de l'analyse, cette modélisation conceptuelle servira d'outil pour donner du sens aux données recueillies suite à l'investigation.

III- Construction et exploitation de l'investigation

Pour rappel, ce travail cherche à comprendre comment l'activité significative permet de rompre un isolement social après un attentat ayant entraîné un ESPT. Dans une démarche d'intelligibilité, l'objectif de cette investigation est de rendre compte du réel. Il s'agit exactement de décrire, comprendre et expliquer les processus qui vont agir sur les transactions entre l'environnement et l'être. L'investigation permet de tester l'hypothèse suivante :

L'engagement dans des activités significatives modifie la transaction entre l'être et l'environnement social.

Un dispositif d'investigation a été construit afin de recueillir les données du terrain et ainsi permettre de confirmer ou non l'hypothèse. Sa construction émane du modèle d'analyse précédemment conçu.

III- 1- Type de matériaux recueillis

Dans cette **démarche d'intelligibilité** basée sur un **raisonnement hypothético-déductif**, l'observation est le prérequis à l'analyse du processus se met en œuvre. L'objectif de cette investigation sur le terrain est de montrer des critères objectifs mais surtout subjectifs qui permettront d'obtenir des renseignements plus significatifs, profonds. Le choix du type de matériaux à recueillir de l'existant résulte donc des hypothèses.

Dans l'objectif d'une analyse qualitative, le recueil de données empiriques permettra l'accès à plusieurs dimensions conceptuelles en mettant en corrélation les indicateurs et les thèmes abordés, tels que des critères de changement, d'actions de l'environnement et sur l'environnement, de développement d'un sentiment d'auto-efficacité, de développement des habiletés opératoires, d'interaction sociale ou de communication etc.

III- 2- Méthode d'investigation

La **méthode qualitative** a été choisie pour décrire ce processus. Elle permet à travers un vécu d'expérience, d'obtenir un déroulé d'explicitation du phénomène. Cette méthode permet l'obtention d'éléments empiriques allant au-delà d'une objectivité pouvant parfois se révéler trop superficielle.

L'entretien est l'outil d'investigation de choix pour permettre d'en retirer « *des informations et des éléments très riches et nuancés* » (Van Campenhoudt et al., 2011, p170). Grâce à une faible directivité de la part du chercheur, l'entretien permet de mettre en lumière les aspects importants du problème, d'élargir les perspectives théoriques, trouver des idées, rendre compte de la manière dont le problème est vécu etc. sous forme d'informations verbatives. En effet selon Gotman et Blanchet (2015, p20), « *l'entretien, qui va à la recherche des questions des acteurs eux-mêmes, fait appel au point de vue de l'acteur et donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan* ». L'ambition de ce travail de mémoire est de saisir des processus subtils, par l'intermédiaire d'un discours recueilli et caractérisé par « *une certaine « profondeur » atteignant le niveau sinon inconscient et en tous cas latent* » (Blanchet et al, 2015, p25).

Cet outil apporte également une investigation dynamique par les propres interventions du chercheur, permettant l'approfondissement d'un point précis, anticipé ou non par le guide d'entretien.

Les entretiens seront **individuels** et **semi-directifs**, laissant aux interviewés la liberté de « *parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient* » (Van Campenhoudt et al., 2011, p171).

Parmi les différents types d'entretien, **l'entretien compréhensif**, de Kaufman, s'avère le plus adapté à cette enquête, visant à construire « *une explication sociologique à partir d'une compréhension intime de la pensée et de l'action des sujets* » (Van Campenhoudt et al., 2011, p171). Ce recueil d'informations permettra une compréhension des phénomènes en jeu chez les personnes ESPT après un attentat, mais avec le filtre de la vision de leur ergothérapeute. L'entretien d'analyse d'activité (type instruction au sosie ou aide à l'explicitation) a été délibérément écarté pour laisser place au ressenti personnel de l'interviewé, le sujet n'étant pas une analyse de pratique professionnelle ergothérapeutique.

III- 3- Dispositif d'investigation

III-3-1. Population cible

Après avoir contacté des ergothérapeutes par l'intermédiaire d'un questionnaire et par le témoignage de personnes rescapées des attentats parisiens de 2015 en phase exploratoire, cette

investigation concerne aujourd'hui les professionnels ergothérapeutes. Ce corpus a évolué au fil de ma recherche, car je cherchais au départ à obtenir des informations directes du vécu des « victimes ».

En effet, mon étude s'intéresse aux personnes ayant développé un ESPT suite à un attentat, et dont l'environnement social a eu un impact sur leur récupération. Dans cette phase d'investigation, j'ai cherché à contacter des associations de victimes des attentats et en parallèle, des ergothérapeutes qui ont accompagné ces personnes.

Je n'ai eu aucun retour des associations de victimes (une dizaine de mails envoyés).

L'activité étant au cœur de ma problématique et la visée finale de ce travail étant le diplôme d'ergothérapeute, c'est donc tout naturellement que j'ai décidé de me centrer vers la population de professionnels ergothérapeutes. Pour contacter ces derniers, j'ai d'abord utilisé les réseaux sociaux (notamment le groupe Mémoire ergothérapie de Facebook), mais là non plus je n'ai pas réussi à obtenir de contacts avec des professionnels concernés par mon mémoire.

Finalement c'est par le bouche à oreille et des connaissances communes que j'ai pu m'entretenir avec les quatre ergothérapeutes interrogées.

L'entretien permet un processus « *d'objectivation* » (Gotman et al., 2015, p26), cette objectivation permettant une co-construction du discours synchrone à l'élocution, « *opérant ainsi une transformation de son expérience cognitive* », « *explicitant ce qui n'était alors qu'implicite, s'expliquant sur ce qui jusqu'ici allait de soi, extériorisant ce qui était intériorisé* ». Ce processus donne accès à une réflexivité chez les ergothérapeutes interrogés sur les phénomènes qu'ont pu vivre leurs patients.

Le corpus concerné par l'enquête se définit par plusieurs critères d'inclusion :

- Des ergothérapeutes ;
- En exercice mais quel que soit leur secteur d'activité : en rééducation, réadaptation, santé mentale, libérale, etc. ;
- Ayant accompagné des personnes victimes d'attentat (victimes directes) ;
- Dont le suivi ergothérapeutique a été supérieur à un mois (un mois a été évalué empiriquement pour permettre une connaissance plus approfondie de la personne et des processus évolutifs (pathologiques ou de récupération)).

Sont exclus les ergothérapeutes qui ne répondent pas à ces critères et les étudiants (souhait d'une expérience et d'une réflexivité dans l'objectif d'une analyse plus riche).

III-3-2. Construction des entretiens

Un **guide thématique** (Annexe II) qui s'apparente à un plan de l'entretien et un **guide d'entretien** (Annexe III) ont été réalisés. Le guide d'entretien a servi de base au premier entretien mais a été modifié en fonction suite à son déroulement. Il a aussi été ajusté pour coller au mieux avec les situations professionnelles différentes des interviewés.

Ces deux guides ont été élaborés grâce au manuel de Gotman et Blanchet (2015, p58-61).

Sa réalisation s'est effectuée en plusieurs étapes :

- La formulation du but, en lien avec l'objet de recherche et la problématique.
- La consigne initiale, sous forme de « *demande de réponse discursive* » (Gotman et al. 2015, p79). Cette formule au mode non interrogatif permet de poser la cadre de ma recherche et d'orienter les interviewés dans le cœur de ma problématique. En pratique, cette consigne est rappelée oralement en début d'entretien et précède le guide d'entretien proprement dit qui lui, permet de poser des questions ouvertes mais plus précises.
- L'identification de plusieurs thèmes, qui découlent de ma problématique et des champs à investiguer : elle comprend les thèmes, les opérateurs puis les indicateurs.
- La structure de questions en corrélation avec chaque thème dégagé précédemment. Les questions ont été élaborées pour être suffisamment ouvertes pour que les personnes expriment leurs idées, elles se veulent neutres au maximum pour ne pas induire d'orientation d'idées. Les formules de relance n'ont pas été préparées en amont. Mais une attention particulière a été portée dans l'anticipation de la réalisation des entretiens à nourrir l'échange de questions de relance et de reformulations. Ces interventions de la part de l'intervieweur ne doivent en aucun cas orienter le discours de la personne interrogée mais permettre un approfondissement des données ou une digression dans l'objectif d'un recadrage du sujet.

III- 4- Conduite de l'investigation

III-4-1. Contexte spatio-temporel des entretiens

Idéalement, une rencontre face à face avec mes interlocuteurs était souhaitée, pour saisir tous les aspects de la communication, notamment la communication non verbale. Mais m'étant déjà confrontée au terrain dans mon enquête exploratoire, j'ai pu constater le nombre limité de professionnels concernés par cette pratique. Mon sujet traitant des victimes d'attentat et au vu des événements de ces derniers mois, les professionnels en question se situent plutôt en région parisienne ou dans les Alpes Maritimes. Pour des raisons d'organisation et d'ordre financier, je ne pouvais me permettre de me déplacer pour effectuer ces entretiens.

Trois sur quatre ont donc été menés au téléphone. Un entretien s'est effectué en face à face, à Tours, cette ergothérapeute résidant en Touraine.

III-4-2. Nombre de répétitions

Quatre entretiens ont été menés.

Le tableau ci-après résume les contextes de passation.

Tab. II : Cadre spatio-temporel des 4 entretiens

| Ergothérapeute | Ville d'exercice | Mode d'entretien | Date | Tranche horaire et lieu de l'interviewé |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|---|
| A | Région parisienne | Téléphone | 27/03/17 | Soir après travail (domicile) |
| B | Région parisienne | Téléphone | 28/03/17 | Soir après travail (domicile) |
| C | Tours | Face à face | 13/04/17 | Soir après travail (domicile) |
| D | Région parisienne | Téléphone | 21/04/17 | Pause midi jour travaillé (lieu de travail) |

III-4-3. Préambule à l'entretien

Lors du premier contact téléphonique ou par mail, j'ai formalisé le sujet de ma recherche et ses enjeux. L'ergothérapeute D a souhaité un point écrit par mail et quelques questions pour aider en amont à guider sa réflexion. Les rendez-vous étaient au préalable planifiés plusieurs jours après le premier contact ; j'étais à l'origine de l'appel. Les entretiens ont tous débuté par l'accord oral de la personne (ergothérapeute) pour l'enregistrement et la participation à mon étude, puis la synthèse de mon travail personnel au moment où je les appelais.

III-4-4. Recrutement

Comme présenté plus haut, le recrutement des personnes interrogées s'est avéré difficile, même en m'étant réorientée vers les professionnels ergothérapeutes.

J'ai d'abord envoyé des mails aux contacts généraux des hôpitaux parisiens qui ont accueilli les victimes des attentats de Paris et de Nice, en adressant mon message aux services d'ergothérapie concernés. Pour certains j'avais réussi à obtenir une adresse mail par des contacts d'étudiants y étant allés en stage. Je n'ai eu aucun retour.

Lors de la phase exploratoire, peu de personnes avaient répondu au questionnaire posté en décembre 2016 sur la page « Mémoire ergothérapique » de Facebook. Par ce même moyen au mois de février pour avancer la phase d'investigation, ma requête s'est révélée infructueuse. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer :

- En premier lieu, les victimes d'attentat en France restent une très faible population d'étude : environ 5 personnes sur 100 000 seraient touchées par un ESPT suite aux récents attentats. De plus, toutes ces personnes n'ont pas été prises en charge, soit par absence de symptômes (ou non encore déclarés) soit par ignorance des suivis possibles, etc.
- L'ESPT en France est une pathologie assez discrète, les campagnes internes de l'armée ont débuté il y a une dizaine d'années suite aux guerres au Moyen-Orient et au retour difficile des militaires.
- Peu d'ergothérapeutes en France accompagnent les personnes vivant avec un ESPT. Les ergothérapeutes interrogés suivent d'ailleurs les patients pour des comorbidités associées à l'ESPT ou pour une rééducation motrice, pas précisément pour l'EPST. Les 3 ergothérapeutes qui travaillent en Hôpital Militaire m'ont explicité que des personnes qui ne présentaient « que » une symptomatologie ESPT ne relevaient pas de leur structure. Elles m'ont dirigé vers la MDPH 75 qui emploie un ergothérapeute référent pour les victimes des récents attentats parisiens. Je n'ai pas eu de retour à ma demande de contact (tentative par téléphone et par mail) : cela aurait pu me fournir des renseignements précieux ou me rediriger vers des établissements appropriés.
- La page Facebook « Mémoire Ergothérapique » est très sollicitée (plusieurs messages quotidiens). Ceci peut expliquer une certaine lassitude des professionnels qui ne liraient pas tous les postes.

Après réflexion, il a été décidé de conserver le 4^{ème} entretien. Il aurait pu être écarté car l'ergothérapeute interrogée n'a pu me parler que de sa propre pratique professionnelle. Elle ne pouvait m'expliquer les retentissements quotidiens de la pathologie sur l'environnement social des personnes et le retour de celui-ci. Le sujet lui paraissait trop éloigné de sa pratique quotidienne : un atelier se rapprochant de l'art-thérapie dans un courant psycho-dynamique laissant libre cours à la créativité. Elle m'a précisé qu'elle n'effectuait ni bilan ni mise en situation écologique, et était accés uniquement sur la personne. Les personnes accueillies dans le service sont en crise et ne restent que quelques semaines.

Pour autant, après retranscription, j'ai pu noter la pertinence de certaines données pour ma problématique. Elle permet également de situer la prise en charge ergothérapique dans un contexte plus large que celui que j'avais ciblé et a apporté des éléments intéressants pour la discussion à venir.

Finalement, c'est le premier entretien que j'ai effectué avec l'ergothérapeute A qui est consultable en Annexe IV. Ma qualité d'intervieweur est largement discutable : je ne maîtrise pas les relances, je teste l'enchaînement de mon guide d'entretien, je n'ai pas encore de références ni d'attentes concernant les réponses à mes questions. Pour autant, le choix s'est porté sur cet entretien pour la qualité et la pertinence des informations recueillies.

III-4-5. Passation et conservation des enregistrements

Un enregistreur vocal a permis d'enregistrer toutes les conversations, de les réécouter et les retranscrire. Elles sont conservées sur une application pour tablette Android. Cette application (Enregistreur Vocal) s'est avérée par la suite peu pratique pour la maniabilité des matériaux (pas d'enregistrement en format MP4, sensibilité des fonctions arrière/pause très chronophage au final). Il aurait été plus judicieux de tester entièrement l'application avant la passation des entretiens.

Tab. III : Caractéristiques des ergothérapeutes interrogés

| Ergothérapeute | Sexe | Année diplôme IFE | Tranche d'âge | Ancienneté Lieu d'exercice | Service | Date Durée entretien | Modalité |
|----------------|------|-------------------------|------------------|----------------------------------|---------|----------------------------|-----------|
| A | F | 2010 Rennes | 30- 34ans | 2013 Percy | SSR | 27/03/17 1h13m | téléphone |

| | | | | | | | |
|----------|---|-------------------|--------------|---|--|-------------------|-------------|
| B | F | 2015 | 25- 29ans | 2015 Percy | SSR | 28/03/17 1h08m | téléphone |
| C | F | 2005 Bruxelles | 35- 39ans | 2010 Expertise dommages corporels (libéral) | Conseil de victimes | 13/04/17 1h25m | Face à face |
| D | F | 1990 | 50- 54ans | 1996 Percy | Santé mentale (art- thérapie) | 21/04/17 29m | téléphone |

Les entretiens ont été réalisés selon plusieurs modes de passation. Ils auraient tous pu s'effectuer par téléphone, dans un souci de constance. Mais il m'a semblé plus pertinent de saisir l'opportunité d'en réaliser un en face à face. Ce mode de passation direct permet d'obtenir des informations d'ordre non verbal et d'apporter une réflexion dans les paramètres qui ont pu influencer l'entretien, tels que le lieu lui-même de l'entretien (domicile de la personne interrogée), la manière de se placer l'une et l'autre dans l'espace, les objets potentiellement digressifs du sujet professionnel, etc. L'environnement écologique du domicile a sûrement permis une liberté et un recul de la pratique professionnelle. Par ailleurs, le tutoiement mutuel de cet échange a aussi facilité le style conversationnel de l'entretien en rompant une barrière, ce que je n'avais pas osé accepter lors des deux échanges précédents.

Je n'ai en aucun cas ressenti une supériorité de la part des professionnelles interrogées à mon égard, de par mon statut d'étudiante (Blanchet et al., 2015, p66). Personnellement, j'ai veillé dans la formulation des questions à ne pas donner un ton trop directif, pour éviter à l'inverse la hiérarchie enquêteur-enquêté. Même si en pratique il a parfois été difficile de maintenir un style conversationnel (souvent dans un souci de recadrage au plus près de ma problématique), c'était pourtant bien ce style oral bilatéral que je cherchais à obtenir. A posteriori, les informations les plus intéressantes ont été obtenues dans un mode de « bavardage », qui ont permis « de provoquer l'engagement et jouer un rôle positif de respiration » (Kaufmann J.-C., 2015, p47). L'enjeu était de réussir à provoquer chez l'interrogé la sensation d'avoir « un rôle central et un savoir précieux », tel que le décrit Kofmann.

IV- Analyse des matériaux empiriques

Un certain nombre de données qualitatives ont émergé de l'investigation. L'analyse de ces matériaux succèdera à la présentation des données brutes.

IV-1- Présentation des matériaux bruts

IV-1-1. Les ergothérapeutes à l'origine des données

Les ergothérapeutes sélectionnés à qui l'entretien a été proposé ont accepté de participer. Les quatre retranscriptions ont été utiles à l'analyse.

Le Tableau II regroupant les caractéristiques des personnes interrogées et le contexte spatio-temporel des entretiens permet une brève présentation des ergothérapeutes et de leurs parcours.

Les quatre ergothérapeutes sont des femmes, ce qui correspond à la moyenne nationale qui est de 87% de femmes chez les professionnels, selon les derniers chiffres de l'ANFE (www.anfe.fr/demographie). Leurs âges sont cohérents avec la répartition des ergothérapeutes en France : sans permettre une généralisation, ceci apporte une vision professionnelle hétérogène, en terme d'expérience notamment.

Evolution du nombre d'ergothérapeutes par tranche d'âge

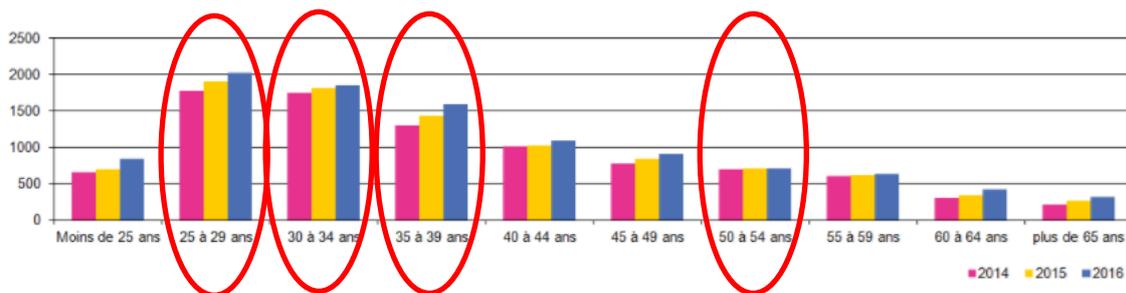


Fig. 4 : Répartition du nombre d'ergothérapeutes par tranche d'âge (ANFE)

Deux ergothérapeutes sur quatre travaillent en rééducation, une en santé mentale et la dernière en expertise libérale. Ces secteurs d'activités différents peuvent expliquer des visions parfois très éloignées, notamment concernant la prise en soin du stress post-traumatique. De même, la notion de victime est ainsi différemment explicitée en psychiatrie et dans le domaine de

l'expertise. Le moment et la durée de suivi en ergothérapie est également un facteur important dans la prise en charge des troubles, qui peuvent ne pas être les mêmes en fonction du temps. Ainsi, l'ergothérapeute D travaille en « gestion de crise » pour une durée d'un mois maximum ; elle n'a vu que 3 patients civils atteints d'ESPT suite aux attentats parisiens.

Les ergothérapeutes A et B ont reçu en rééducation les personnes dans les jours qui ont suivi les attentats, et ce pendant des mois (certains sont encore hospitalisés ou suivis en hôpital de jour). Ainsi le recul de ces professionnelles est plus grand et le lien avec le milieu écologique des patients se fait plus logiquement. Une trentaine de blessés des attentats parisiens ont été accueillis dans le service.

En ce qui concerne l'ergothérapeute C, elle intervient auprès de ses clients et est mandatée par un avocat comme Conseil de Victimes. Elle évalue le retentissement des déficiences motrices, cognitives (et psychiques même si ce n'est pas le cœur de son expertise) sur le quotidien des personnes, à distance du traumatisme (idéalement lorsqu'elles sont consolidées). Elle a une image de la personne au présent qu'elle doit projeter dans l'avenir, mais elle n'a pas connaissance des processus de changement mis en jeu pour aboutir à une récupération, si la récupération est possible. Elle a actuellement 4 dossiers en cours.

IV-1-2. Analyse de contenu

Avant l'analyse proprement dite des données, une présentation des matériaux traités est nécessaire. Pour ce faire, le choix de l'outil s'est porté sur l'analyse de contenu de Bardin. C'est une méthode systématique d'explicitation et de comparaison des verbatims (mots et groupes de mots) qu'une personne interrogée utilise en entretien. Ce procédé permet la « *correspondance entre les structures sémantiques ou linguistiques et les structures psychologiques ou sociologiques (conduites, idéologies, attitudes) des énoncés du sujet* » (Bardin, 2007, p45).

L'analyse de contenu regroupe trois méthodes de traitement des données :

- L'analyse thématique ou catégorielle, quantitative, qui consiste à compter la fréquence des thèmes étudiés.
- L'analyse structurale, qualitative, qui est axée sur la présence de critères choisis.
- L'analyse formelle, qui porte sur la communication. Ce type d'analyse ne sera pas retenu dans ce travail. En effet, la version des ergothérapeutes agit comme un filtre entre les personnes victimes d'attentat atteintes d'ESPT et ma démarche de chercheur. A mes yeux, il n'est pas pertinent de faire une analyse de la forme du discours, très chronophage et

d'intérêt secondaire pour ce travail. Néanmoins, avec une investigation qui irait interroger directement ces personnes, une telle analyse apporterait des éléments intéressants.

L'analyse sera donc double : thématique et structurale.

Pour accéder à une réflexion pertinente et d'analyse, chaque entretien a été intégralement retranscrit. La retranscription de l'entretien 1 est visible en Annexe IV.

Des thèmes en rapport avec la problématique de ce travail de recherche sont ressortis, grâce à une première lecture superficielle de l'intégralité des entretiens. Ces thèmes ont émergé du discours des interviewés.

L'élaboration d'une **grille de lecture** (Annexe V) a permis de classer les informations verbatives dans les thèmes émergents.

Il ressort de cette grille une cohérence en termes de fréquence dans les indicateurs et d'exemples surtout entre les ergothérapeutes A, B et C.

Chez les patients évoqués par les professionnels interrogés, les **limitations d'activités** importantes entraînent des **restrictions de participation majeures** pendant les phases aiguës d'ESPT, accentuées par les symptômes d'**hypervigilance**.

Les symptômes apparentés à un détachement des autres et des pertes d'initiatives se retrouvent avec une **baisse de la motivation et un arrêt dans les projets personnels**, ainsi que par une **perception de ses propres capacités nettement diminuée**.

De multiples exemples **d'environnements sociétaux et sociaux** ont été fournis, comme leviers ou comme obstacles, que ce soit dans la sphère privée (familiale), professionnelle ou encore extérieure.

Un **processus de changement** est nécessaire à une récupération progressive. Ainsi, l'engagement dans des activités semble être une étape cruciale.

Les activités concernées sont majoritairement tournées vers **l'extérieur**, vers les autres. « Sortir » et « travailler » étant les plus fréquemment touchées mais également les plus souhaitées.

Enfin, **l'accompagnement ergothérapique** est très varié. Des éléments reviennent néanmoins mais à des phases successives de la prise en charge : la verbalisation de l'évènement et/ou des ressentis, le besoin de valorisation, la stimulation nécessaire pour se confronter à l'extérieur, les mises en situation écologique si possible.

Mais ce qui apparaît nettement dès la lecture des entretiens, c'est le manque de retours d'informations après les hospitalisations.

IV-2- Traitement des matériaux

Afin d'étudier le discours, un comptage des verbatims a permis d'établir un tableau de leur **fréquence** pendant chaque entretien (Annexe VI), en gardant les thèmes émergents de la grille de lecture des entretiens.

Cependant, au vu de la grande quantité de nombres à analyser, le parti-pris a été choisi de réduire encore les thèmes en seulement 7 thèmes pour faciliter le traitement des données. Par ce procédé, on cherche à simplifier les mécanismes mis en cause. Mais cette technique est tout à fait subjective et soumise à interprétation du chercheur, elle constitue là un biais à l'analyse.

Le tableau visible en Annexe VI et le Tab. IV à suivre ont été construits avec la même volonté de comparer les processus physiologiques, psychologiques et sociaux en phase I aigüe d'ESPT (avec une symptomatologie forte, jusqu'à envahissante) et lors de phase II de récupération (phase où les symptômes diminuent progressivement et où le processus de socialisation reprend).

Cependant, les nombres font apparaître un manque de données de cette deuxième phase. Cette carence d'informations peut provenir du fait que les ergothérapeutes agissent comme un filtre entre les patients et le recueil d'informations. Cette hypothèse serait corroborée par la prise en charge dans les différents services où travaillent les ergothérapeutes : en effet, ils reçoivent peu de retours des patients suite à leur sortie.

Néanmoins, 50% du discours de l'ergothérapeute C (experte) qui voit les victimes après leur hospitalisation, se rapporte à cette deuxième phase. Une attention particulière a donc été apportée à ses verbatims de la phase II.

Mais pour clarifier l'analyse et la mettre ensuite avant le modèle d'analyse, 7 nouveaux thèmes ont donc été construits en regroupant les domaines de l'annexe VI :

- (1) Limitations d'activités et restrictions de participation

- (2) Hypervigilance : *ce thème aurait pu être écarté d'un point de vue structurale, mais l'analyse thématique a démontré son importance quantitative dans les discours des professionnelles.*
- (3) Facteurs inhérents à la personne : motivation personnelle, ressenti personnelle et perception de ses capacités, performance.
- (4) Facteurs environnementaux leviers : statut de victime, environnement social, environnement sociétal.
- (5) Facteurs environnementaux obstacles : statut de victime, environnement social, environnement sociétal.
- (6) Engagement et changement : engagement dans l'activité, processus de changement.
- (7) Activités : activités pour soi, orientées vers l'extérieur, productivité et loisirs.

Le tableau suivant présente le total des verbatims des 4 ergothérapeutes pour chaque thème.

Tab. IV : Recensement des verbatims par thème

| | Phase aiguë (I) | Phase de récupération (II) |
|--|-----------------|----------------------------|
| (1) Limitations d'activité, restrictions de participation | 22 | 5 |
| (2) Hypervigilance | 12 | 1 |
| (3) Facteurs inhérents à la personne | 37 | 15 |
| (4) Facteurs environnementaux levier | 23 | 3 |
| (5) Facteurs environnementaux obstacles | 41 | 1 |
| (6) Engagement et changement | 9 | 21 |
| (7) Activités | 5 | 17 |

Leur différence de répartition entre les phases I et II est représentée graphiquement sur les secteurs suivants :

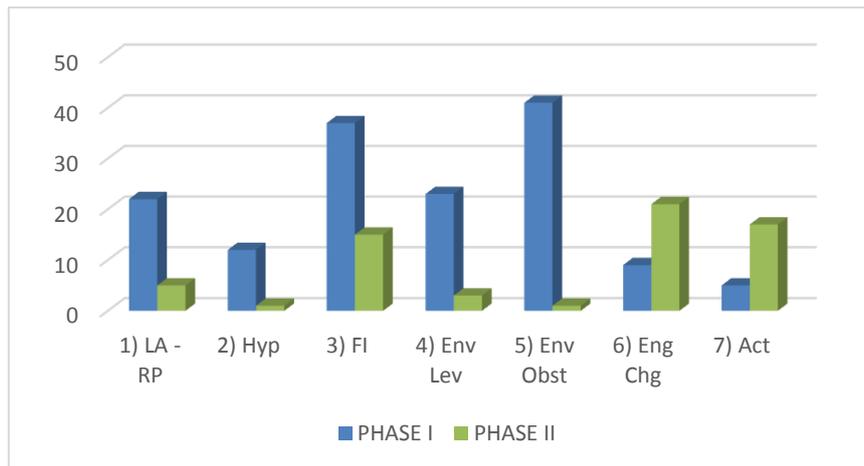


Fig. 5 : Répartition des thèmes dans l'intégralité des entretiens en phases I et II

Pour résumer, l'analyse quantitative (thématique) a permis de faire émerger que :

- En phase I, les thèmes (3) de **facteurs inhérents à la personne** et (5) **d'environnements obstacles** sont majoritairement présents. A cette phase, on remarque le **peu d'engagement et de changement** (6) ainsi que les **activités (7) très réduites**.
- A contrario, en phase II, les environnements obstacles (5) ne sont quasiment pas abordés. Les facteurs internes (3) demeurent présents, dans les mêmes taux environ. La majorité des indicateurs se partage entre **l'engagement/le changement** (6) et les **activités** (7) qui à eux deux en représentent environ 2/3.

Pour aboutir à une analyse structurale (qualitative), un traitement de chaque thème a été réalisé.

Limitations d'activité, restriction de participation :

L'ESPT produit des symptômes qui envahissent le quotidien des personnes, notamment ceux associés à l'hypervigilance (développée ci-après). En phase I, les personnes présentent des limitations d'activités majeures. Prendre des « transports en commun », « sortir dans la rue, aller au supermarché » : tout cela est compliqué. Associés à une « grosse agoraphobie », un stress, une « peur », les activités collectives, en présence de foule ou même de quelques personnes sont impactées. Les retentissements sur la vie familiale sont nombreux, avec « un père qui n'accepte pas que ses enfants fassent du bruit », une personne qui « ne peut plus partir en vacances en famille ». Beaucoup sont dans l'incapacité de « reprendre le travail ».

Mais les activités individuelles sont également touchées : « *le piano* », recevoir des personnes à leur domicile, jusqu'à regarder la télévision.

Une ergothérapeute parle d'un cercle vicieux : « *la personne est en hypervigilance jusqu'à provoquer des crises d'angoisses, ils se désocialisent. Au début les gens ils viennent t'aider, mais au fur et à mesure ils t'isolent de plus en plus* ».

En récupérant peu à peu (phase II), les personnes sont « *contentes* » de reprendre des activités simples, « *sortir dehors* », « *aller chez le coiffeur* » ou « *au supermarché* ». Mais une nuance est à apporter : la reprise d'activité reste partielle, certaines incapacités persistent ou des moyens de compensation sont mis en place comme « *partir à la campagne* ».

L'hypervigilance

Ce processus de défense appartient à la triade nécessaire au diagnostic d'ESPT dans le DSM-V. Les symptômes reviennent tout au long du discours de l'ergothérapeute A. Des « *troubles du sommeil* », « *cauchemars* » envahissent les nuits et empêchent une récupération nocturne (« *ils sont hyper fatigables* »). La journée, les personnes peuvent être dans une « *peur* » qui les contraint à s'adapter à leur environnement, à rester toujours en alerte : « *se mettre face à la porte* », être attentif au moindre bruit, contrôler au maximum les paramètres de leurs activités. Cette hypervigilance entraîne une « *irritabilité, une agressivité* » qui réduit encore leur participation sociale.

En phase II de récupération, l'hypervigilance serait moins handicapante au quotidien.

Facteurs inhérents à la personne

En phase aigüe, les patients exprimaient peu de motivation, de projets voire d'investissement dans leur prise en charge et dans leur avenir en général. Pour certains, « *une passivité* » extrême empêche toute envie, même la communication basique est compromise. Ce détachement peut s'expliquer par une perte de « *tous les fondamentaux de sa vie, il ne sait plus d'un point de vue existentiel ce qui est bien ce qui est mal* », et être associé à « *des troubles dépressifs* ». Une certaine fatalité (« *Mr Tout le monde qui était au mauvais endroit au mauvais moment* ») touche les personnes victimes d'attentat. Elles se sentent très isolées, elles ont besoin d'être rassurées. Les blessures physiques les renvoient aussi à leurs incapacités présentes, mais aussi futures et définitives. A cette phase, certains sont entravés par leurs aptitudes physiques mais aussi psychiques et « *sont dans l'impossibilité de sortir et faire des courses* ». Pour autant, chez certains « *une force de vie* », la « *sensation d'être*

immortel » permet de récupérer peu à peu, mais peut aussi cacher des blessures psychiques partiellement verbalisées et digérées.

En phase de récupération, ils se « *sentent livrés à eux-mêmes* », restent fragiles. Certains surévaluent leurs capacités physiques et cognitives en reprenant leur activité professionnelle ou scolaire qui leur demande plus d'énergie que ce qu'ils peuvent fournir. Une nouvelle hospitalisation est alors nécessaire. Pourtant, la valeur de travail est récurrente. D'autres intérêts guident le retour vers un quotidien : « *aller au concert* », essayer un « *sport adapté* », « *se marier* ».

Facteurs environnementaux leviers

L'hôpital, les équipes médicales, une famille « *motrice* » qui encourage la personne, l'accompagne et lui propose des activités adaptées sont des facteurs soutenant pour la personne. En thérapie pourtant, dans les phases de crise, la prise en charge individuelle peut s'avérer plus appropriée. Ensuite, en rééducation ou autre service d'accompagnement thérapeutique, le partage du quotidien de l'hôpital avec d'autres patients se révèle souvent favorable. Leur statut de victime leur permet l'accès à des indemnités financières ou des logements adaptés.

Facteurs environnementaux obstacles

Ce thème a été largement abordé par les ergothérapeutes, surtout concernant la première phase.

Certaines familles -parfois dans le déni, ont pris le dessus sur la volonté de leur proche ou ont dû prendre des décisions à leur place. Avec un « *projet de vie dévié* », certains proches peuvent « *entretenir ce retrait social* », et appréhender le regard des autres. La nature « *invisible du handicap* » favorise une incompréhension de la part de la société, qui n'appréhende pas « *tous les impacts subits qui changent complètement une vie* ». Il faut « *se battre pour prouver le handicap* », c'est « *douloureux de toujours prouver* ». Les ergothérapeutes rapportent des « *amalgames* » vécus par leurs patients. Pourtant ces derniers, au bout d'un temps, ne veulent plus parler de l'évènement, « *veulent passer à autre chose* » : « *la journaliste voulait qu'ils disent que c'était merveilleux de reprendre la cuisine, elle faisait le lien avec les attentats. Eux ils étaient déjà dans la vie après. La cuisine c'était un moyen de rééducation qui les rapprochait de la sortie, de leur vie quotidienne* ». Les expertises nécessitent de raconter encore ce qu'ils ont vécu mais replongent les victimes dans

leur traumatisme : « *Le seul fait d'avoir été là à ce moment-là et d'être handicapé c'est pas suffisant* ». Les patients expriment pourtant le fait de « *au bout d'un temps on est obligés de se reconstruire en essayant d'oublier un petit peu* ». Le statut-même de victime est donc parfois vecteur de symptomatologie d'ESPT, « *ça ne fait que augmenter l'isolement* ».
« *Le regard des autres* » peut les stigmatiser et être « *très difficile socialement* ».

Engagement et changement

Dans la phase I, l'engagement dans des activités est vécu comme extrêmement difficile voire impossible « *ça parait énorme pour eux* ». Ce processus nécessite du temps, de la répétition, un accompagnement : « *il ne se sentait pas de le faire tout seul* » et une stimulation : « *on les a poussés à faire des choses* ». Progressivement, les personnes entrent dans une phase de changement. Ce changement débute souvent par une volonté de la personne à se réinsérer, à reprendre ses activités. Cela se traduit par une diminution des symptômes de l'ESPT et surtout par des « *petites victoires* », telles que « *monter dans un bus* », « *aller dans un centre commercial* », « *retourner à des concerts* ». « *Reprendre coûte que coûte le travail* » fait également partie du processus de changement, peut -être possible grâce à « *cette pulsion de vie* » qui « *casse le côté victime... et même le côté handicap* ». Les activités de groupe pour « *les réintégrer socialement* » semblent favoriser cette récupération.

Activités

Les activités sont peu abordées dans la phase I dans les entretiens. Les personnes ne « *peuvent plus travailler* ». Une victime pianiste « *n'a pas repris le piano, trop associé au traumatisme* ». L'objectif de la prise en soin à cette phase est de « *trouver des moments de plaisir* », souvent en séance individuelle.

En phase II, la reprise des activités se concentre essentiellement sur celles tournées vers l'extérieur : « *continuer de sortir, d'aller au restaurant* », « *se concentrer sur son activité professionnelle d'aider l'autre* ». Le travail est prégnant : « *il est musicien et refait des concerts* », « *Il a repris une activité à temps plein. « Je venais de changer de boulot je continue sur ma lancée* ». ». Les loisirs aussi reprennent peu à peu leur place dans les activités réalisées ou souhaitées des personnes. Ces activités revêtent du sens pour la personne, mais aussi donc pour son entourage.

Aucune information sur les soins personnels n'a été recueillie.

Ce traitement analytique des matériaux thème par thème est maintenant à mettre en perspective de façon globale et causale avec le modèle d'analyse (p.29).

IV-3- Mise en perspective par le modèle d'analyse

IV-3-1. Processus comparatif au modèle d'analyse

Le traitement des données brutes a montré la restriction des activités significatives par les symptômes de stress post-traumatique (à travers le travail, les sorties à l'extérieur, les activités communes en famille, certains loisirs). Mais les entretiens ont aussi mis en lumière leur rôle comme porte d'entrée dans la récupération.

Restriction de participation sociale

En effet, en phase aiguë, les personnes atteintes d'ESPT présentent une atteinte de leurs rôles sociaux, une limitation majeure d'activités et de participation. A ces conséquences sociales est associée une diminution (voire une perte) d'envie, de motivation, de projets. Des blessures physiques peuvent majorer ces difficultés.

Initier l'engagement pour provoquer le changement

L'enjeu de l'accompagnement de cette pathologie est de provoquer un changement. Ce changement doit venir de la personne, mais il peut être favorisé. Les familles et les équipes médicales qui ont une fonction soutenante pour ces individus s'attachent à les valoriser, les rassurer, les stimuler en les « poussant » à sortir et à se fixer des objectifs atteignables. Les activités en groupe sont un moyen de parvenir à engager le changement. D'ailleurs, à un moment de la prise en charge, la personne elle-même est demandeuse d'activités collectives.

L'activité significative comme levier

Mais pour certains patients, l'ESPT est tellement envahissant que leur détachement est majeur. La difficulté est de créer cet engagement, de trouver un levier qui sera facteur de changement. Dans les exemples qui ont été retranscrits, le retour à un groupe social, la famille ou le travail, sont les thèmes qui ont créé le plus de motivation. Mais parfois, le déclic opère avec une activité qui a plus de sens pour la personne que pour son entourage. Ce qui ressort également, c'est que l'aspect collectif des activités nécessite un temps (différent pour chacun) d'acceptation de ses déficiences, de « deuil » de son ancienne vie, que la personne ait été

blessée physiquement ou non. En effet, plus insidieusement et plus profondément qu'une atteinte corporelle, c'est le traumatisme et ses conséquences psychiques qui sont les plus difficiles à évaluer et à anticiper. L'ESPT peut ainsi apparaître des mois ou des années après l'évènement. Dans les difficultés auxquelles doivent faire face patients et thérapeutes, il y a aussi une euphorie, un engagement trop intense qui peuvent masquer des symptômes d'ESPT ou dépressifs, et donc dissimuler des fragilités personnelles.

Faire face à un environnement social et sociétal parfois stigmatisant

Les personnes ont à effectuer un chemin de croix long, quotidien, douloureux. Ce cheminement est parsemé de petites batailles gagnées plus que d'une grande victoire définitive. C'est un combat personnel mais aussi encore face aux autres, d'explicitation de son handicap invisible. C'est le cas notamment dans les sphères familiales ou professionnelles où les retours sont parfois accompagnés d'aménagements spécifiques ; mais aussi avec les procédures d'indemnisation ou les nouveaux attentats qui ont tendance à replonger les victimes dans l'évènement et à raviver leurs symptômes psychotraumatiques.

Pour ceux qui ont réussi à surmonter le traumatisme (même partiellement), les activités ont joué un rôle à la fois signifiant et occupationnel, tel que le travail qui « occupe » des heures... Mais surtout et après un temps propre à chacun, ces personnes ont souhaité en finir avec l'étiquette « victime d'attentat ». La reprise d'activités a permis de renvoyer aux autres une image différente, de leur redonner un rôle auprès de leur entourage, et ainsi de modifier les attentes de ce dernier avec la récupération.

Ce processus a été mis en parallèle avec le modèle d'analyse construit pour ce travail de recherche et inspiré du MOHO.

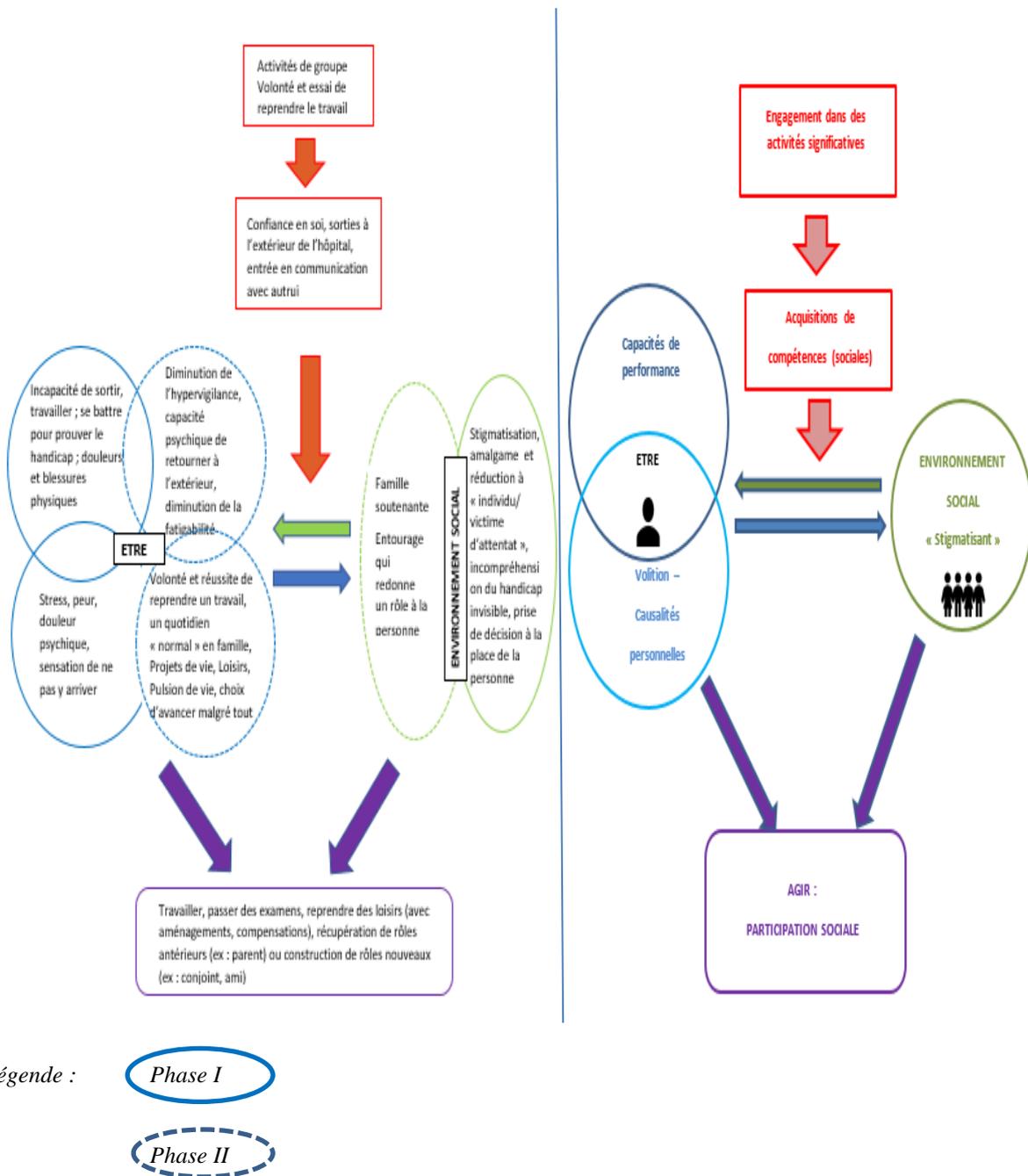


Fig. 6 : Mise en perspective phénoménologique du terrain et du modèle d'analyse

IV-3-2. Validation de l'hypothèse

Le parallèle entre la modélisation des données issues des entretiens et du modèle d'analyse construit en phase théorique permet donc la **validation de l'hypothèse** émise :

L'engagement dans des activités significatives modifie la transaction entre l'être et l'environnement social.

En effet, les éléments des entretiens ont permis de répondre positivement à la problématique. Les analyses thématique et structurale ont permis la corrélation des indicateurs (verbatim) avec les concepts mobilisés. L'engagement dans des activités significatives et par l'intermédiaire des travaux de groupe (qui développent les compétences psycho-sociales), agirait sur la reprise d'activités, notamment de type social. Les incidences de la personne sur son environnement et de l'environnement sur la personne ont bien été perçues. L'engagement dans des activités significatives favoriserait à la fois un changement chez la personne et une modification de la perception par l'entourage. Cette nouvelle vision freinerait l'isolement social symptomatique de l'ESPT.

Cependant, une **nuance** est à apporter. Les entretiens ont permis de recueillir un grand nombre (relativement au nombre d'entretiens) de verbatims concernant l'environnement - facilitateur ou obstacle - en phase aiguë, et notamment ce que les personnes en percevaient. Mais peu d'informations ont été recueillies concernant l'impact de la sphère sociale sur la personne en phase II - c'est-à-dire dans la phase de resocialisation, et ce que ça a provoqué chez les victimes. C'est donc la transaction entre l'environnement social et l'être qui est moins explicite en phase de récupération.

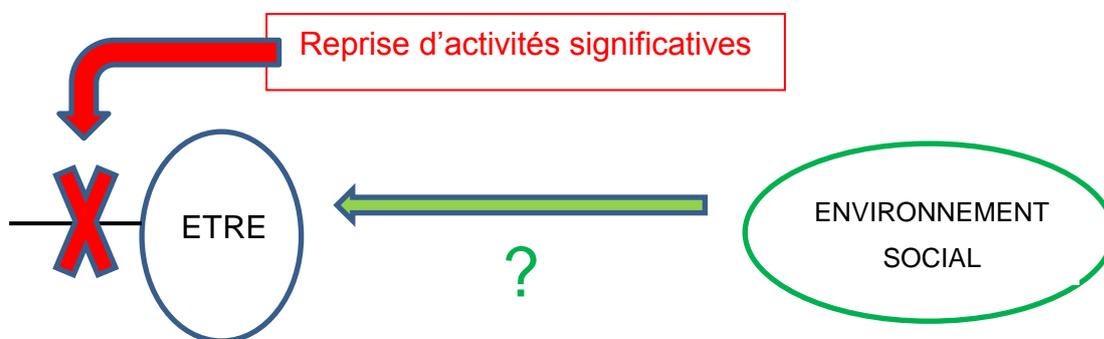


Fig. 7 : Schématisation de l'impact de l'environnement social après la reprise d'activité

Mais sans généraliser abusivement et au vu de l'incidence de l'environnement sur l'être en phase aiguë, nous pouvons nous permettre de valider une modification probable lorsque la personne reprend des activités, sous réserve d'une recherche future plus ciblée sur ce point.

Discussion

Résultats obtenus

Ce travail a validé l'hypothèse proposée en phase théorique. Cependant, une réserve est à apporter concernant le changement de regard de l'entourage initialement obstacle lorsque la personne reprend ses activités. Le manque d'informations est apparu à l'analyse des entretiens qui a été effectuée après la passation du dernier entretien. Si j'avais pris conscience de cette carence avant, j'aurais réorienté mes questions dans le but de préciser ce processus. Un cadre plus fermé des entretiens aurait également pu cibler davantage le sujet en question. Malgré tout, il me semble que c'est par l'interrogatoire de personnes directement touchées, les victimes, que les réponses obtenues auraient été les plus pertinentes.

Cependant, mon sujet traitait d'un environnement potentiellement stigmatisant. Les réponses ont été influencées par mes questions. Pourtant, il en est ressorti une majorité de familles soutenant, vecteur de récupération. L'influence positive de l'environnement sur la personne est aussi confirmée.

Réflexivité : limites, biais

Le biais majeur de ce travail est la population interrogée différente de la population étudiée. En effet, le discours des ergothérapeutes agit comme un filtre entre la réalité du vécu des victimes et ce que les professionnels en ont compris et ce qu'ils ont explicité. De plus, le vocabulaire et le référentiel professionnel des ergothérapeutes a pu influencer leur analyse des situations rencontrées. Leur posture professionnelle a pu également contribuer à leur incompréhension initiale du concept négatif de victimisation qui était ressorti de la phase exploratoire. De prime abord, ils n'en avaient pas forcément conscience : « *Non je ne vois pas* ». L'explication de cette différence tient peut-être aussi de l'accompagnement à l'hôpital dans la réinsertion progressive des victimes. La victimisation serait peut-être plus prégnante chez des individus qui n'ont pas eu accès à un accompagnement médico-social mais qui souffrent malgré tout d'un handicap invisible.

Une autre limite aurait pu être l'explicitation des ergothérapeutes au sujet de leur pratique auprès des victimes d'attentat : tous ont dit ne pas faire de réhabilitation psycho-sociale (RPS). Pourtant, tous les ergothérapeutes font consciemment ou non de la RPS (Finlay, 2004), quel que soit leur moyen, d'où l'intérêt de chaque témoignage de professionnel. Un facteur primordial dans la victimisation est l'indemnisation financière (associée à une expertise) que

je n'avais pas envisagée avant les entretiens et qui peut modifier la prise en charge. Cette notion aurait pu être intégrée à la construction du modèle d'analyse, comme évènement déclenchant d'un mécanisme particulier. Ce qui est à noter, c'est que cette indemnisation va de pair avec la reconnaissance du statut de victime mais que pour autant, elle n'améliore pas forcément la symptomatologie. L'inverse est même parfois rencontré.

L'échec de l'accès direct aux victimes a profondément modifié les données de l'investigation, donc les résultats finaux de ce travail également. Si j'avais pu m'entretenir directement avec des victimes d'attentat, mon guide d'entretien et surtout ma posture de chercheuse aurait été différente, d'autant plus de par la sensibilité du sujet. J'aurais favorisé les entretiens en face à face principalement pour me sentir plus à l'aise (intensité des questions et des potentielles réponses recueillies) mais aussi pour avoir accès à la communication non-verbale (pas forcément nécessaire dans le cas présent des entretiens réalisés avec les ergothérapeutes).

La méthodologie de la phase exploratoire est également critiquable : tout d'abord l'accès aux ressources bibliographiques, mon mode de recherche, les concepts mobilisés appuyés sur un modèle ergothérapique, jusqu'à la manière de poser la problématique. De même, dans l'investigation, le faible nombre d'entretiens, la probable orientation des questions, le choix de la répartition des verbatims en thèmes et l'aboutissement de l'analyse présentent également des biais qui mériteraient de poursuivre ces recherches, en les croisant avec une vision pluridisciplinaire. L'apport d'un regard professionnel de psychiatres ou de psychologues permettrait le concours de spécialistes de l'ESPT, contribuant ainsi à un travail mutuel et pérenne, au profit des usagers.

Apport à la pratique ergothérapique

Ce sujet paraît assez novateur dans le paysage ergothérapique en France, à la fois pour la prise en soin de l'ESPT et du concept social de victime. Mais cette innovation m'a confrontée à la faible quantité d'informations et de recherches en ergothérapie sur ce thème. Pour cela, les conclusions de ce travail peuvent s'avérer incomplètes voire inexactes au fur et à mesure des études futures qui traiteront de ce sujet.

Aujourd'hui, la pratique de l'ergothérapie pour le suivi de ces victimes d'attentat atteintes d'ESPT n'est pas installée en France. Pourtant, notre profession aurait toute sa place pour améliorer la récupération et le bien-être de ces personnes. Toutefois, il convient d'adapter sa pratique (ou de réorienter la personne si sa prise en soin n'est pas de notre ressort) en fonction de sa symptomatologie d'ESPT. Les ergothérapeutes interrogées ont insisté sur le temps, qui

est un facteur de récupération indéniable, mais dont la valeur fluctue pour chacun. Les professionnels qui interviennent en gestion de crise tentent d'apaiser les symptômes aigus, essentiellement par des séances individuelles, selon le courant psychodynamique (moyens qui seraient nécessaires à cette phase de crise). Puis au fur et à mesure de la récupération, l'approche Top Down pourrait être utilisée, en favorisant à la fois les activités significatives et de groupe. La démarche de mise en place progressive des activités significatives serait à investiguer : comment les ergothérapeutes déterminent ce qui fait le plus sens pour la personne ? Pourquoi commencer par les activités les plus abordables ? Ou au contraire, quel serait l'intérêt de confronter les personnes à une situation difficile ? Ces questionnements relèvent des concepts traités en phase théorique telle que la volition, l'engagement, le challenge dans la construction d'une activité thérapeutique, etc. mais ils pourraient être développés selon un axe plus pragmatique, dans la construction concrète de séances, selon des objectifs thérapeutiques précis que je n'ai pas exposé ici.

L'accompagnement des personnes au-delà des murs des structures paraît compliqué, principalement pour des raisons organisationnelles et financières. Pourtant, ce suivi à domicile ou dans le milieu professionnel semble indispensable pour éviter le sentiment des victimes d'être « lâchées dans la nature ». L'intervention d'ergothérapeutes libéraux pourrait pallier cette carence.

Mais ce suivi nécessite un grand nombre d'interventions régulières et sur le long terme, qui ont un coût pour les usagers. Un nouveau champ en santé mentale pourrait s'ouvrir aux ergothérapeutes libéraux, surtout si un dédommagement financier était permis.

Actuellement, l'expertise de l'ESPT (et des pathologies psychiatriques en général) est réservée aux psychiatres et aux psychologues. Pourtant, les ergothérapeutes seraient les plus à même d'évaluer le retentissement de ces pathologies sur les activités de vie quotidienne, ces dernières étant leur domaine de compétences. Là aussi, un nouveau secteur professionnel serait à occuper, qui dépasserait l'expertise en indemnisation de dommages corporels, les déficiences motrices étant aujourd'hui le seul champ d'expertise ouvert aux ergothérapeutes. Cet accès à la formation et à la pratique de l'expertise permettrait une évaluation précise des impacts de troubles psychiatriques ou psychologiques et ainsi une préconisation adaptée en termes d'aides humaines et d'aides techniques.

Conclusion

Cet écrit d'initiation à la recherche en vue de l'obtention du diplôme d'ergothérapeute a tenté de justifier, démontrer des théories par un travail de recherche à la fois littéraire et de terrain. Il s'est intéressé au processus de changement initié par l'engagement dans une activité significative, ayant des retentissements sur l'individu mais aussi et surtout sur ses sphères sociales, notamment l'image que ce changement renvoie aux autres.

Ce sujet a émergé de l'intérêt que je porte à l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) et parallèlement de mon vécu (sans être aucunement touchée personnellement) des attentats comme des millions de citoyens français.

La phase exploratoire a permis de mettre en lumière les symptômes d'ESPT et le concept de victime qui conjointement favorisent un retrait social. Puis des recherches bibliographiques ont permis de mettre en évidence le double processus qui conduit à un isolement social, à une restriction de participation. Un modèle d'analyse conceptuel a été construit à partir du Modèle de l'Occupation Humaine en intégrant les activités comme vecteurs de modification du processus pathogène.

Ensuite, des entretiens compréhensifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes en contact professionnel avec des victimes d'attentats parisiens. Les données recueillies ont été mises en corrélation avec l'analyse théorique construite. Dans la discussion, ce cheminement à l'aide des activités significatives vers la récupération personnelle et sociale a été confronté au regard de la méthodologie de cette recherche et de son intérêt pour le terrain ergothérapeutique français.

En comparant les données conceptuelles issues de la bibliographie et les données du terrain, il s'est avéré que l'engagement dans des activités significatives engendre des modifications de l'être, de son environnement social mais également du lien entre les deux. Ces liens, par leur nature dynamique, évoluent sans cesse, mais semblent bien impactés par la reprise d'activités qui ont un sens pour autrui. C'est cet engagement qui peut se révéler compliqué à déclencher pour les thérapeutes, notamment pour les ergothérapeutes. L'ESPT provoque un véritable bouleversement existentiel, qui heurte les représentations personnelles et bouscule la volition (valeurs, intérêts, causalités personnelles).

Ce travail de recherche personnel a donc mis en exergue un fondement de l'ergothérapie, à savoir que l'occupation agit sur l'environnement. Il serait intéressant de poursuivre ce travail par des études complémentaires sur le processus d'engagement en interrogeant directement les victimes atteintes d'ESPT, et ceci afin de faciliter la pratique et d'améliorer la santé des usagers.

L'ergothérapie est une profession client-centrée, dont les fondements sont la considération de l'individu comme un tout, dépendant de ses sphères sociales. D'ailleurs l'ergothérapie est à la frontière du sanitaire et du social. L'activité est aujourd'hui largement utilisée comme moyen thérapeutique, mais elle doit être réfléchie pour la personnaliser et la rendre la plus efficace possible pour la personne prise en soin. Et pour cela, c'est son aspect social qu'il faut réussir à appréhender. L'approche des ergothérapeutes se veut systémique mais parfois ils sont confrontés à la difficulté d'impliquer l'environnement social et sociétal – difficulté issues de freins institutionnels, financiers, organisationnels, etc.

En outre, les personnes atteintes d'ESPT suite à un attentat peuvent être stigmatisées, enfermées dans un rôle de « victime », entraînant une marginalisation occupationnelle, c'est-à-dire une mise à l'écart et un accès limité à certaines occupations. Cette exclusion sociale et culturelle peut elle-même engendrer un manque d'implication dans les occupations significatives, créant une aliénation occupationnelle. L'activité comme rupture de ce cercle vicieux a donc une portée plus globale que la récupération personnelle, si l'on considère les tenants et aboutissants d'une réinsertion sociétale, d'ordre familial/psychologique, financier. La justice occupationnelle a donc un double enjeu : individuel et sociétal.

En visant plus loin encore que leur lieu d'exercice, les ergothérapeutes se doivent de sensibiliser la société à l'inclusion sociétale (qui est une thérapie en soi) pour limiter les situations de handicap. Cette sensibilisation débute par le changement chez leurs patients qui permettra de faire évoluer le regard des autres, tout en sachant que pour nombre de victimes, l'activité est surtout la suite logique et leur réponse concrète à ceux qui sont à l'origine de leurs maux.

Bibliographie

Association Nationale Française des Ergothérapeutes (2017). Evolution du nombre d'ergothérapeutes par tranche d'âge. Repéré à <http://www.anfe.fr/demographie>

Bardin, L. (1993). L'analyse de contenu. Paris : PUF, Coll Le psychologue.

Barral, C., Blaise, J.L. (2016). La dimension sociale et culturelle de l'environnement. In Trouvé E. (Eds), *Agir sur l'environnement* (p 152). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

Beck, A. (2015) *What is cognitive therapy ?* Repéré à <https://www.beckinstitute.org/get-informed/what-is-cognitive-therapy/>

Bogdan, R., Taylor, S.J. (1989). Relationships with severely disabled people : the social construction of humanness. *Social Problems*, Vol 36(2), Apr 1989, 135-148.

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*, July/August 2014, Vol. 68, 405-411.

Blanchet, A., Gotman, A. (2015). L'entretien. Malakoff, France : Armand Colin.

Colombel, J. (2009). Psychopathologie systémique de traumatisé crânien, *Expériences en ergothérapie vingt deuxième série, Rencontres en Réadaptation* (15), p221, 226. Montpellier, France : Sauramps Médical.

Cyrułnik, B., Romano, H. (2015). Je suis victime, l'incroyable exploitation du traumatisme. Paris : Duval.

Djaoui, E. (2015). Rôles sociaux et activité. In Trouvé E. (Eds), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp 207-215). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Solal.

Fassin, D., Rechtman, R. (2007). *L'empire du traumatisme, Enquête sur la condition de victime* (Collection Champs essais). Paris : Flammarion. 457

Ferland F ; (2015). L'activité au cœur du développement de la personne. In Trouvé E. (Eds), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp 35-42). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Solal.

Finlay, L. (2004). *The Practice of Psychological Occupational Therapy* (third edition). Cheltenham, Royaume-Uni : Nelson Thornes.

Fisher, A. (1998). Uniting Practice and Theory in Occupational framework, 1998 Eleanor Clarke Slagle Lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 25(7), 509-521.

Georges, A.M. (2010). Le vertige du traumatique. Attraction et terreur abyssales du sujet victime. *Le Journal des psychologues*, 2010/8, num. 281, p. 44-50. doi 10.3917/jdp.281.0044

Hanus, M., Louis, O. (2015). *Psychiatrie pour l'étudiant* (12^{ème} édition). Paris : Maloine.

Kaufman, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.

Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation : theory and application* (4^{ème} édition). Baltimore, Etats-Unis : Lippincott Williams and Wilkins Editions. 565

Law, M. (2002). Participation in the Occupations of Everyday Life. *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 56, November/December 2002640-649. doi:10.5014/ajot.56.6.640

Lebigot, F., Bessoles, P. (2005). *Victimologie-criminologie Tome 5 : Situation d'urgence – situation de crise clinique du psycho-traumatisme immédiat*. Nîmes, France : Champs sociales Editions. 144.

Leiris, A. (2016). *Vous n'aurez pas ma haine*. Paris : Fayard.

Leiris, A. (2016). Vous n'aurez pas ma haine [Reportage en ligne]. Repéré à <http://www.programme-television.org/news-tv/REPLAY-Vous-n-aurez-pas-ma-haine-France-5-le-documentaire-bouleversant-d-Antoine-Leiris-4377911>

Lopez, G., Sabouraud Seguin, A., Jehel, L. (2006). *Psychothérapie des victimes : traitements, évaluations, accompagnement*. Paris : Dunod. 244.

Lopez (2016). *L'état de stress post-traumatique*, site http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/espt_21.html

Martins, C. (2015). *Violence de la maladie, violence de la vie*. Paris : Armand Colin.

Martins, S. (2015). Le défi est-il nécessaire en ergothérapie ? In Trouvé E. (Eds), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp143-152). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Solal.

McArthur, J., Tran, B.T., Roberts, S. (2013). Occupational Therapy Interventions for Individuals with Posttraumatic Stress Disorder Returning to Work: A Systematic Review. *Mental Health*. 2.

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris : De Boeck Solal.

Meyran, R. (2007). Les effets pervers de la victimisation. *Sciences Humaines*, num. 178, janvier 2007, 36 -37.

Ministère de l'intérieur (2016). *Que signifie être victime ?*. site <http://www.interieur.gouv.fr/A-votre-service/Ma-securite/Aide-aux-victimes/Aide-aux-victimes-informations-pratiques/Que-signifie-etre-victime>

Molénat, X. (2011). Les ambiguïtés de la compassion. *Sciences Humaines*, num.225, avril 2011, 26.

Morel-Bracq, M.-C. (2009). Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. Marseille, France : Solal.

Offenstein, E. (2015). L'ergothérapeute, catalyseur du changement ? In Trouvé E. (Eds), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp 109-124). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Solal.

Perrine, C. (2015). Compétences ou habiletés sociales, pourquoi et comment les entraîner ? In Trouvé E. (Eds), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp235-246). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Solal.

Pignol, P., Villerbu L. (2009). La victimité, émergence d'un processus et d'un dispositif. *Rhizome*, num. 35, juillet 2009.

Radomski, M.V., Brininger, T.L. (2014). Occupational Therapy for Servicemember and Veteran Recovery, Resilience, and Reintegration: Opportunities for Societal Contribution and Professional Transformation. *American Journal of Occupational Therapy*, July/August 2014, Vol. 68, 379-380. doi:10.5014/ajot.2014.013060

Saint-André, J. (2016). « Je » de scène - *La spontanéité des émotions en ergothérapie, auprès de personnes souffrant d'un état de stress post traumatique* (Mémoire d'initiation à la démarche de recherche en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute, Mai 2016). Rennes, France : IFPEC.

Santé Publique France (2016). *Actes terroristes*. Site : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Actes-terroristes>

Scaffa, M.E. and al. (2006). The role of Occupational Therapy in Disaster Preparedness, Response, and Recovery. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(6):642-9, November 2006.

Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique. Développement, justice et liberté*, Paris : Odile Jacob.

Snedden, D. (2012). La pratique sensible aux traumatismes : un nouveau rôle en ergothérapie. *Actualités ergothérapeutiques*, vol 14-6, novembre-décembre 2012.

Sos-attentat (2007). *Témoignages de victimes*. Site :http://www.sos-attentats.org/temoignages-victimes.asp?lan_id=fr

Tabor Connor, L., Wolf, T., Foster, E., Hildebrand, M., Baum, C. (2016). Participation et engagement dans les occupations des adultes en situation de handicap. In Pierce D. (Eds), *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Louvain la Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

Tisseron, S. (2007). *La résilience* (Collection Que sais-je ?). Paris : Editions Puf. 5.

Tovmassian, L., (2015), Le traumatisme psychique, une clinique de l'effroi. *Santé mentale*, num. 200, septembre 2015.

Trombly, C. (1995). Occupation : Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanism. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(10), 960-972.

Van Campenhoudt, L., Quivy, R. (2011). Manuel de recherche en sciences sociales (4^{ème} édition). Paris : Dunod.

WFOT (2012). *Definition of occupation*. From <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

Table des matières

| | |
|--|--------------|
| Remerciements..... | |
| Sommaire..... | |
| Introduction | 1 |
| I- Phase exploratoire : construction de l'objet de recherche..... | 3 |
| I-1- Etat des lieux de l'impact psychotraumatique d'un attentat : enjeu de santé publique | 3 |
| I-2- Syndrome ou état de stress post-traumatique (ESPT)..... | 4 |
| I-2-1. Sémiologie | 4 |
| I-2-2. Prise en soin habituelle | 6 |
| I-2-3. Impact de l'ESPT sur la participation sociale | 7 |
| I-3- Statut de victime : impact sur la participation..... | 9 |
| I-3-1. Etre victime..... | 9 |
| I-3-2. Victimisation et rôle social | 10 |
| I-3-3. La victimisation favorise le désengagement occupationnel..... | 11 |
| I-4- Enjeu professionnel de l'ergothérapie dans la prise en soin de l'ESPT | 12 |
| I-4-1. Etat des lieux en Amérique du Nord..... | 12 |
| I-4-2. En France | 13 |
| I-5- Question de recherche..... | 15 |
| II- Construction de l'objet de recherche..... | 16 |
| II-1- Ancrage théorique | 16 |
| II-1-1. L'environnement | 16 |
| II-1-2. L'être..... | 21 |
| II-1-3. Entre l'être et l'agir : s'engager dans le changement..... | 24 |
| II-2- Problématique et modèle d'analyse | 26 |
| III- Construction et exploitation de l'investigation..... | 31 |
| III- 1- Type de matériaux recueillis..... | 31 |
| III- 2- Méthode d'investigation | 31 |
| III- 3- Dispositif d'investigation..... | 32 |
| III-3-1. Population cible | 32 |
| III-3-2. Construction des entretiens | 34 |
| III- 4- Conduite de l'investigation..... | 34 |

| | |
|--|-------------|
| III-4-1. Contexte spatio-temporel des entretiens | 34 |
| III-4-2. Nombre de répétitions | 35 |
| III-4-3. Préambule à l'entretien | 35 |
| III-4-4. Recrutement | 36 |
| III-4-5. Passation et conservation des enregistrements | 37 |
| IV- Analyse des matériaux empiriques | 39 |
| IV-1- Présentation des matériaux bruts | 39 |
| IV-1-1. Les ergothérapeutes à l'origine des données | 39 |
| IV-1-2. Analyse de contenu | 40 |
| IV-2- Traitement des matériaux | 42 |
| IV-3- Mise en perspective par le modèle d'analyse | 48 |
| IV-3-1. Processus comparatif au modèle d'analyse | 48 |
| IV-3-2. Validation de l'hypothèse | 50 |
| Discussion | 52 |
| Conclusion | 55 |
| Bibliographie | I |
| Table des matières | VI |
| Liste des figures | VIII |
| Liste des tableaux | IX |
| Liste des acronymes | X |
| Annexes | XI |
| Annexe I : Questionnaire de pré-enquête exploratoire | XI |
| Annexe II : Guide thématique d'entretien structuré | XII |
| Annexe III : Trame d'entretien | XV |
| Annexe IV : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute A | XVII |
| Annexe V : Grille de lecture et présentation des matériaux bruts | XXX |
| Annexe VI : : Recensement du nombre de verbatims par thème | XLIV |

Liste des figures

Fig. 1 : Le modèle de l'occupation humaine

Fig. 2 : Modélisation de la situation problématique

Fig. 3 : Modélisation des concepts d'analyse

Fig.4 : Répartition du nombre d'ergothérapeutes par tranche d'âge (ANFE)

Fig. 5 : Répartition des thèmes dans l'intégralité des entretiens en phases I et II

Fig. 6 : Mise en perspective phénoménologique du terrain et du modèle d'analyse

Fig. 7 : Schématisation de l'impact de l'environnement social après la reprise d'activité

Liste des tableaux

Tab. I : Modèles du handicap

Tab. II : Cadre spatio-temporel des 4 entretiens

Tab. III : Caractéristiques des ergothérapeutes interrogés

Tab. IV : Recensement des verbatims par thème

Tab.V : Grille de lecture et présentation des matériaux bruts

Tab. VI : Recensement du nombre de verbatims par thème

Liste des acronymes

ECSAT : étude épidémiologique sur les conséquences sanitaires des attentats

ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education

EPRUS : Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires

ESPT : état de stress post-traumatique

IMPACTS : Investigation des manifestations traumatiques post attentats et de la prise en charge thérapeutique et de soutien

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INVS : Institut de veille sanitaire

MCRO : Modèle canadien du rendement occupationnel

MOH : modèle de l'occupation humaine

Annexes

Annexe I : Questionnaire de pré-enquête exploratoire

- 1) Avez-vous pris en soin des victimes d'attentats ?
Si oui, lors de quels attentats ?
- 2) Votre prise en soin était-elle dans un cadre de rééducation motrice ?
- 3) Les patients que vous avez suivis ont-ils soufferts de troubles psychologiques ?
Psychiatriques ?
Si oui de quel type ?
- 4) Les troubles se sont-ils installés rapidement ou à distance du traumatisme ?
- 5) Quelles étaient les mesures de soutien psychologiques ou psychiatriques en place ? Par qui étaient-elles dispensées ?
- 6) A quel moment de la prise en charge globale êtes-vous intervenu en tant qu'ergothérapeute ?
De qui venait la prescription pour des séances d'ergothérapie ?
- 6) Vos patients ont-ils eu une interruption de leurs activités quotidiennes suite au traumatisme ?
- 7) Si oui, quelles activités étaient les plus touchées? (par exemple selon la MCRO : productivité, soins personnels ou loisirs)
- 8) Quels étaient les objectifs de la prise en soin ergothérapeutique ?
- 9) La notion de la perte de rôle (père, travailleur, etc. par exemple) était-elle abordée ? Ou plus qu'abordée ?
- 10) La notion de « rôle de victime » a-t-elle été amenée ?
Si oui, est-ce que ce rôle leur convenait ou souhaitaient-ils en sortir ? Avez-vous perçu un changement, et si oui à quel moment ?

S'ils souhaitaient en sortir, est ce que le plan de traitement a plus mis l'accent sur les activités signifiantes ou significatives ?

Annexe II : Guide thématique d'entretien structuré

(série des thèmes à explorer)

Thèmes

- Opérateurs : indicateurs

Circonstances initiales de la prise en soin ergothérapique

- Parcours professionnel de l'ergothérapeute interviewé : ancienneté, expérience en santé mentale, en réhabilitation
- Parcours personnel de l'ergo : touché par les évènements, réflexivité
- Parcours de la personne PEC : rééducation, santé mentale, quel motif pour séances d'ergothérapie, quels objectifs des séances d'ergothérapie, ATCD psychiatriques, prescription médicale

L'évènement traumatique

- Attentat (circonstances exactes) : personne exposée directement, deuil d'un proche, blessure physique
- ESPT : situations évitées, diminution de l'intérêt des activités significatives, sentiment de détachement, répétitions

Prise en charge autre qu'en ergothérapie :

- Nature : Psychologique, psychiatrique, médicamenteuse, médecines complémentaires ?
- Moyens :
- Résultats :

Limitations d'activités :

- Parcours déficitaire d'activités : brutal, progressif, quel début dans la chute, temps après traumatisme
- Sentiments de la personne : ressenti personnel, conscience, déni, qualité de vie/bien-être, sortie possible de ce phénomène, fatalité
- Valeurs antérieures au traumatisme : activité, travail, responsabilités familiales, écart avec comportement actuel

- Perception personnelle : propres capacités, efficacité, rôles
- Champs touchés : productivité, soins personnels, loisirs
- Perturbations quotidiennes : transports, travail, vie de famille, loisirs, sommeil, AVQ

Environnement social

- Rôle social : famille, amis, travail
- Habitudes antérieures : sociabilité, individualisme, famille, travail, loisirs, sorties.
- Après trauma : évitement social, solitude, besoin d'être entouré, sans changement apparent
- Nature de la victimisation : changement de comportement d'autrui, attentes différentes, mise à l'écart, surprotection
- Impact binaire de la victimisation : facilitant, obstacle.
- Fossé entre conduite attendue de ses rôles sociaux et comportement : compétences sociales, communication, réponses émotionnelles, AVQ
- Réaction de l'entourage : trauma comme sujet principal, déni du traumatisme, reconnaissance du traumatisme, statut de victime prioritaire face au trauma
- Intérêt du thème en ergothérapie : simple prise en compte, objectif, moyen

Intervention ergothérapique

- Alliance thérapeutique ou accompagnement social : prise de contact, confiance mutuelle, objectifs décidés en partenariat, compréhension des objectifs
- Evocation des troubles : libre, évité, mutique
- Conscience d'un changement à venir : conscience d'un non-retour à un état antérieur, changement dans ses habitudes, redevenir la même personne, oublier le trauma
- Objectifs de l'ergothérapeute : rééducation fonctionnelle, socialisation, recouvrement d'un rôle
- Objectifs de la personne : rôles, activités, sans.
- Moyens : activité significative, signifiante
- Par l'expérimentation/MES : laquelle, comment, en lien avec trauma ou activités évitées, situations réelles/nouvelles

- Engagement : initiation de l'activité en thérapie, faire perdurer cet engagement, transfert à la vie quotidienne.

Processus de changement

- Changement dans les habitudes : sphère, quotidien, concret
- Indicateurs de changement personnel : confiance en soi, confiance en autrui, temps depuis traumatisme, capacités de performance, causalités personnelles
- Vecteurs de changement : valeurs, intérêts, confiance en soi ou en autre chose, individu particulier
- Motivation à changer : interne/ externe, envie d'être à nouveau dans l'action, être autonome, appartenir à un groupe
- Indicateurs extérieurs perçus par l'entourage : acquisition de nouvelles compétences sociales, recouvrement de rôle, diminution de la symptomatologie
- Retour à l'inclusion : activités signifiantes, significatives, lien avec rôle important, lien avec l'émotion/les sentiments, lien avec la productivité, lien avec sa propre image de soi
- Symptomatologie améliorée : répétitions/flashbacks, évitement d'activité, perte d'initiative, sentiment de détachement
- Impact d'un nouveau regard positif :

Bilan de cette expérience

- Personnes prises en soin : point commun, particularités de l'ESPT, des circonstances d'un attentat
- A revoir/ne pas reproduire
- A maintenir
- Apprentissage à transférer dans pratique pour autres types de patients
- Personnel pour la suite de ce mémoire

Annexe III : Trame d'entretien

- Pouvez-vous me parler de votre parcours puis de votre expérience avec des personnes souffrantes d'ESPT après un attentat ?
- Comment les personnes sont-elles arrivées à être accompagnées en ergothérapie (leur parcours à elles) ?
- Quelles étaient les circonstances du traumatisme ? Quelles ont été leurs conséquences physiques et psychiques ? (par quels symptômes de l'ESPT les personnes étaient-elles touchées)
- Pouvez-vous me parler de leur PEC non ergothérapique ?
- En ce qui concerne leurs limitations d'activités, comment se sont-elles installées ?
- Quels étaient les sentiments de la personne face à cette perte d'activités ?
- Comment la personne se sentait-elle à ce moment-là ?
- Quelles étaient les activités perturbées ?
- Quelles étaient les habitudes et principaux rôles sociaux que la personne devait assumer ?
- Quelle a été la réaction de l'entourage face au traumatisme ? Quel impact cela a-t-il eu sur la personne ?
- Avez-vous connaissance de personnes chez qui un entourage « victimisant » a été un obstacle à leur récupération ? Pouvez-vous me dire comment cela a été un frein ?
- Comment s'est matérialisée cette victimisation ?
- En tant qu'ergothérapeute, comment vous en êtes-vous servi dans votre prise en soin ?
- Dans quelle mesure avez-vous établi une alliance thérapeutique ?
- Quelle vision avait la personne de son avenir, de ses habitudes, de son quotidien, ses activités futures ?
- Comment avez-vous établi vos objectifs en corrélation avec ceux de la personne ?
- Comment avez-vous inclus les activités de la personne dans vos moyens ?
- Comment ont-été pensées et expérimentées les mises en situation ?
- Comment cet engagement a-t-il été possible ?
- Comment on-été perçus les changements chez les individus en termes de récupération, socialisation, etc. ?
- Quel impact ce changement a-t-il eu sur leur participation sociale ?

- Quels ont été les impacts de ces nouveaux regards sur la personne et notamment sur ses symptômes d'ESPT ?
- Quel bilan tirez-vous de votre accompagnement de ces personnes ?

Annexe IV : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute A

(Rappel de mon bilan personnel)

Intervieweur : Pouvez-vous me parler de votre parcours, de votre expérience avec des personnes souffrant d'ESPT ?

Ergothérapeute A : Alors je suis diplômée depuis 7 ans, depuis 4 ans à l'hôpital militaire de l'instruction des armées, qui s'appelle Percy, je travaille dans le service de rééducation MPR: on a des blessés de guerre, des militaires blessés en activité, en mission extérieure, et des civils qui pourraient avoir des pathologies proches des spécificités militaires,

En fait à Percy, il y a deux services : pour les polytraumatismes et aussi un service psychiatrique les syndromes de stress post-traumatique. Le suivi de l'ESPT est fait par des psychiatres et des psychologues. Mais nous parfois on les voit en rééducation et on dépiste l'ESPT, ça arrive.

Intervieweur : Et alors comment le dépister ?

Ergothérapeute A : L'ESPT a été oublié... Mais il y a eu une campagne mise en place par l'Etat suite à l'Afghanistan, surtout depuis 3, 4 ans. On s'est rendu compte qu'il y avait eu beaucoup de blessés psychiques. Ça passe par l'accompagnement par le sport, notamment pour les blessés médullaires, la réinsertion professionnelle en dehors de l'armée quand c'est nécessaire. Ils sont accompagnés là-dedans...

Il y a aussi des victimes d'attentat (avec blessures par balles et explosion : c'est notre spécificité). On a reçu une bonne dizaine de blessés graves sans parler d'ESPT (en MPR). Et alors pour dépister l'ESPT c'est surtout dans les discussions. Quand on remarque une désinsertion sociale, des difficultés pour dormir, des fois c'est aussi des pathologies physiques qui s'accompagnent (par exemple une lombalgie qui cache ESPT, on s'en rend compte en discutant avec eux).

On voit aussi en rééducation des personnes étiquetées ESPT en psychiatrie, on s'est rendu compte qu'il pouvait y avoir un lien avec un TC en lien avec des explosions, soit un SPT avec des troubles cognitifs. Ça nous est arrivé d'avoir des patients avec troubles cognitifs dont la seule explication était l'ESPT...

Intervieweur : D'accord...

Ergothérapeute A : Mais ça c'était pour des personnes qui avaient ce trouble depuis longtemps et qui étaient vraiment enfermés dedans.

Intervieweur : Et comment les personnes sont suivies en ergothérapie dans les services ? De façon systématique en arrivant ?

Ergothérapeute A : Pour la psychiatrie : les patients sont suivis en ergothérapie, psychomotricité et psychiatrie bien sûr. L'ergothérapie passe par l'art-thérapie, mais je sais pas trop ce qu'elle fait...

Nous on prend en charge l'aspect physique et aussi l'aspect psychologique en discutant avec eux, en essayant de les mettre en situation. Je pense à des personnes suivies pour des fractures lombaires et des atteintes de la moelle épinière, mais il y a un moment où la rééducation est freinée par la réinsertion, parce que prendre les transports en commun, sortir dans la rue, aller au supermarché c'était compliqué pour eux. Du coup il a fallu plus de temps pour ce qui est le travail à l'extérieur. Et puis même en séance par exemple un certain nombre de SPT sont obligés de regarder la porte, d'être tout seuls dans la pièce. Après on adapte notre emploi du temps, les gens qui sont dans la salle en fonction des contraintes de la personne. On essaie de faire en sorte que la personne se sente bien avec nous. Après on essaie de la resocialiser petit à petit en fonction des troubles. Sachant qu'en parallèle, ils sont suivis par les psychiatres dont certains sont formés à l'hypnose. Ça marche plutôt bien pour les ESPT. En ergothérapie, on est formés pour tout ce qui est polytraumatismes, neurologie mais au final la spécificité de l'hôpital militaire c'est qu'il prend en charge des gens qui ont des accidents de travail (les militaires) surtout blessés de guerre. Il y a tout l'aspect psychologique à prendre en compte mais on n'est pas formés à ça. Il y a une psychologue formée aux gros traumatismes notamment ESPT, elle nous donne des trucs et on discute ensemble. C'est surtout notre expérience qui permet de les prendre en charge le mieux possible...

Intervieweur : Et du coup les personnes que vous avez pu voir, quelles étaient les circonstances du traumatisme ? Elles ont été touchées directement par les attentats, certains ont-ils eu des proches touchés aussi ?

Ergothérapeute A : Nous on a eu forcément des gens présents, car touchés par balle. Ce qui était intéressant c'est qu'on a eu des gens en couple pendant les attentats, et souvent c'était l'homme touché donc suivi par nous au quotidien dans notre service et on sentait bien que sa femme ou son amie c'était pas la même chose. Elle était un peu livrée à elle-même avec un suivi plus compliqué au quotidien. Souvent il nous rapportait qu'être à l'hôpital et être suivi par une équipe médicale c'était vraiment bien par rapport à sa femme qui était rentrée chez elle et qui essayait de reprendre leur quotidien. Et comme c'est un handicap invisible c'était hyper difficile.

Intervieweur : Elles étaient présentes sans avoir eu de blessures physiques ?

Ergothérapeute A : Oui ou alors très peu touchées physiquement sans avoir la nécessité d'être suivies à l'hôpital.

Intervieweur : D'accord... Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment les limitations d'activité se sont installées ? Est-ce que le début était insidieux (pas pour les personnes suivies en MPR) ou immédiat ... ?

Ergothérapeute A : Les victimes étaient lourdement touchées dans celles qu'on a reçus, donc touchées brutalement, mais je pense que leur femme c'est pareil. Ils ont des gros cauchemars, une grosse agoraphobie, pas de possibilité de voir du monde, dès qu'ils sortent ils ont peur, et il y en a certains un an et demi après qui sont encore dans un schéma d'isolement social, avec un arrêt de travail, pas la possibilité de sortir, des difficultés pour aller faire leurs courses, prendre le bus. Par exemple on a des patients qui ont repris leur activité professionnelle, mais qui ne peuvent toujours pas prendre le bus. Du coup ils ont réussi à avoir une prise en charge des transports pour aller à leur boulot et revenir.

Intervieweur : Est-ce que ça vous le travaillez en ergo ?

Ergothérapeute A : On essaye mais ce n'est pas parce que tu vas les mettre dans le bus 1 ou 2 ou 3 fois que ça va aller mieux. C'est quelque chose à travailler beaucoup plus profondément et c'est vrai que nous en rééducation on n'a pas développé ça.

Intervieweur : Et alors qu'est-ce qu'il faudrait ? Plus de répétitions ?

Ergothérapeute A : Le problème c'est qu'une fois qu'ils sont sortis de rééducation ils sont livrés à eux-mêmes, même s'ils sont toujours suivis par leur médecin rééducateur ou psychologue ou psychiatre, mais le quotidien ils le vivent tout seuls chez eux donc on se dit qu'il faudrait qu'il y ait un ergo qui fasse du libéral et qui essaie de leur mettre des paliers pour que au fur et à mesure ils arrivent à se réinsérer. Mais du coup c'est eux qui le font, c'est une sorte de petite bataille : par exemple ils disent « ah je suis content aujourd'hui je suis allé dans un centre commercial », ce qui peut nous paraître complètement banal. Mais lui ça fait un an qu'il n'est pas allé dans un centre commercial. Donc avant de sortir il avait fait attention de prendre un jour où il n'y avait pas beaucoup de monde, il a dû prendre sur lui, angoisser avant... pareil pour aller dans une salle de concert, c'est des petites réussites, ça ne nous paraît pas énorme mais pour eux c'est énorme, aller au cinéma... pour certains c'est encore hyper compliqué...

Intervieweur : Et ça ils le font tout seuls ? Ils ne sont pas accompagnés pour ça non plus en psy ?

Ergothérapeute A : Je ne sais pas...

Nous on essaie de le mettre en place pour... Par exemple on a accompagné quelqu'un avec un ESPT, c'était un militaire, pour qui c'était compliqué d'être avec du monde. L'objectif c'était qu'il vienne tout seul en bus à l'hôpital. On avait travaillé les trajets, l'organisation car il avait des troubles cognitifs, les arrêts les plus proches, les lignes de bus à prendre. Et puis après avoir tout préparé dans la salle, on est allé au bus. La première fois il n'a pas réussi à monter, puis après il a réussi à monter la deuxième, mais il était crevé en sortant de là. Il ne se sentait pas de le faire tout seul. Du coup il y a des gens qu'on n'arrive pas à réinsérer, c'est plus fort qu'eux. Le problème c'est que plus l'ESPT dure, plus les gens ont du mal à se réinsérer après.

Intervieweur : Oui c'est ce que j'avais lu... la chronicisation était un facteur de risque d'autres pathologies...

Ergothérapeute A : Oui c'est ça. Et puis il faut aussi adapter tout l'environnement de la personne : expliquer à la famille pourquoi la personne est comme ça, adapter le travail si la reprise est possible. Il y a un certain nombre de personnes ESPT qui s'en sortent, qui sont hyper bien prises en charge. Par exemple dans l'armée, ils font beaucoup de stages sportifs parce que les militaires sont très sportifs. Ils essaient de les réinsérer, d'avoir un contact social entre blessés, dans des cellules d'aide aux blessés. Le fait de sortir de l'hôpital ça permet d'avancer un peu.

Intervieweur : Vous disiez adapter le travail, parler à la famille. En pratique ça se passe comment ? Que peut-on faire en tant qu'ergo ?

Ergothérapeute A : Ben... Souvent c'est plutôt un travail pluridisciplinaire, déjà avec le patient on essaie de lui expliquer, de voir quelles sont ses difficultés, qu'il comprenne que c'est une vraie maladie, un vrai handicap et puis après, le but c'est que l'équipe fasse des réunions de synthèse avec la famille, pour bien expliquer les symptômes, les difficultés, les objectifs, comment aider la personne. Par exemple, ça arrive qu'il y ait des gens qui ne puissent plus partir en vacances avec la famille parce qu'ils ne peuvent plus prendre la voiture. C'est propre à chacun quoi.

Intervieweur : Quels sont les objectifs ergo pour ces personnes ? Y a-t-il des choses qui reviennent ? ou c'est vraiment au cas par cas ?

Ergothérapeute A : Nous ceux qu'on voit c'est parce qu'ils ont des troubles cognitifs, pas juste pour l'ESPT. Ça fait partie de nos objectifs de prise en charge, le but est de les resocialiser au fur et à mesure. De voir quelles sont les choses qui les gênent le plus au quotidien, de voir comment on peut essayer de compenser, adapter pour qu'ils puissent ressortir, avoir des loisirs, etc. les aiguiller pour essayer de reprendre des activités progressivement en les adaptant.

Intervieweur : Comment vous incluez ces activités dans vos moyens concrètement ?

Ergothérapeute A : Par des activités en groupe fermé 1 fois par semaine, de 4 personnes, dont le but est de mettre en place des habitudes pour qu'ils puissent s'habituer au groupe et arriver en étant moins stressés, et puis au fur et à mesure, on essaie de les sociabiliser, qu'il y ait un échange entre les participants , et puis après on essaie de changer les habitudes, travailler sur la flexibilité, c'est des gens qui ne sont pas du tout flexibles. Et beaucoup valoriser.

Intervieweur : Ce manque de flexibilité est surtout lié au TC ?

Ergothérapeute A : Surtout au TC mais une personne ESPT a besoin de tout contrôler aussi... enfin certains en tous cas... par exemple de voir la porte pour voir toutes les personnes qui arrivent. S'il voit une personne qui rentre dans la salle pendant qu'il parle, il va s'arrêter de

parler pour observer. Trop de monde qui parle autour de lui ça peut le stresser, il peut avoir du mal à se concentrer.

Intervieweur : Par rapport aux personnes prises en charge, quels sont les principaux rôles sociaux touchés par l'ESPT ?

Ergothérapeute A : La vie sociale en général. Certains patients qu'on a reçu en rééducation pendant plusieurs mois, qui se sentaient plutôt bien, pas forcément suivis en psychiatrie, et quand ils sont sortis, se sont retrouvés tous seuls, avec une hypervigilance qui les a particulièrement gênés. Parce qu'à l'hôpital c'est quand même assez confortable, ils se sentent en sécurité, connaissent les lieux. (oui c'est très cadrant...) Dès qu'ils sortent ils peuvent avoir un retour un peu compliqué. Comme retourner dans un café, ils gardent en tête tout ce qui s'est passé. Après c'est aussi se reconstruire avec tout ça. Alors il y a la reconstruction physique, et puis après qu'on leur ait dit « vous aurez ces séquelles-là » parce que souvent les armes à feu laissent des séquelles physiques, après il faut accepter de se reconstruire avec le fait que oui, j'ai été victime d'un attentat. Ils en ont beaucoup parlé un moment, puis après autour des 6 mois 1 an, surtout 1 an, ils n'en pouvaient plus, ne voulaient plus en parler. C'est ça la difficulté, ce qu'il a fallu mettre en place, se reconstruire avec ça. Mais ce n'est pas forcément un ESPT...

Intervieweur : Pourquoi ne voulaient-ils plus en parler ?

Ergothérapeute A : Je pense que c'est parce qu'ils voulaient passer à autre chose. Et à chaque fois qu'on leur reparle de ça, c'est quand même des moments très douloureux, donc au bout d'un temps on est obligés de se reconstruire en essayant d'oublier un petit peu, pas d'oublier mais qu'on arrête que ce soir leur quotidien.

Intervieweur : Dans la prise en charge, vous en parliez dès le départ... ? Peut-être pas, d'ailleurs ?

Ergothérapeute A : Si si. Alors en fait il y avait 2 possibilités : soit la personne arrivait et racontait tout dès les premiers jours, même en grand détail car elle avait beaucoup besoin d'en parler ; et d'autres qui ne voulaient pas du tout en parler. Là il fallait faire attention. Après il y en avait certains qui récupéraient et pas d'autres, on a fait gaffe aussi à ça. Nous on a gardé des gens pendant longtemps. Dans notre service, les gens peuvent se demander assez facilement ce qu'ils ont eu, ils ont tous eu des blessures assez graves. (Hum hum..) C'est arrivé qu'ils parlent des attentats sans vraiment aller dans les détails, en tous cas entre patients. Avec nous certains ont tout raconté dans les détails et d'autres se sont mis à parler plus tard.

J'ai eu pas mal de victimes d'attentat depuis des années notamment des militaires, très souvent pour la plupart ils racontent assez facilement au début en tous cas, mais certains ne disent rien du tout.

Intervieweur : D'accord... Donc la parole est plutôt salvatrice dans la récupération ?

Ergothérapeute A : Je sais pas... Je ne sais pas trop si c'est vraiment positif ou pas. Certains ont besoin de revivre la scène. Par exemple, j'avais eu une des victimes du Thalys qui avait été blessée, et un an après ou plusieurs mois après, il a repris ce Thalys. Je l'ai revu juste après, il m'a dit qu'il a revécu l'attentat psychologiquement et il avait besoin de m'expliquer comment ça s'était passé, comment il s'était caché, comment il avait pris la balle, comment était le gars, etc. J'ai l'impression que c'était important pour lui de m'expliquer ça. Même si j'ai juste écouté. Après ce qui était très compliqué, c'est quand il y a eu des nouveaux attentats car ça les a tout de suite remis dedans. En Belgique ça a été très difficile. Et quand il y a eu des reportages à six mois, un an et le fait de se revoir chez ceux qui ont été filmés, ça c'était pas évident, un peu difficile. Je pense que c'est le temps qui permet de passer à autre chose, même si je pense qu'ils n'oublieront jamais.

Intervieweur : Oui ça paraît compliqué...

Ergothérapeute A : Après, l'ESPT, c'est possible qu'il arrive plusieurs mois ou années après. (Oui j'ai vu ça...) Notamment avec les blessés militaires, on a des gens qui ont été plusieurs fois en mission extérieure dans des pays en guerre, qui ont vécu des situations traumatisantes 1 fois, 2 fois, 3 fois. Qui ont géré les situations. Et à un autre moment, une situation traumatisante, ou un décès, fait qu'il y a plein de choses qui resurgissent. Et des fois ça peut être des traumatismes datant de 5, 6, 10 ans. L'ESPT touche aussi les accidents de la voie publique, les agressions, des choses beaucoup plus communes que les attentats ou blessés de guerre, mais on n'en parle jamais... dans une population qui paraît normale. (Hum hum...)

Ce qui m'a le plus frappée suite aux attentats du 13 novembre, c'est que la population en général se rend pas compte que les victimes ont été victimes le jour de l'attentat, mais que 6 mois, 1 an, 1 an et demi après, il y en a certains qui sont encore en rééducation et tous les ESPT c'est des impacts qui changent complètement une vie. (Hum hum...) Et ça c'est quelque chose qui est très peu connu dans la population. On a l'impression que les gens pensent que oui, les 6 premiers mois ils sont pris en charge par un psychologue et après ça passe. Ils ne se rendent pas compte que ce sont des gens qui sont marqués à vie et qui auront un impact, même s'ils n'ont pas eu d'impact physique, des fois c'est plus difficile de se reconstruire avec un handicap invisible. En étant présent ou non dans la salle, parce qu'il y a des gens qui ont vécu l'après et qui ont aussi pu avoir déclenché un ESPT.

Intervieweur : En ayant vécu l'après qu'est-ce que vous voulez dire ?

Ergothérapeute A : Ceux qui ont secouru les victimes etc...

Intervieweur : Ah oui d'accord... Et justement quelles ont été les réactions de l'entourage des victimes suite au traumatisme ? La réaction familiale, des amis, de l'entourage professionnel par exemple ?

Ergothérapeute A : Les familles ont été présentes...

Intervieweur : Quel impact ça a eu, plutôt positif ?

Ergothérapeute A : Je ne sais pas trop... Oui quand même, oui c'était bénéfique.

Intervieweur : Vous avez eu connaissance de personnes qui auraient eu un entourage plutôt obstacle à la récupération ?

Ergothérapeute A : On a eu un cas d'un patient qui était déjà dans une famille très isolée. Avec l'ESPT, ses parents ne le poussent pas à sortir, il a une vingtaine d'années. Mais après c'est le fonctionnement familial qui est comme ça.

Mais pour la plupart ils étaient quand même hyper moteurs, de proposer des sorties, d'y aller progressivement, de les accompagner dès que possible.

Intervieweur : Il n'y avait pas de souffrance vis-à-vis du regard des autres, d'être une victime du Bataclan par exemple, d'être un peu stigmatisé, il y a pas ce côté-là qui ressort ?

Ergothérapeute A : Le truc qui était un peu différent dans notre hôpital c'est qu'ils étaient plusieurs, qu'ils pouvaient discuter entre eux. Je me rappelle on a eu une journaliste d'Envoyé Spécial qui était venue filmer deux patients en rééducation, qui les a suivis sur 2 ou 3 mois. On les avait en cuisine tous les deux, mais pour travailler la récupération, les déplacements, plutôt physiques. La journaliste était là pour les filmer. Elle leur posait des questions « oui on peut dire que c'est la première fois que vous refaites la cuisine depuis les attentats, qu'est-ce que ça vous fait de pouvoir recuisiner ? ». Elle essayait à chaque fois de mettre en lien l'activité que l'on faisait avec l'attentat. Mes patients ne répondaient pas comme voulait... j'avais l'impression que le journaliste voulait qu'ils disent que c'était merveilleux de reprendre ça etc. Eux ils étaient déjà dans la vie après l'attentat, pour eux c'était une suite logique de refaire la cuisine, ils étaient hyper contents, ils allaient pouvoir se remettre debout, faire des déplacements debout, faire la cuisine c'était une méthode de rééducation qui les rapprochait un peu plus de la sortie, de leur vie quotidienne. (Hum hum...) Un moment elle a posé une question sur le fait qu'ils étaient tous les deux victimes d'attentat, et sur leur relation tous les deux en leur disant « est-ce que par rapport aux autres patients vous vous sentez plus proches tous les deux pour avoir vécu tous les deux l'attentat ? » Ils ont eu une réponse qui a surpris la journaliste en disant que non, ils se sentaient pas plus proches qu'avec les autres patients qui n'avaient pas vécu l'attentat. Ce qui les rapprochait c'était de vivre la rééducation ensemble, mais pas particulièrement le fait d'avoir vécu l'attentat. Dans les reportages, ça aide de pouvoir discuter, se retrouver ensemble pour parler des attentats, mais ça c'est plutôt pour ceux qui n'ont pas été suivis au niveau psychiatrique. Ils ont dû avoir l'impression d'avoir été lâchés dans la nature et du coup ils ont dû reprendre leur quotidien alors que c'est difficile d'expliquer aux autres que c'est dur, que t'y penses toujours, que tu as des difficultés pour reprendre le travail, même si tu vas bien physiquement.

Intervieweur : Oui donc les personnes qui m'ont m'orientée vers mon sujet ne sont pas forcément celles que vous avez pu prendre en charge...

Ergothérapeute A : Je pense que le milieu hospitalier permet beaucoup de parler de ça et de le prendre en charge. Le fait que la personne soit blessée, ça permet aussi... la blessure montre aussi les traces, ça fait une reconnaissance. Le fait qu'ils soient rentrés dans notre hôpital avec nos médecins qui sont experts, ça leur permet aussi de rentrer dans la boucle de l'expertise, puis de la consolidation et de l'indemnisation, qui est assez importante, avec un accompagnement social. Par exemple nos blessés ont été relogés, certains, en tous cas ceux qui ont voulu, ont pu être relogés plus rapidement que d'autres, dans des logements sociaux. En gros leurs blessures ont été prioritaires. Par exemple, ceux qui étaient en fauteuil roulant ont eu un logement adapté, le fait d'être une victime des attentats leur a donné une priorité sur l'acquisition de logements sociaux. Il y aussi une reconnaissance financière très importante mais qui n'est possible que si la personne est dépistée, et suivie au niveau hospitalier, en tous cas par un médecin expert. Je ne sais pas si toutes les personnes qui étaient des « victimes collatérales » ont bien été prises en charge. Je ne sais pas si toutes les personnes du Bataclan ont été rappelées pour leur dire qu'elles pouvaient être indemnisées. Le fait qu'ils aient été hospitalisés chez nous, ils ont été tout de suite mis dans la boucle et accompagnés par l'assistante sociale. Au niveau des MDPH il y a des ergothérapeutes dans les équipes qui ont été mises en place dans les dossiers victimes d'attentat. Pour essayer d'avancer les processus de prise en charge. C'est des victimes considérées comme des blessés de guerre et ils ont le droit à une indemnité : pension d'invalidité ou quelque chose comme ça... (Je savais pas qu'ils avaient accès à ça...) Si si. Si l'attentat a eu un impact sur leurs conditions de vie, professionnelle, familiale etc. Ils ont le droit à des indemnités. Y'a des articles de lois là-dessus...

Intervieweur : Comment avez-vous réussi à provoquer l'engagement dans la reprise d'activité ? C'est souvent ça qui est touché dans l'ESPT, le fait de plus avoir d'envie... Quels ont été les moyens mis en place à ce moment-là ?

Ergothérapeute A : On les a poussés pour faire des choses le week-end. On leur a proposé s'ils le voulaient de les accompagner, de prendre les transports en commun en séance, mais après.. euh... Nous, ils sont pris en charge pour le polytraumatisme et ils ont droit à des sorties le week-end. Au début ils sont rentrés chez eux, certains ont préféré aller à la campagne, plutôt enfermés. Après notre job c'était de les stimuler pour faire des sorties. Donc essayer de trouver des objectifs à faire pour les impliquer. Par exemple, un qui avait très peur de sortir, le premier objectif c'était d'aller chez le coiffeur. Ça a mis du temps, et à un moment il a réussi à y aller, il était hyper content. Au fur et à mesure, il fallait trouver les activités qu'il ne pouvait plus faire et qui lui manquaient le plus. Ça pouvait être une soirée, faire venir deux, trois copains à la maison, des objectifs qui peuvent paraître tout bêtes mais qui pour eux sont impossibles. (Hum hum...) Par exemple, on a un patient qui est pianiste, et qui revenait de son cours de piano le soir des attentats. Il a été touché dans la rue. Notre job c'est d'essayer de le pousser parce qu'il n'a pas du tout repris le piano depuis. Pour l'instant il n'y arrive pas du tout...

Intervieweur : Et il en a envie ?

Ergothérapeute A : Il ne sait pas trop, en tous cas il n'a pas envie de le faire tout seul. On aurait pu lui dire « pendant la séance d'ergothérapie je vous propose d'aller passer un moment sur le piano ».

Intervieweur : Quand ils commencent à récupérer, qu'est-ce qui est visible de ce changement ?

Ergothérapeute A : Lorsqu'ils commencent à se donner d'autres objectifs, que les premiers sont atteints, et qu'ils commencent à sortir.

Intervieweur : Le côté sociable qui revient... ?

Ergothérapeute A : Oui quand la personne dit qu'elle se sent mieux, qu'elle fait moins de cauchemars etc. mais tout ça c'est une prise en charge pluridisciplinaire, beaucoup psychiatrique, parce que l'exemple de l'hypnose ça marche très bien.

Intervieweur : Sur les retentissements sur la vie quotidienne, notamment sur les rôles de parents, conjoints... est-ce que les personnes les évoquent ?

Ergothérapeute A : Ben oui parce que ça dépend du syndrome mais... Souvent il y a de l'hypervigilance, une intolérance au bruit, une irritabilité, avec une agressivité... ça peut avoir des conséquences sur la vie familiale. Par exemple un papa qui s'énerve tout de suite avec ses enfants, ou qui n'accepte pas que ses enfants se mettent en colère ou fassent trop de bruit.

Intervieweur : Ça fait partie votre accompagnement ?

Ergothérapeute A : Ben... oui... c'est un accompagnement global. Un peu comme un TC le but est de lui donner des objectifs qui sont atteignables, en lui montrant comment faire, lui donner des astuces. Par exemple l'ESPT, une personne qui stresse quand elle prend le bus, déjà c'est lui donner des techniques de relaxation, de lui dire « quelles sont vos difficultés, comment vous pourriez vous en sortir si jamais vous faites une crise d'angoisse ? » Le but c'est de compenser au maximum, de bien faire dire les choses et de valoriser en disant « c'est bien vous avez super bien réagi, là c'était super bien »... pour que la personne reprenne confiance en elle, qu'elle continue à oser faire des choses... mais c'est long !

Intervieweur : Elles arrivent à se projeter dans l'avenir ? A imaginer reprendre certaines activités ?

Ergothérapeute A : Ça dépend, il y en a qui vont vouloir y aller... et au dernier moment ils ne peuvent pas.

Par exemple, retourner dans une salle de concert... par exemple quand ils ont refait un concert du groupe, il y en a certains qui ont voulu y aller, mais qui ont vraiment pris sur eux, qui étaient contents d'y aller. Mais qui n'ont pas été sereins. Et il y en a d'autres qui n'ont pas pu y aller, c'était impossible pour eux d'y aller. Donc après c'est ce que je te dis, c'est des petites victoires. (OK...) Et après c'est apprendre à vivre avec. Ben au bout d'un moment

quand la personne elle est trop envahie par son ESPT, c'est au moins aider à essayer de retrouver des moments de plaisir, de valoriser... des choses comme ça... des fois ça paraît tout bête mais des fois rien que retrouver une activité sportive, sortir de chez lui, partir à la campagne...

Intervieweur : C'est vraiment au cas par cas..

Ergothérapeute A : C'est en fonction des envies de chacun....

C'est ça aussi, chaque personne est vraiment différente... et ce qui est aussi à prendre en compte c'est vraiment d'entendre en fait, ces difficultés. Parce que comme elles sont invisibles, c'est aussi super difficile socialement, ben d'expliquer à quelqu'un que ben non, tu ne vas pas revoir tes amis parce que tu ne peux pas sortir de chez toi. Le fait d'aller à la superette en bas de chez toi c'est compliqué, le fait de faire venir des amis chez toi c'est compliqué aussi. Il y a ça aussi qu'il faut réussir à expliquer quand c'est possible.

Intervieweur : Ça fait aussi partie de l'accompagnement en ergothérapie ?

Ergothérapeute A : Ben non pas vraiment... nous on essaie de dire à la personne qu'il faut qu'elle en parle, on lui propose de rencontrer sa famille, mais on n'a pas la possibilité de rentrer dans cette sphère, on ne reste vraiment en contact qu'avec le patient. Sauf si sa famille veut venir à l'hôpital.

Intervieweur : Et après vous faites des visites à domicile ?

Ergothérapeute A : Non pas du tout. Nous on les revoit souvent, des fois même certains on les suit en Hôpital de jour parce qu'il y a l'aspect physique à prendre en compte et puis on se dit bon bah, on va essayer de le garder même s'il pourrait faire de la kiné en libéral... on continue de le garder. Par exemple au premier anniversaire des attentats, on s'est dit on va les garder quand même au cas où... Il y en a d'autres qui ne vont pas encore très bien. Donc du coup ça peut arriver qu'on les revoie en l'hôpital de jour... Après ils sont revus par le médecin de rééducation et ils sont censés être revus par leur psychiatre. Nous on a un énorme rôle sur l'orientation : si on voit que c'est un patient qui n'a pas été pris en charge par un psy, nous on est vraiment signal d'alarme, pour faire intervenir un psychologue ou un psychiatre. On a aussi un rôle auprès du patient, parce que pour eux, de voir un psychiatre ou un psychologue ou même d'être hospitalisé en psychiatrie, c'est compliqué parce que le mot psychiatrie c'est très péjoratif. Le but c'est de leur dire « non, non, vous allez être avec des gens qui ont aussi un ESPT, ne vous inquiétez pas, vous n'êtes pas fous », essayer de dédramatiser la situation pour qu'ils acceptent d'aller voir un psychiatre. Et puis on fait le lien avec les psychiatres, de voir comment ils voient la suite...

Intervieweur : Aujourd'hui il y a encore des personnes hospitalisées depuis les attentats ?

Ergothérapeute A : Oui. Il y a des personnes qui étaient rentrées chez elles, qui se sentaient plutôt bien et qui sont revenues. Et notamment qui ont été prises en charge en psychiatrie. Encore récemment. Il y en a qui allaient mieux, qui sont rentrées chez eux, ont repris un

boulot, et en fait au boulot c'était trop dur, ils sont revenus en psychiatrie. Il y en a qui sont chez nous encore suivis et qui sont en congés de longue maladie.

Intervieweur : Qu'est ce qui a été difficile dans le travail ?

Ergothérapeute A : Pour certains c'est le regard des autres. Il y en a un ce n'était pas facile là-dessus. (Pourquoi ?) Lui, il a eu un poste au-dessus de celui qu'il avait avant car il ne pouvait pas reprendre son ancien poste. Je crois qu'il a été reclassé et qu'il a eu un poste que quelqu'un d'autre voulait avoir et qui était réservé. Il l'a eu notamment parce qu'il était victime... m'enfin... ils ont voulu le reclasser. Je crois que ça s'est pas bien passé là-dessus.

Intervieweur : La stigmatisation s'exprime plutôt au travail que dans la sphère privée ?

Ergothérapeute A : Oui certains n'ont pas pu du tout reprendre le travail. Et certains à cause du physique... (Hum hum...) Et d'autres ont pu reprendre le travail... Par exemple un jeune qui a repris mais qui ne peut toujours pas reprendre les transports en commun. Alors il a réussi à se faire financer un taxi qui vient et qui le ramène chez lui.

Moi je pense à tous les autres ESPT pas victimes des attentats, par exemple les brûlés (cuisine, barbecue, travail)... est ce qu'il existe un service à Paris des services d'ESPT? Nous ce qui est bien c'est dès qu'on dépiste un ESPT en rééducation, on les envoie en psychiatrie.

Intervieweur : Parce que juste en ergo avec une prise en charge en rééducation sans psychiatrie vous n'auriez pas le même effet thérapeutique ?

Ergothérapeute A : Nous en rééducation, on ne prend pas une personne qui a juste un ESPT, il faut qu'elle ait aussi des troubles cognitifs. Par contre en psychiatrie, je pense que ça doit exister mais je ne sais pas s'il y a beaucoup de services qui sont spécialisés là-dedans. Ma collègue en psy fait de l'art thérapie, mais pas beaucoup de mises en situation...

Nous avec les blessés de guerre on a un dépistage qui fait partie des pathologies habituelles. Chez les militaires il y a une cellule avec numéro vert qui a été mise en place et de la communication pour un dépistage précoce de l'ESPT.

Moi j'imagine les gens du Bataclan qui sont partis parce qu'ils allaient bien, je me demande si quelqu'un les a rappelés, leur a dit qu'ils avaient droit à un financement...

Intervieweur : Vous avez reçu une dizaine de patients ?

Ergothérapeute A : Une trentaine, sans parler de ceux en psychiatrie.

Avec Bégin on a eu un tiers des blessés, d'autres à St Antoine.

Intervieweur : Feriez-vous des choses différemment par rapport à l'accompagnement de ces personnes ? Points communs, choses à faire, ne pas faire ?

Ergothérapeute A : A faire c'est les écouter, prendre en compte leur syndrome. Parce que c'est un handicap qui est invisible. Il faut être motivant, hyper valorisant.

Et puis surtout c'est un travail d'équipe, tout seul on ne peut rien faire. Par exemple un ergothérapeute libéral tout seul je ne vois pas comment il pourrait les prendre en charge. C'est une pathologie compliquée. Les victimes d'attentat c'est vrai que ça a été difficile, ils ont demandé beaucoup plus de.... Nous nos blessés de guerre, quand ils viennent, ils savent que leur métier est dangereux. Et du coup ils savent que quand ils partent en guerre, ils prennent un risque, ils ont la possibilité d'être blessés. A prendre en charge c'est vrai que c'est plus facile, et ils ont tout de suite une reconnaissance au niveau des hôpitaux militaires, des aides financières pour la famille. Alors que les victimes d'attentats, c'est vraiment différent, c'est un peu monsieur tout le monde qui était au mauvais endroit au mauvais moment. Et en plus qui ne s'attendait pas à ça dans sa vie, et qui n'était pas du tout préparé. Et c'est aussi en lien avec une cause qu'ils ne comprennent pas... Ça ne facilite pas la prise en charge, elle demande une adaptation particulière.

Intervieweur : Vous avez eu une formation particulière en rentrant à Percy ?

Ergothérapeute A : Non. Nous, on a le milieu militaire qui, pour nos militaires, est vachement sécurisant. Il y a l'aspect famille militaire qui est hyper bien aussi, qui permet une reconstruction. Les patients ne se sentent pas trop seuls. Après pour les civils, ils peuvent se sentir un peu pareil dans le centre de rééducation. Mais les militaires, comme c'est en lien avec leur métier, les médecins les prennent en charge du début de leur rééducation jusqu'à la réinsertion. Et s'il ne peut pas se réinsérer dans le milieu militaire, il peut être accompagné dans une réinsertion sociale. Il y a aussi l'aspect financier qui est hyper important pour les militaires blessés de guerre, qui est hyper rassurante. Mais pour les victimes d'attentats, ils n'ont pas eu cette avance financière tout de suite, et pour certains ça a posé pas mal de soucis, ils ont dû arrêter leur boulot, surtout s'ils étaient à leur compte.

Intervieweur : Oui c'est du concret, mais c'est une base indispensable le versant financier...

Ergothérapeute A : Ça change tout quand on est en arrêt maladie. D'abord on est à 100%, puis 80% pendant quelques semaines, puis rapidement à 50%. C'est difficile à prendre en charge ça aussi.

Intervieweur : Ça semble intéressant vos missions...

Ergothérapeute A : Après je ne sais pas si on prend complètement en charge le SPT parce qu'on est en rééducation, mais j'ai l'impression qu'en travaillant le physique on travaille aussi obligatoirement l'aspect psychologique, et de réinsertion... et puis c'est assez progressif car on les voit tous les jours pendant des mois, 1h tous les jours. La prise en charge de l'ESPT rentre dedans, car on les connaît super bien, on discute énormément. En plus en ergothérapie on leur pose pas mal de questions sur leur environnement, leur vie quotidienne, leurs habitudes de vie, on est rapidement alertés si un SPT se développe : quelqu'un qui ne dort pas bien, regarde sans arrêt la porte...

Ce qu'il faut mettre en avant, c'est que dans l'ESPT il y a un cercle vicieux : la personne est en hypervigilance tout le temps, très irritable, ça demande énormément d'énergie d'être avec

des gens, jusqu'à provoquer des crises d'angoisse. Du coup ils évitent au maximum ces situations d'angoisse. Tu te désocialises. Au début les gens ils viennent t'aider etc... Mais au fur et à mesure, ils t'isolent de plus en plus. Mais si tu ne casses pas ce cercle vicieux, à un moment tu as des troubles cognitifs qui commencent à apparaître, tellement la personne se renferme sur elle-même.

Intervieweur : De quel genre ?

Ergothérapeute A : Parfois on a des personnes qui ont un ESPT suite à un traumatisme avec explosions, et on ne sait pas trop si les symptômes viennent d'un TC ou de l'ESPT. Chez nous on a eu un gars qui venait pour lombalgie, en fait il avait un ESPT datant d'il y a 7ans, et il avait beaucoup de troubles cognitifs, notamment il était suivi en orthophonie, il avait plus de troubles qu'un patient Alzheimer. Et selon la littérature, les patients ESPT développeraient plus facilement des démences. Pour les personnes chroniques et pas dépistées.

Intervieweur : Le cercle vicieux à casser ? Comment ?

Ergothérapeute A : La revalorisation dans un service hospitalier, notamment psychiatrique. Mais faut les dépister tôt.

Intervieweur : Il y a des personnes qui n'ont plus du tout de symptômes ?

Ergothérapeute A : Je ne sais pas. Même les blessés sans ESPT, dès qu'il y a un gros bruit tout le monde s'arrête.

J'espère que la réinsertion est possible. En ce moment je fais un stage de sport avec des blessés de guerre, il y en a qui ont des SPT et qui s'en sortent bien. Le but c'est qu'ils se reconstruisent, qu'ils reprennent confiance en eux et qu'ils adaptent leur projet de vie. Mais les symptômes doivent pouvoir se traiter.

Conclusion, remerciements.

Annexe V : Grille de lecture et présentation des matériaux bruts

Tab.V : Grille de lecture et présentation des matériaux bruts

| Indicateurs | ESPT aigu/chronique Phase I | | Phase de récupération Phase II | |
|-------------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|
| | NB | Verbatims | NB | Verbatims |
| Limitation d'activité | A : 4 B : 2 C : 2 D : 0 | « rééducation freinée par la réinsertion : prendre les transports en commun, sortir dans la rue, aller au supermarché c'est compliqué » « ne peuvent plus prendre leur voiture » « faire une soirée, faire venir des copains à la maison » « il n'a pas du tout repris le piano depuis » « évitent les moyens de transport » « dès qu'il sort c'est une source de stress très importante » « reprendre les transports en commun » « elle a pas eu la pratique (de ses études) car elle n'est pas allée en stage » | A :2 B :0 C :0 D :0 | « il a réussi à aller chez le coiffeur il était hyper content » « au fur et à mesure il fallait trouver les activités qu'il ne faisait plus et qui lui manquaient le plus » |
| Restriction de participation | A : 9 B : 2 C : 3 D : 0 | « grosse agoraphobie, grosse peur de voir du monde, de sortir, jusqu'à être dans un schéma d'isolement social » « arrêt de travail » « il faut adapter l'environnement de la personne et expliquer à la famille pourquoi la personne est comme ça, adapter le travail si la reprise est possible » « ne peuvent plus partir en vacances avec leur famille » « hypervigilance qui a une conséquence sur le vie | A :2 B :1 C :0 D :0 | « patients qui ont repris leur activité professionnelle, mais qui ne peuvent toujours pas prendre le bus » « les week-ends, certains préféreraient rester enfermés chez eux ou partir à la campagne » « c'est quelqu'un de très sociable, qui aime sortir, c'est pas inquiétant au niveau de son isolement social » |

| | | | | |
|-----------------------|-----------|--|--------------|--|
| | | <p>familiale »</p> <p>« un papa qui s'énervait tout de suite ou qui n'accepte pas que ses enfants fassent trop de bruit »</p> <p>« le boulot c'était trop dur »</p> <p>« cercle vicieux : la personne est en hypervigilance jusqu'à provoquer des crises d'angoisses, ils se désocialisent. Au début les gens ils viennent t'aider, mais au fur et à mesure ils t'isolent de plus en plus »</p> <p>« ils évitent au maximum ces situations d'angoisse »</p> <p>« à la fin de la PEC il était pas prêt à reprendre une activité professionnelle »</p> <p>« Ils se sont regroupés et encore plus renfermés. Le projet de vie c'est qu'ils aillent dans leur maison de campagne, quitter paris et tous se retrouver là-bas »</p> <p>« « Pourquoi vous ne dormez pas ensemble ? Parce qu'il a des réveils nocturnes » »</p> <p>« Elle était avec son compagnon, elle va au théâtre et en descendant les escaliers du métro elle voit « alerte au colis piégé », elle est remontée en 2 en criant, à pas pouvoir se contrôler, et là c'était fini les soirées, les sorties, les loisirs »</p> <p>« il ne pouvait plus regarder la télé, il avait très peur de donner des interviews, qu'on sache où il habite, peur que les terroristes viennent le finir »</p> | | |
| Hypervigilance | A : 10 | « difficultés pour dormir » « troubles cognitifs » | A :1 B :0 | « de retour chez eux car se sentaient plutôt bien, |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | <p>B : 0</p> <p>C : 1</p> <p>D : 1</p> | <p>« somatisation »</p> <p>« sont obligés de regarder la porte, d'être tout seul dans la pièce »</p> <p>« gros cauchemars »</p> <p>« a besoin de tout contrôler »</p> <p>« stressé par le bruit ambiant, les gens qui parlent »</p> <p>« intolérance au bruit, irritabilité, agressivité »</p> <p>« troubles du sommeil »</p> <p>« très peur »</p> <p>« sont hyper fatigables, donc c'est bien le prendre en compte. Ils sont hyper sensibles au bruit etc.. Parfois ils n'osent pas dire les choses... »</p> | <p>C : 0</p> <p>D : 0</p> | <p>hypervigilance car à l'hôpital c'est confortable et ils se sentaient en sécurité »</p> |
| <p>Motivation personnelle (valeurs, intérêts, projets)</p> | <p>A : 0</p> <p>B : 9</p> <p>C : 1</p> <p>D : 1</p> | <p>« patient très renfermé sur lui-même, peu accessible »</p> <p>« pas moteur dans le projet »</p> <p>« certains choix ont été faits en fonction d'eux plutôt que du patient, qui à ce moment là était tellement en état de stress et incapable de prendre des décisions, totalement passif dans la prise en charge »</p> <p>« rien qui passait : très vague et renfermé »</p> <p>« répondait froidement aux questions, se contentait d'un oui ou d'un non »</p> <p>« Avait décidé d'en finir, n'en était pas à cette phase d'acceptation du handicap, pas possible de se projeter »</p> <p>« trop tôt pour parler de projet de vie »</p> <p>« ma collègue s'inquiète car son projet de vie n'est pas adapté à son âge »</p> <p>« ne pourra jamais être prof</p> | <p>A : 2</p> <p>B : 3</p> <p>C : 1</p> <p>D : 0</p> | <p>« certains ont voulu aller au concert que le groupe a refait »</p> <p>« allaient mieux, ont repris leur boulot »</p> <p>« est musicien, continue d'aller à des concerts »</p> <p>« on lui a parlé de sport adapté en FR sur lesquels il a pu accrocher »</p> <p>« il a commencé à se renseigner, à être motivé »</p> <p>« Lui après s'est marié avec son amie »</p> |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| | | <p>de musique comme il le souhaitait. Il est perdu il ne sait pas vers quoi s'orienter »</p> <p>« la force de vie chez ce jeune »</p> <p>« Bouleversement complet : perd son autonomie sur tous les plans, il faut revoir avec lui tous les fondamentaux de sa vie, il ne sait plus d'un point de vue existentiel ce qui est bien ce qui est mal, a perdu son travail, et il ne va pas reprendre son activité. Au niveau familial c'est très compliqué aussi. Les militaires doivent aussi revoir tous les fondamentaux de leur vie, tout ce qui a été idéalisé.. Même genre de prise en charge entre civil et militaire, personne qui a perdu tous ses repères existentiels »</p> | | |
| <p>Ressenti personnel, perception de ses capacités</p> | <p>A : 9</p> <p>B : 3</p> <p>C : 7</p> <p>D : 1</p> | <p>« être livrée à soi-même : compliqué au quotidien »</p> <p>« comme c'est un handicap invisible c'est hyper difficile »</p> <p>« besoin d'être valorisés »</p> <p>« besoin d'être rassurés »</p> <p>« stressés »</p> <p>« il faut que la personne reprenne confiance en elle »</p> <p>« les victimes d'attentats, c'est vraiment différent, c'est un peu Mr tout le monde qui était au mauvais endroit au mauvais moment. Et en plus qui ne s'attendait pas à ça dans leur vie, et n'étaient pas du tout préparé »</p> <p>« c'est aussi en lien avec une cause qu'ils ne</p> | <p>A : 5</p> <p>B : 0</p> <p>C : 1</p> <p>D : 1</p> | <p>« une fois qu'ils sont sortis ils sont livrés à eux-mêmes »</p> <p>« (commencent à récupérer quand) elle dit qu'elle se sent mieux, qu'elle fait moins de cauchemars »</p> <p>« ils gardent en tête ce qui s'est passé »</p> <p>« un évènement peut déclencher un ESPT 10 ans après »</p> <p>« quand ils sont allés au concert, ils ont vraiment pris sur eux »</p> <p>« le soir « je suis rincée j'ai mal partout ». Elle avait encore des cicatrices, des pansements compressifs</p> |

| | | | | |
|--|-----------------|--|----------------------|--|
| | | <p>comprennent pas... »</p> <p>« parfois annule la séance... pour nous il y a autre chose sous-jacent, trop de stress »</p> <p>« évitait le sujet, j'ai pas su s'il avait vu s'il avait vu ses enfants depuis qu'il était en FR. Très prostré au début »</p> <p>« pas possible de se projeter »</p> <p>« les gens sont plein d'espoir, « ça va aller », des AT pour les loisirs « on y est pas ». Ils minimisent. »</p> <p>« Elle espérait beaucoup, mais elle s'est rendue compte qu'elle n'arrivait pas à suivre un stage »</p> <p>« elle ne se sentait plus en sécurité lorsqu'elle devait traverser une cité qu'elle traversait auparavant »</p> <p>« trop peur de sortir »</p> <p>« T'as aussi le contexte du survivant, quand tu as survécu à un accident collectif comme ça, t'as tout un temps où tu te sens immortel. C'est comme ça que je sentais la jeune, avec une force surhumaine qui pour moi ne peut pas durer »</p> <p>« la force de vie chez ce jeune »</p> <p>« Et puis le moral : beaucoup de dépression, il n'allait pas bien du tout. Et cette phase de dépression : parfois immédiate parfois plus tard. Une fois que t'es sorti du centre de rééduc, t'es tout seul chez toi... »</p> <p>« Parfois ils n'osent pas dire les choses... »</p> | | <p>à ce moment-là, et puis elle avait pas encore fait le deuil qu'elle récupérerait pas au niveau fonctionnel»</p> <p>« Au niveau de l'humeur, ça dépend de ses objectifs, symptomatologie stabilisée (dont l'humeur), régulation émotionnelle, en fonction des productions plastiques aussi »</p> |
| Performance objective et expérience | A : 4 B : | « sont dans l'impossibilité de sortir et faire des courses » | A :1 B :1 C :0 | « a repris le travail mais ne peut toujours pas reprendre les transports |

| | | | | |
|--------------------------|--------------|---|--|---|
| | | <p>1 C : 0 D : 1</p> <p>« pour certains ils étaient dans l'impossibilité d'y aller (au concert) » « le boulot c'était trop dur » « ca demande énormément d'énergie d'être avec des gens » « ESPT associé à d'autres comorbidités, souvent dépression et addictions »</p> | D :0 | <p>en commun » « l'activité cuisine permet de leur faire prendre conscience qu'ils sont capables de faire des activités même en situation de handicap »</p> |
| Statut de victime | Lever | <p>A : 6 B : 1 C : 1 D : 0</p> <p>« accepter de se reconstruire avec le fait que j'ai été victime d'un attentat » « entrés dans notre hôpital donc dans la boucle de l'expertise et de l'indemnisation » « blessés ont été relogés, de façon prioritaire » « victime d'attentat prioritaire pour logement sociaux » « reconnaissance financière importante mais possible que si la personne est dépistée » « a eu ce poste notamment parce qu'il était une victime » « indemnisation financière très conséquente » « Le jeune et sa compagne ils se rendaient que c'était presque des privilégiés « on n'a de la chance que ce soit un attentat » »</p> | <p>A :1 B :0 C :0 D :0</p> | <p>« la blessure physique montre les traces, ça permet une reconnaissance »</p> |

| | | | |
|--|----------|--|---|
| | Obstacle | <p>A : 3 « ils en ont beaucoup parlé pendant un moment, puis</p> <p>B : 8 après autour des 6mois 1an, ils ne pouvaient plus, ne</p> <p>C : 8 voulaient plus en parler »</p> <p>D : 0 « ils voulaient passer à autre chose »</p> <p>« le mot psychiatrie est péjoratif »</p> <p>« les parents répondaient avant leur fils »</p> <p>« poussé à faire la victime pour un côté financier »</p> <p>« ce qu'on a pu observer c'est que l'indemnisation financière est dure à gérer pour les patients »</p> <p>« la victimisation que l'état fait de ces patients ne les aide pas dans leur rééducation ni dans leur progrès »</p> <p>« certains patients font durer la chose et profitent du fond de garantie »</p> <p>« s'est vu imposer des choses »</p> <p>« orienté par ses parents »</p> <p>« parents dans le dénis »</p> <p>« le fait d'avoir un handicap physique donne une légitimité à être victime, donc t'as même pas à aller la chercher. Tu peux passer à autre chose. Quand c'est un handicap invisible, qui n'est que psychologique, et pourtant tu étais là et pourtant ça t'a choqué... t'entendre dire « y'en a qui sont morts donc bon »... ça ne fait que augmenter l'isolement »</p> <p>« Et puis t'as un truc horrible c'est la hiérarchisation de la gravité de l'attentat. C'est l'assurance (la CIVI) qui va indemniser. Mais elle est débordée, par l'afflux des dossiers pour les attentats.</p> <p>« Votre fils il était dedans ok, mais votre fils il est vivant » « il est pas handicapé » « il était en</p> | <p>A : 0</p> <p>B : 0</p> <p>C : 0</p> <p>D : 0</p> |
|--|----------|--|---|

| | | | |
|------------------------------------|----------------------|---|---|
| <p>Environnement social</p> | <p>Levier</p> | <p>A : 6 B : 3 C : 1 D : 1</p> <p>« suivi par une équipe à l'hôpital » « milieu hospitalier ça permet de parler » « souvent la présence des familles est bénéfique » « sont moteurs, proposent des sorties et de les accompagner » « le milieu militaire pour nos militaires est vachement sécurisant. Pour les civils, ils peuvent se sentir un peu pareil dans le centre de rééduc » « cercle vicieux : la personne est en hypervigilance jusqu'à provoquer des crises d'angoisses, ils se désocialisent. Au début les gens ils viennent t'aider, mais au fur et à mesure ils t'isolent de plus en plus » « sa femme était moteur et l'encourageait, ses enfants aussi » « conjointe très patiente et très soutenante » « compagne très présente au début mais lui était très en retrait, elle devait continuer à vivre pour 2 » « Les familles sont souvent en soutien, mais pour eux même ont leur propre limitation d'activité. Son compagnon a changé de travail pour se rapprocher de son domicile et pouvoir rentrer le midi avec elle » « C'est des groupes ouverts, mais peuvent être facteurs de stress. C'est moi qui évalue si ca fait du bien (émulation) ou du mal (facteur aggravant d'angoisse) »</p> | <p>A : 0 B : 2 C : 0 D : 0</p> <p>« sont une bande de potes musiciens, ça les a rapproché, ils ont monté leur groupe » « son fils aussi était au Bataclan, ça les a aussi rapproché »</p> |
|------------------------------------|----------------------|---|---|

| | | | |
|--|-----------------|--|--|
| | Obstacle | <p>A : 8</p> <p>B : 6</p> <p>C : 3</p> <p>D : 0</p> <p>« à chaque fois qu'on leur reparle de ça, c'est quand même des moments très douloureux »</p> <p>« au bout d'un temps on est obligés de se reconstruire en essayant d'oublier un petit peu »</p> <p>« les nouveaux attentats ça les replonge tout de suite dedans »</p> <p>« dans les reportages, ceux qui avaient été filmés et qui se sont vus 1 an après ça a été difficile »</p> <p>« la journaliste a demandé s'ils se sentaient plus proches du fait d'avoir vécu les attentats »</p> <p>« invisible, très difficile socialement »</p> <p>« difficile d'expliquer que tu peux pas revoir tes amis parce que tu peux pas sortir de chez toi »</p> <p>« le regard des autres »</p> <p>« ses parents étaient très présents, carrément envahissants »</p> <p>« projet de vie dévié car les parents ont rapidement sauté sur la chose et ont aménagé leur domicile à eux avec le fond de garantie »</p> <p>« son père répondait à sa place »</p> <p>« sa compagne s'est effacée peu à peu »</p> <p>« Famille pas aidante, elle entretient ce renfermement, cet isolement social qui s'est créé dès le début avec le SPT, et ils entretiennent ce retrait social »</p> <p>« pour les 1ères fois où il a pu sortir le WE, c'était difficile pour elle de pousser son compagnon en FR devant le regard des autres »</p> <p>« Par exemple cette fille je lui dis « on est bientôt à 1 an du trauma, est ce que vous voyez encore des gens du Bataclan ? » « Ah non moi les trucs où on est en</p> | <p>A : 1</p> <p>B : 0</p> <p>C : 0</p> <p>D : 0</p> <p>« la journaliste voulait qu'ils disent que c'était merveilleux de reprendre la cuisine, elle faisait le lien avec les attentats. Eux ils étaient déjà dans la vie après. La cuisine c'était un moyen de rééducation qui les rapprochait de la sortie, de leur vie quotidienne »</p> |
|--|-----------------|--|--|

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| Environnement sociétal | Levier | <p>A : 3 B : 0 C : 1 D : 0</p> <p>« reconnaissance financière » « priorité pour logements sociaux » « si l'attentat a eu un impact sur leurs conditions de vie, professionnelles, familiales, etc. ils ont le droit légalement à une indemnisation » « Les logements sociaux ? oui mais bon c'est politique, c'est difficile de trouver des logements adaptés pour des centaines de personnes »</p> | <p>A : 0 B : 0 C : 0 D : 0</p> | |
| | Obstacle | <p>A : 2 B : 2 C : 1 D : 0</p> <p>« la population ne se rend pas compte qu'ils ont subi des impacts qui changent complètement une vie » « pas eu d'avance financière quand il ont dû arrêter leur travail du jour au lendemain » « il aurait vu un avocat qui lui aurait dit : « si vous voulez avoir de l'argent il ne faut plus marcher » » « ayant l'argent ils se sont lancés très vite dans l'aménagement sans nous consulter au préalable : des adaptations n'ont pas été faites en adéquation avec le niveau de handicap » « Les autorités sont méfiantes par rapport à certaines personnes qui ont pu tromper les assurances en inventant leur présence sur les lieux... Il faut se battre pour prouver le handicap »</p> | <p>A : 0 B : 0 C : 0 D : 0</p> | |
| Engagement dans des activités | <p>A : 5 B : 0 C : 0</p> <p>« aller à un concert, au cinéma, ça parait énorme pour eux » « il se sentait pas de le faire tout seul » « mettre en place de</p> | <p>A : 4 B : 3 C : 4 D : 0</p> | <p>« (se réinsérer) c'est une sorte de petite bataille » « je suis content je suis allé dans un centre commercial » « avant de sortir, il avait</p> | |

| | | | | |
|--------------------------------|---|--|------------------------------|---|
| | D : 1 | <p>nouvelles habitudes puis travailler sur la flexibilité »</p> <p>« on les a poussés à faire des choses le week-end »</p> <p>« n'a pas envie de le faire tout seul »</p> <p>« immédiatement car a voulu se remettre dans le bain »</p> <p>« on sort avec le patient ; s'il a une déficience visible, ça permet de le confronter à la vision des autres de son handicap »</p> <p>« C'est pas forcément une indication de mettre tout de suite une personne dans un groupe. C'est même une contre-indication au tout début. Certains me demandent carrément d'être tout seuls »</p> | | <p>fait attention à prendre un jour où y'avait pas beaucoup de monde, il a dû prendre sur lui etc. »</p> <p>« petite victoire »</p> <p>« a eu besoin d'appeler sa psychiatre dans la file d'attente du concert »</p> <p>« a eu besoin d'en parler avant ce 1^{er} concert, depuis en a fait d'autres »</p> <p>« atelier cuisine pour le réintégrer socialement »</p> <p>« Il a repris une activité à tps plein. « Je venais de changer de boulot je continue sur ma lancée ». »</p> <p>« (L'activité permet de casser le côté victime ?)</p> <p>Oui c'est sûr le côté victime mais aussi le côté handicap tout court. Mais aussi le coté victime, parce que j'ai pas retrouvé ça chez tout le monde, cette envie coute que coute de reprendre le travail »</p> <p>« Cette nana elle était psychomotricienne en 3^{ème} année d'étude, elle a redoublé, elle a quand même eu toutes ses unités théoriques, fini son année »</p> <p>« Ils ont repris à fond tous les 2 : lui à fond au niveau professionnel, elle à fond dans ses études. »</p> |
| Processus de changement | A : 2 B : 1 C : 0 D : | <p>« il a pas réussi à monter la 1^{ère} fois »</p> <p>« des personnes qui sont rentrées chez elles, qui se sentaient plutôt bien et qui sont revenues, notamment au 1an »</p> | A :5 B :2 C :2 D :1 | <p>« (se réinsérer) souvent ils sont obligés de le faire tout seul, par palier »</p> <p>« il a réussi à monter dans le bus la 2^{ème} fois, mais en sortant de là il était crevé »</p> |

| | | | | | |
|---|------------|--|---|------------------------------|--|
| | | 0 | « n'a jamais eu l'élément déclencheur pour reprendre le piano » | | <p>« un an après il a voulu reprendre le Thalys »</p> <p>« lorsqu'ils commencent à se donner d'autres objectifs, qu'ils commencent à sortir »</p> <p>« moins de cauchemars, elle se sent mieux »</p> <p>« des concerts il en a fait à la fois du côté public et du côté scène : côté scène ça va mieux car moins d'effet foule »</p> <p>« presque phase d'euphorie qui alterne phase limite de dépressions : yoyo qui ne paraît pas sain »</p> <p>« (L'activité permet de casser le côté victime ?)</p> <p>Oui c'est sûr le côté victime mais aussi le côté handicap tout court. Mais aussi le côté victime, parce que j'ai pas retrouvé ça chez tout le monde, cette envie coûte que coûte de reprendre le travail »</p> <p>« Donc peut-être qu'effectivement le fait que ce soit un attentat, il y ait une pulsion de vie, qu'on ait voulu nous mettre à terre... »</p> <p>« Commencent tout seul, puis petit à petit sont intéressés par démarche de groupe »</p> |
| Orientatio n des activités | Soi | A : 0 B : 0 C : 0 D : 1 | « Commencent tous seuls » | A :2 B :0 C :2 D :0 | <p>« sport »</p> <p>« plaisir »</p> <p>« études »</p> <p>« travail »</p> |

| | | | | | |
|----------------------------------|---------------------|---|---|------------------------------|---|
| | Extérieur | A : 0 B : 0 C : 0 D : 0 | | A :2 B :1 C :4 D :1 | « sport pour les militaires » « sortir de l'hôpital ça permet d'avancer » « continue de sortir, d'aller au restaurant » « Lui après s'est marié avec son amie » « études » « travail » « elle se concentre sur son activité professionnelle d'aider l'autre (se donne à fond) mais en oubliant le positionnement de son bras par exemple » « puis petit à petit sont intéressés par démarche de groupe » |
| Type des activités (MCRO) | Productivité | A : 1 B : 1 C : 0 D : 0 | « ne peuvent plus travailler » « n'a pas repris le piano, trop associé au traumatisme » | A :0 B :1 C :2 D :0 | « il est musicien et refait des concerts » « Il a repris une activité à tps plein. « Je venais de changer de boulot je continue sur ma lancée ». » « études » |
| | Loisirs | A : 1 B : 0 C : 0 D : 1 | « essayer de trouver des moments de plaisir quand la personne est trop envahie par son ESPT » « trouver ce qui les intéresse : le jeu, créer, etc. » | A :2 B :0 C :0 D :0 | « dans l'armée ils font beaucoup de stages sportifs » « retrouver une activité sportive, sortir de chez lui, aller à la campagne » |
| Suivi ergothérapeutique 1 | | A : 11 B : 5 C : 0 D : 4 | « rééducation fonctionnelle » « en discutant et en essayant de les mettre en situation » « aménagement du lieu de rééducation : on adapte notre emploi du temps et les gens en fonction des contraintes inhérentes à la personne » « on n'est pas formées à l'aspect psychologique » | A :5 B :1 C :0 D :0 | « accompagnement par le sport » « réinsertion professionnelle en dehors de l'armée parfois » « on essaie de resocialiser petit à petit » « (MES) c'est à travailler beaucoup plus profondément, à répéter et répéter encore » |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>« resocialiser » +++ « compenser, faire dire les choses en valorisant » « ont beaucoup raconté, en tous cas au début » « essayer de trouver des objectifs pour les impliquer, les stimuler à sortir » « il faut du temps » « j'ai l'impression que travailler le physique on travaille obligatoirement l'aspect psychologique » « on les connaît super bien, on discute énormément » « rapidement alertés si un ESPT se développe » « raconter l'évènement en détails était une étape par laquelle il a dû passer » « au départ relation de confiance très difficile » « l'activité cuisine permet d'échanger, de leur montrer qu'ils peuvent reprendre des activités » « les courses ça permet de sortir avec le patient, a souvent besoin de passer par là » « ESPT pas travaillé forcément mais pris en compte » « Service de crise en phase aigüe » « on voit jamais la famille, je fais jamais de mise en situation écologique » « objectifs de revalorisation » « orientation sur expression personnelle, favoriser le travail de verbalisation (expression plastique) »</p> | <p>« on essaie de compenser en adaptant leurs activités » « aspect professionnel pas assez abordé, on reste aux AVQ de base »</p> |
|--|---|--|

Annexe VI : : Recensement du nombre de verbatims par thème

Tab. VI : Recensement du nombre de verbatims par thème

| Ergothérapeute | A | B | C | D | Sous-total | Total |
|--|----|---|---|---|------------|-------|
| Thèmes | | | | | | |
| Limitation d'activité | 4 | 2 | 2 | 0 | 8 | 10 |
| | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | |
| Restriction de participation | 9 | 2 | 3 | 0 | 14 | 17 |
| | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | |
| Hypervigilance | 10 | 0 | 1 | 1 | 12 | 13 |
| | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| Motivation personnelle | 0 | 9 | 1 | 1 | 11 | 17 |
| | 2 | 3 | 1 | 0 | 6 | |
| Ressentis et perceptions personnelles | 9 | 3 | 7 | 1 | 20 | 27 |
| | 5 | 0 | 1 | 1 | 7 | |
| Performance | 4 | 1 | 0 | 1 | 6 | 8 |
| | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | |
| Statut de victime : levier | 6 | 1 | 1 | 0 | 8 | 9 |
| | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| Statut de victime : obstacle | 3 | 8 | 8 | 0 | 19 | 19 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Environnement social : levier | 6 | 3 | 1 | 1 | 11 | 13 |
| | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | |
| Environnement social : obstacle | 8 | 6 | 3 | 0 | 17 | 18 |
| | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| Environnement sociétal : levier | 3 | 0 | 1 | 0 | 4 | 4 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Environnement sociétal : obstacle | 2 | 2 | 1 | 0 | 5 | 5 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|-----|----|----|----|-----|----|
| Engagement dans les activités | 5 | 0 | 0 | 1 | 6 | 17 |
| | 4 | 3 | 4 | 0 | 11 | |
| Processus de changement | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 13 |
| | 5 | 2 | 2 | 1 | 10 | |
| Activité pour soi | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 | |
| Activité vers l'extérieur | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | 2 | 1 | 4 | 1 | 8 | |
| Productivité | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 5 |
| | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | |
| Loisirs | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 4 |
| | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | |
| Suivi ergothérapeutique | 11 | 5 | 0 | 4 | 20 | 26 |
| | 5 | 1 | 0 | 0 | 6 | |
| SOUS TOTAL | 82 | 45 | 29 | 12 | 169 | |
| | 35 | 15 | 16 | 3 | 69 | |
| TOTAL | 118 | 60 | 45 | 15 | 238 | |

Légende :

Phase I

Phase II

Titre/Title

L'activité significative comme vecteur de changement chez les victimes d'attentat atteintes de stress post-traumatique
Purposeful activities as vectors of change with victims of terrorist attacks who have post traumatic stress disorder

Auteur/Author

Marine SOUCHAL

Mots-clés

Activités significatives, Etat de stress post-traumatique (ESPT), Victime, Socialisation, Engagement

Key words

Purposeful activities, Post Traumatic Stress Syndrome (PTSD), Victim, Socialization, Engagement

Résumé

Contexte : L'Etat de stress post-traumatique (ESPT) peut survenir après un attentat tel que ceux que connaît la France depuis 2015. Les personnes touchées doivent faire face à un double challenge : se reconstruire malgré l'ESPT ; faire face à la stigmatisation qui accompagne parfois le terme de « victime », apparentée à un rôle social. **Objectif** : L'objectif de cette recherche qualitative est de comprendre comment l'activité significative peut influencer la récupération d'une personne et la perception de son entourage. **Méthode** : Quatre entretiens compréhensifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes ayant accompagné des victimes d'attentat. **Résultats** : Une analyse de contenu des entretiens a montré que l'engagement dans des activités significatives permet de développer des compétences psychosociales, favorisant une amélioration des symptômes psychiques et une modification de son environnement social. **Conclusion** : L'hypothèse de cette étude est validée. Néanmoins, les limites méthodologiques invitent à considérer ce résultat avec précaution. De nouvelles pistes de réflexion ont été proposées pour permettre aux ergothérapeutes de faire évoluer la pratique tout en confirmant l'appartenance de l'ESPT au champ de compétence de l'ergothérapie.

Abstract

Context : Post traumatic stress disorder (PTSD) may occur after a terrorist attack such as those facing France since 2015. People with PTSD are confronted with a double challenge: to recover while struggling against their symptoms and facing stigmatization relating sometimes to the word "victim" which is likened to a social role. **Objective**: The objective of this qualitative study was to understand how purposeful activities can influence a person's recovery and their social relationships. **Method** : Four comprehensive interviews were conducted with occupational therapists who worked with terror attack victims. **Results**: The analysis of these interviews demonstrated that a person engaged in purposeful activities will be able to develop psychosocial skills. This improvement in their psychological state also enables people within their social network to view them differently. **Conclusion**: The hypothesis underlying this study is confirmed. Nevertheless, methodological limits mean that the results should be viewed with caution. Areas for additional research have been suggested for occupational therapists to improve this practice while confirming the idea that PTSD is within their range of expertise.