



**Institut de formation en ergothérapie de Paris**

52 rue Vitruve, 75020 Paris

**La médiation en ergothérapie dans la prise en charge de patients souffrant d'un état de stress post-traumatique après avoir subi un traumatisme de guerre.**



**Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'UE 6.5  
S6 / Évaluation de la pratique professionnelle et recherche**

Sous la direction d'Agnès Mistral

**Lucile GARNIER**

Session Juin 2020

**Note aux lecteurs :** « *Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné* ».

## **Remerciements**

Je tiens à remercier particulièrement ma maîtresse de mémoire qui m'a accompagnée avec bienveillance tout au long de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Je souhaite également remercier tous les ergothérapeutes et l'équipe pédagogique qui m'ont consacré du temps afin de me conseiller et de répondre à mes interrogations. Merci également à tous les ergothérapeutes ayant répondu à mon questionnaire d'enquête.

Enfin, merci à mon entourage (camarades de promotions, famille et amis) pour leur soutien et leur encouragement tout au long de l'élaboration de ce travail de recherche.

« La guerre, ce n'est pas l'acceptation du risque. Ce n'est pas l'acceptation du combat. C'est à certaines heures, pour le combattant, l'acceptation pure et simple de la mort. » Antoine de St Exupéry, *Pilote de guerre*, 1942

« Nul ne guérit de son trauma, il ne peut l'oublier, mais du moins parvient-il à s'en souvenir autrement ». L. Crocq, dans « troubles du sommeil », 1992

# Table des matières

Introduction.....	8
I. L'état de stress post-traumatique.....	9
I. 1) Qui ?.....	9
I. 2) Quoi ?.....	10
I. 1. 2) Définition générale.....	10
I. 2. 2) Mécanismes.....	11
I. 2. 3) Symptomatologie.....	12
I. 3) Comment ?.....	14
I. 3. 1) Plan d'action du Service de Santé des Armées.....	14
I. 3. 2) Parcours de soin.....	16
I.3. 3) Psychothérapie.....	17
I. 3. 3) Pharmacologie.....	18
I. 4. Quel impact dans la vie quotidienne ?.....	18
II. L'accompagnement ergothérapique.....	21
II. 1) La notion d'ergothérapie.....	21
II. 1. 1) Définition.....	21
II. 1. 2) Brève histoire de l'ergothérapie en lien avec les troubles psychiques...21	
II. 1. 3) Ergothérapie en psychiatrie.....	22
II. 2) Prise en charge ergothérapique des patients souffrant d'ESPT.....	27
II. II. 1 ) Outils.....	29
II. 2. 2) Médiation et ESPT.....	30
II. 2. 3) Exemples de médiations utilisées.....	31
III. Hypothèses.....	34
III. Enquête.....	35
III. 1) Méthodologie d'enquête.....	35
III. 1. 1) Choix de l'outil.....	35
III. 1. 2) Élaboration de l'outil.....	35
III. 1. 3) Choix de la population et diffusion de l'outil.....	36
III. 2) Limites de l'enquête.....	37
III. 3) Exposition et analyse des résultats.....	37
III. 3. 1) Expérience professionnelle.....	37
III. 3. 2) Pratique professionnelle.....	38
III. 3. 3) Spécificité des patients souffrant d'ESPT.....	40
III. 3.4) L'utilisation de la médiation en psychiatrie.....	43
III. 3. 5) Impact sur les autres prises en charge.....	45
IV. DISCUSSION.....	46
IV. 1) Mise en lien des résultats de l'enquête avec le cadre théorique et ses hypothèses.....	46

IV. 1. 1) Résultats surprenants.....	46
IV. 1. 2) Validité ou réfutation des hypothèses.....	47
IV. 2) Identification des limites de la recherche.....	48
Le première limite à mes yeux est le faible nombre de répondants. En effet, cette recherche est donc limitée à cinq réponses, ce qui représente une faible représentation de praticiens.....	48
V. CONCLUSION.....	49
V. 1) Influence des résultats sur la compréhension de la question de recherche et la pratique professionnelle.....	49
V. 2) Émergence de nouveaux questionnements.....	50
Bibliographie :.....	52
Annexes :.....	I
Annexe 1 : Terminologies du MOH.....	I
Annexe 2 : Questionnaire d'enquête.....	IV

## Index des illustrations

Illustration 1: illustration tirée du plan d'action 2011-2013 du Service de Santé des Armées, en ligne.....	12
Illustration 2: dispositif de prise en charge psychologique du SSA, schéma issu de Actu Santé n°131 avril-juin 2013.....	15
Illustration 3: Témoignage de S. Favrière, <a href="https://www.defense.gouv.fr/sante/dossiers-complementaires/classeur-stress-post-traumatique/temoignage-sylvain-faviere">https://www.defense.gouv.fr/sante/dossiers-complementaires/classeur-stress-post-traumatique/temoignage-sylvain-faviere</a> .....	20

## Index des tableaux

Tableau 1: Impact du trauma sur la vie quotidienne selon Rosenbloom et Williams, présenté dans Snedden (2012). Traduit depuis l'anglais à l'aide du site de traduction deepl.com.....	18
---	----

## **Introduction**

En première année d'étude d'ergothérapie nous ont été dispensés des cours sur l'histoire de l'ergothérapie, et son introduction en France au cours de la Première Guerre Mondiale, donc dans un contexte de conflit armé.

Cette pratique se révèle d'abord très efficace auprès des blessés de guerre, avant de se répandre dans tous les secteurs du monde hospitalier, et plus encore. Cependant, son engouement auprès des militaires et son lien avec les armées ne se sont finalement pas développés en France avec la même ferveur, contrairement à d'autres pays. En consultant le site officiel du Service de Santé des Armées (SSA) force est de constater qu'aucun ergothérapeute n'a jamais travaillé sous statut militaire dans notre pays (contrairement aux États-Unis et au Canada par exemple, comme le démontrent Janie Desrosiers (2013), ou encore Oakley (2008)). De même, ils ne participent pas à la prévention des troubles psychiatriques. En France, les ergothérapeutes travaillant auprès des armées sont employés par les Hôpitaux d'Instruction des Armées sous statut civil, dans les services de rééducation ou de psychiatrie.

Intéressée par le domaine de la psychiatrie, j'ai donc décidé de me tourner vers un trouble fréquent chez les militaires (mais pas seulement) : le stress post-traumatique. Ce trouble peut également survenir après divers accidents. Cependant, j'ai décidé de réduire mon champ de recherche aux populations atteintes de stress post-traumatique après traumatisme de guerre. Cela englobe donc les militaires pris en charge au sein des services de psychiatrie, mais également les civils victimes de guerre ou d'attentats, qui dépendent tous des articles L. 212-1 et L. 213 – 1 du code pénal.

La question que je me pose alors est la suivante :

**Par quels moyens l'ergothérapeute en psychiatrie peut-il favoriser la participation occupationnelle de patients adultes souffrant d'ESPT<sup>1</sup> après un traumatisme psychique de guerre ?**

---

1 ESPT : Etat de stress post-traumatique.

# PARTIE THÉORIQUE

---

## I. L'état de stress post-traumatique

### *I. 1) Qui ?*

L'état de stress post-traumatique après un traumatisme de guerre concerne deux populations distinctes, regroupées sous un même article de prise en charge dans le code pénal comme évoqué en introduction.

On retrouve tout d'abord la population militaire, exposée à des circonstances opérationnelles qui mettent les soldats face à des situations potentiellement traumatiques. Les soldats sont donc fréquemment confrontés aux questions essentielles de la vie et de la mort. Ces quinze dernières années, on observe une augmentation des départs en opération extérieure (opex), qui sont jugées de plus en plus risquées avec les nouvelles formes que prennent les conflits armés, et l'avancement des modes et moyens de combat (Charles, 2015).

Le retour des missions est pour cette population fréquemment marqué par des difficultés lors du retour à la vie civile. En effet, lorsqu'il sont en mission, les soldats sont en état d'alerte continu, toujours à l'affût, mais lorsqu'ils sont ensuite de retour, la réadaptation comportementale et physiologique peut être entravée par divers troubles. On pourra notamment penser ici à une hyper-vigilance, une agoraphobie, des troubles du comportement, ainsi qu'une transition difficile à opérer dans les relations familiales (manque de relativisme, impatience...) (Radomski, V. M., et al (2014), Charles, B., (2015)).

La surveillance épidémiologique des armées évalue à 7 % les stress post-traumatiques au retour des missions opérationnelles, et plus de 300 nouveaux cas sont recensés chaque année depuis 2011 (rythme toujours actuel). L'exposition à des événements traumatiques concernerait plus d'un tiers de la population française, mais seul 1 % des personnes concernées développeront un ESPT complet (Boussaud, 2015).

La population civile française est elle aussi exposée. Malgré le contexte de relative paix de notre temps, la menace des attentats et leur réalisation au cours de la dernière décennie a conduit les soignants à mettre en place des formations particulières quant à la prise en charge des victimes civiles, comme le rappelle Louis Crocq (2018).



Ces deux populations sont regroupées sous le même dispositif de prise en charge mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Elles sont considérées comme des victimes d'actes de guerre, et de ce fait, civils et militaires peuvent avoir droit à une indemnisation financière par la Pension Militaire d'Invalidité (PMI) et un accès gratuit aux soins. Ce sont les articles L. 212-1 et L. 213 – 1 du code pénal qui établissent et rappellent leurs droits (jusqu'à Janvier 2017, ces articles étaient L. 115 et L.118). Ils sont consultables sur [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr).

## *I. 2) Quoi ?*

### *I. 1. 2) Définition générale*

Marie Boussaud (2015) décrit les différentes réactions possibles face à une expérience de confrontation à la mort :

- Une réaction aiguë de stress, considérée comme la réaction immédiate, qui disparaîtra quelques minutes, voire quelques heures après l'événement traumatisant.
- Un stress post-traumatique aiguë, ou réaction post-immédiate (3 à 30 jours après l'événement), qui persistera environ un mois après l'événement traumatisant.
- Et enfin une forme plus chronicisée, (à compter de 3 mois après la rencontre avec l'événement initial), différée, appelée « état de stress post-traumatique ». C'est cette réaction qui constitue le sujet de mon écrit.

Demont et al (2015) présente l'état de stress post-traumatique comme une « réaction déclenchée suite à une ou plusieurs agressions soudaines au cours desquelles le sujet ne peut pas répondre par des réponses habituelles de défense ou de fuite ». Il s'agit donc d'une rencontre avec le réel de la mort, une menace d'anéantissement du sujet pour lui ou pour autrui, engendrant un stress intense, qui échappe à toute possibilité de représentation mentale et devient donc pathologique dans sa forme chronicisée.

L'ESPT constitue ce que l'on appelle un « handicap invisible », à savoir un handicap qui ne peut être perçu de l'extérieur.

Il englobe une prise de conscience aiguë de la réalité de la finitude de l'homme, sous forme d'une expérience concrète, et ressentie de manière très sensorielle. « La réalité dépouillée de ses voiles imaginaires devient le réel », énonce Barrois (cité dans Boussaud, 2015).

Cette expérience traumatique, dans son surgissement, comme dans sa durée, engendre un bouleversement profond du sujet dans son rapport avec l'autre, le monde et lui même. Le patient ne

se reconnaît plus, il est comme figé dans le temps, et souvent dans l'impossibilité de donner un sens à ce qui lui arrive.

L'ESPT dont le patient est victime le conduit à une souffrance psychique engendrée par les différents mécanismes mis en place dans cette pathologie.

### I. 2. 2) Mécanismes

En temps normal, Louis Crocq (psychiatre et docteur en psychologie ayant effectué de nombreux travaux sur le traumatisme psychique) explique que face à un danger, le système nerveux met en place des mécanismes de défenses, non pathologiques. Ceux-ci disparaissent une fois l'agression et le danger éloignés. Mais lorsqu'une personne développe un ESPT, ses mécanismes de défenses restent actifs, comme l'a démontré L. Crocq en 1993. Ces mécanismes continuent d'envoyer au cerveau des neurotransmetteurs alertant sur un danger imminent alors même que le danger n'est plus présent.

C'est également une pathologie de la mémoire, car ce qui n'a pu être enregistré d'une manière rationnelle ne peut être stocké dans la mémoire à long terme et refoulé ensuite. Une étude, intitulée « *Remember* », présentée lors d'une conférence de l'Institut d'Études Avancées (IEA) de Paris à laquelle je me suis rendue le 11 mars 2019, a démontré que la région du cerveau impliquée dans la mémoire (les hippocampes) tendait à diminuer de volume chez les personnes souffrant d'un ESPT. Aussi, en situation d'intrusion, une analyse physiologique du contrôle de la mémoire (région du cortex frontal, et d'autres régions impliquées) a pu montrer que ce mécanisme de contrôle reste omniprésent et toujours activé chez les patients qui présentent un ESPT, comme s'ils étaient toujours en situation d'hyper-contrôle. Les patients ne présentant pas le syndrome suppriment l'activité mnésique à bon escient (ils ont des mécanismes qui les protègent quand l'intrusion se présente, et s'arrêtent lorsqu'elle est passée) ; tandis que ces mécanismes sont défailants chez les patients présentant un ESPT. De ce fait, l'événement persiste dans la mémoire à court terme et est rejoué sans cesse par l'inconscient ou le conscient qui tentent d'y donner un sens (Chidiac, 2010).

L'ESPT a donc un impact sur le fonctionnement psychique et la mémoire. Le trauma engendre un problème d'accès à la mémoire, associé à un stockage de l'information impossible, ce qui nuit alors au bon fonctionnement de la mémoire à court terme, sans cesse parasitée par le traumatisme qui y persiste.

Afin d'établir un diagnostic d'ESPT, certains critères sont à prendre en compte. Tout d'abord, la chronicité, à savoir que les symptômes doivent persister encore un mois après la rencontre avec le traumatisme, et trois mois pour parler d'ESPT chronique (Ferreri (2011), Boussaud (2015)).



*Illustration 1: illustration tirée du plan d'action 2011-2013 du Service de Santé des Armées, en ligne.*

### I. 2. 3) Symptomatologie

On observe une triade symptomatologique, référencée dans de nombreux articles (Boussaud, 2015 ; Crocq, 2006), présente dans la quasi totalité des ESPT, qui comprend les reviviscences, l'évitement et l'hypervigilance.

Les reviviscences sont des répétitions à l'identique de la scène initiale (flash-backs, images intrusives, pensées, cauchemars traumatiques). Les perceptions sensorielles (visuelles, auditives, olfactive, gustatives, tactiles, cénesthésiques,) et les affects associés à l'événement sont également sollicités. Cela engendre un comportement agressif, défensif et inadapté. Y sont également associés des troubles du sommeil, une importante fatigue, une anxiété anticipatoire, un sentiment de malaise, des illusions (hallucinations greffées à une perception réelle), des ruminations mentales sur les causes et les conséquences...

L'hypervigilance quant à elle désigne l'impossibilité de se détacher de la sensation d'exposition à un risque imminent. Il s'agit donc d'un état d'alerte permanent, pouvant être majoré dans certaines situations (foule, lieux publics, milieu rappelant l'événement). L'hyper-activation du système neurovégétatif en est à l'origine, et induit également des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémorisation, des sursauts, des recroquevillements, des gestes de défense ou de fuite...

Enfin, l'évitement conduit le sujet à chercher à se préserver des angoisses, ce qui a des conséquences sur l'adaptation sociale, familiale et professionnelle. On trouvera ici des troubles possibles de l'adaptation, une tendance au repli, voire des attitudes agressives.

En plus de cette triade, on retrouve fréquemment une modification du caractère (irritabilité, agressivité, intolérance à la frustration...) face à la rupture avec le fonctionnement antérieur du

sujet, ainsi que des symptômes somatiques associés (troubles digestifs, bouffées de chaleurs, tachycardie, douleurs...). Cette impression d'un danger extrême de mort sera source d'une grande anxiété, à l'origine de raideurs corporelles, d'un pouls rapide, d'une gorge serrée...

Le DSM V (actuellement en place), cité dans Roupnel (2016) recense les critères suivants :

- Trouble lié à un stress ou à un traumatisme
- Exposition à un événement traumatique collectif ou individuel ou exposition à la mort (critère A)
- 4 critères cliniques :
  - syndrome de répétition (critère B)
    - présence d'intrusion, de souvenirs envahissants → syndrome de reviviscence
  - syndrome d'évitement (critère C)
    - la personne qui a conscience des troubles va faire en sorte d'éviter tout élément qui provoque le retour des images/sons...
  - altérations négatives de la cognition et de l'humeur (critère D)
    - pertes mnésiques, persistances de croyances négatives ou d'attentes exagérées, pensées déformées sur la cause et les conséquences de l'événement, persistance d'un état émotionnel négatif, diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives, sentiment de détachement et d'aliénation des autres, incapacité persistante à éprouver des émotions positives. Le sujet doit en posséder au moins 2/7.
    - On retrouvera également au moins 2/6 des changements marqués dans l'excitation et la réactivité (comportement irritable et accès de colère non provoqués, comportement imprudent et autodestructeur, hypervigilance, réactions de surprise exagérées, problème de concentration, perturbation du sommeil)
  - Hyperactivité neurovégétative (critère E)
    - sursauts, transpiration, élévation du rythme cardiaque ... accompagnant l'aspect cognitif du syndrome
- Persistance des symptômes supérieure à un mois (critère F)
- Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel (critère G)
- Critères d'exclusion (critère H) : les symptômes ne sont pas dus à un traitement médicamenteux, à l'utilisation de substances, ou à une autre maladie

On constate donc que les symptômes classés par le DSM V se retrouvent fréquemment dans la littérature qui les rend plus concrets puisqu'elle constitue souvent l'occasion de témoignages de personnes confrontées à la pathologie étudiée.

Face à ces situations auxquelles sont soumises les populations, le ministère de la défense a confié au Service de Santé des Armées (SSA) la mise en place d'un plan d'action, débuté en 2011 et réétudié en 2013 en lien avec la prise en charge de l'état de stress post-traumatique, face à l'exposition croissante des forces armées à ce trouble. Il est également cohérent avec le plan en santé mentale initié par le ministère de la santé.

### *I. 3) Comment ?*

#### *I. 3. 1) Plan d'action du Service de Santé des Armées*

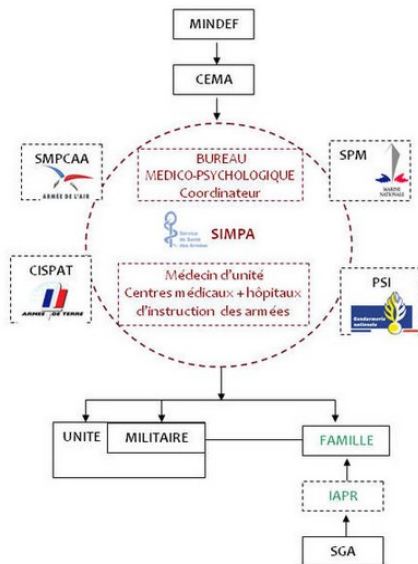
Ce plan d'action fut débuté l'été 2008 par le ministre de la défense, Hervé Morin. Il a commencé par une grande enquête, menée par le SSA et la CNMSS (caisse national militaire de la sécurité sociale), qui fut présentée le 16 décembre 2009 au Vâl de Grâce. Elle s'est intéressée aux consultations de 2000 praticiens et 2000 soldats dans six domaines d'actions retenus :

- Stress opérationnel
- Alcoolisme
- Accidents liés à la préparation physique
- Lombalgies
- Surpoids
- Risques infectieux

En juin 2010, suite à cette enquête, le ministère choisit de concentrer son action sur les trois premiers domaines, à savoir ceux concernant la santé mentale et la préparation au combat. L'axe de travail est ensuite validé par le ministère en Décembre 2010, dans le but de débiter le plan d'action l'année suivante.

Le but de ce plan (plan d'action n° 517996 du 20 décembre 2013, disponible sur le site du ministère de la défense (défense.gouv.fr)) est de diagnostiquer, améliorer les prises en charge, et garantir une réparation aux blessés. Il énonce également l'ouverture d'un numéro vert intitulé numéro « écoute-défense » pour favoriser l'accès aux soins et la prise de parole des traumatisés et de leurs familles.

Par la suite, furent créés le SIMPA (Service d'Intervention Psychologique des Armées) et le BMP (Bureau Médico-Psychologique) en septembre 2011. Ils centralisent les initiatives thérapeutiques et le suivi des blessés, encadrent les quatre directions propres à chaque arme chargées d'assurer les interventions d'urgence et le traitement des troubles chroniques. Ils font également le lien avec la DGSSA (Direction Générale du Service de Santé des Armées).



*Illustration 2: dispositif de prise en charge psychologique du SSA, schéma issu de Actu Santé n°131 avril-juin 2013.*

Légende :

- SIMPA** : service d'intervention médico-psychologique des armées
- SMPCAA** : Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique
- SPM** : Service de psychologie de la marine
- CISPAT** : Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de terre
- PSI** : section psychologie soutien intervention de la gendarmerie nationale.
- IAPR** : Institut d'accompagnement psychologique et de ressources.
- SGA** : Secrétariat général pour l'administration.

Depuis la mise en place de ce dispositif, on a pu constater une augmentation des cas de stress post-traumatique identifiés, ainsi qu'une augmentation du nombre de consultants. Cela s'explique par une volonté d'information croissante, et un dépistage plus important.

Compte tenu de la croissance de ces prises en charge, l'ergothérapie trouve donc sa place, en lien avec les autres professionnels de santé, notamment dans les services de psychiatrie des Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA), auprès de ces personnes voyant leur vie quotidienne fortement perturbée par la souffrance psychique induite par l'ESPT.

### I. 3. 2) Parcours de soin

Lorsqu'un événement potentiellement traumatique se produit, une cellule de crise se met en place, comme l'expliquent Mons et al. (2018) et Demont et al. (2015). Yann Auxéméry (2016), psychiatre au sein d'un HIA, explique les différentes phases de prises en charge des patients ayant assisté à un événement potentiellement traumatique. Ainsi, les personnes les plus touchées sont orientées vers un psychologue afin de faire un « *defusing* » (dispositif immédiat de prise en charge psychologique mis en place à court terme). Environ trois semaines après l'événement, il est proposé aux victimes de faire un point sur leur situation, et éventuellement de continuer le suivi. Au sein de la population civile, c'est le comité interministériel de suivi des victimes (CISV) qui orientera les patients vers les structures et les professionnels les plus adaptés à leur situation. Concernant la population militaire, c'est souvent le médecin d'unité qui demandera une évaluation de la situation afin de maintenir/continuer, ou débiter un suivi médico-psychologique. Cela constituera la phase de debriefing, qui donnera suite ou non à un suivi au cours de la phase différée.

Les patients militaires peuvent alors effectuer une demande d'hospitalisation complète ou séquentielle au sein des services de psychiatrie des Hôpitaux d'Instruction des Armées. Les patients civils peuvent quant à eux être suivis dans des centres spécialisés dans la prise en charge de l'ESPT ou au sein des HIA, qui peuvent également prendre en charge des civils.

Comme rappelé dans le plan d'action du SSA de 2011, la réparation des troubles psychiques de guerre occupe une place importante dans le parcours de soin du blessé, et demande une expertise psychiatrique. Cette expertise est réalisée par les psychiatres militaires et les psychiatres civils en contrat avec les HIA pour la population militaire, et par un psychiatre spécialisé dans le stress post-traumatique pour la population civile.

Au cours de son parcours de soin, la personne souffrant d'ESPT est donc amenée à rencontrer dans un premier temps des psychologues, puis un psychiatre afin d'établir ou réfuter un diagnostic d'ESPT. S'il est avéré qu'il souffre de stress post-traumatique chronicisé, le patient pourra être accompagné par une équipe pluridisciplinaire, dans laquelle se trouvera l'ergothérapeute.

Pour l'aider dans la réparation juridique, très importante lorsqu'une pathologie trouve sa source au sein de son travail ou d'une situation très singulière, le patient pourra également rencontrer une assistante sociale. Au cours de son hospitalisation, il côtoiera également des infirmiers et des ergothérapeutes, auprès desquels il pourra également se référer.

Enfin, le psychiatre mettra en place, dans la plupart des cas, un traitement médicamenteux qui complétera la psychothérapie du patient.

### *1.3. 3) Psychothérapie*

Différentes psychothérapies peuvent être proposées aux patients ayant subi un choc psycho-traumatique.

L'une des psychologues cliniciennes présentes au sein du service de psychiatrie d'un HIA dans lequel j'ai effectué un stage a pu également m'expliquer les grandes lignes du suivi qu'elle menait auprès de la population ciblée. Elle m'a ainsi appris qu'au sein du suivi psychothérapique étaient abordées les notions de réparation par l'institution, la question de la reconversion professionnelle, la légitimisation des symptômes et de l'état parfois incompréhensible des patients pour eux-mêmes. Elle évoque également l'importance d'identifier et de repérer les troubles avec le patient, de les replacer au sein d'une temporalité souvent dépassée par l'impossible acceptation de l'événement au sein de sa propre histoire de vie.

Cette psychologue pratique également l'hypnose, le langage métaphorisé et l'EMDR<sup>2</sup> pour traiter les cauchemars de répétition. Elle évoque également avec ses patients la résilience, qu'elle définit comme l'idée de « faire avec ». Un travail sur l'actualité du traumatisme, le lien aux autres, et l'appréhension du monde est également effectué au cours de ses interventions. Elle m'explique pour finir que le travail psychologique s'arrête lorsqu'une stabilité apparaît. Dans la prise en charge de ces patients, elle me rappelle l'importance de valoriser les ressources et chaque petit pas effectué par le patient qui est souvent démuni face à sa propre situation.

Michaud présente dans une étude publiée en 2015 l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales individuelles, axées ou non sur le traumatisme, de l'EMDR, de l'hypnothérapie, des thérapies centrées sur la personne et des psychothérapies psychodynamiques dans la diminution des symptômes liés à l'ESPT. Ces thérapies sont donc mises en place au sein des services de psychiatrie afin de favoriser le processus de guérison des patients hospitalisés.

---

2 EMDR / eye movement desensitization reprocessing



### I. 3. 3) Pharmacologie

Les psychothérapies sont également complétées par un traitement médicamenteux afin d'atténuer ou de contourner certains symptômes. Demont et al, (2015) énonce l'utilisation de l'hydroxyzine (antihistaminique, efficace dans les toutes premières heures et pendant 8 à 10 jours), du benzodiazépine (psychotropes et anxiolytique, tels que le valium afin de favoriser le sommeil et réduire l'anxiété), du propranolol (B-bloquant non cardiosélectif, qui bloque les effets sympathiques et réduit alors les symptômes d'hyper-activité végétative), de la cyamémazine (molécule antipsychotique neuroleptique afin de limiter les cauchemars et les écmnésies, c'est à dire l'émergence de souvenirs indésirables ou anciens).

### *I. 4. Quel impact dans la vie quotidienne ?*

Afin de mieux percevoir l'impact de l'ESPT dans la vie quotidienne des personnes qui en souffrent, Rosenbloom et Williams (2010), repris par Snedden (2012) ont élaboré un tableau récapitulatif basé sur le modèle canadien de performance et d'engagement professionnel (CMOP-E).

<b>Construction</b>	<b>Impact du trauma</b>
Personne <ul style="list-style-type: none"><li>• cognitif</li><li>• affectif</li><li>• physique</li><li>• spirituel</li></ul>	Impacte la concentration, dissociation, images intrusives, cauchemars Peur, colère, douleur, engourdissement, perte de confiance et d'estime de soi Sommeil perturbé, troubles alimentaires, perte de la libido, hyper-excitation, Perte d'espoir, perte de signification/ de sens du monde
Occupation <ul style="list-style-type: none"><li>• soins personnels</li><li>• loisirs</li><li>• productivité</li></ul>	Perturbation de l'ensemble des activités de la vie quotidienne (AVQ), perte ou aliénation de sa participation sociale ou de ses rôles.
Environnement <ul style="list-style-type: none"><li>• culturel</li><li>• social</li><li>• institutionnel</li><li>• physique</li></ul>	Attitude de stigmatisation, de position de victime Manque de soutien ressenti, perte du statut socio-économique Recherche de justice/ d'aide Difficultés d'accès aux services de soins

*Tableau 1: Impact du trauma sur la vie quotidienne selon Rosenbloom et Williams, présenté dans Snedden (2012). Traduit depuis l'anglais à l'aide du site de traduction deepl.com.*

Les symptômes rencontrés dans un ESPT influent significativement sur la vie quotidienne des victimes. En effet, ils éprouvent des difficultés à reprendre une vie familiale, un travail, des engagements communautaires, tel qu'évoqué précédemment.

Dans son sommeil, le patient parlera, sera agité, criera, restera dans un état subconscient d'alerte permanente... Cela implique des réveils nocturnes marqués de sueurs, de débâtements, de cris, avec un sentiment de déréalisation au réveil (le patient ne sait plus où il est), ou un vécu de « comme si... » qui perturbera également la vie conjugale, rappelle Louis Crocq (2006).

Les reviviscences peuvent également surgir au cours des journées, pendant une activité sociale. L'individu qui y est confronté devient alors violent, cherche à éviter la menace qui lui semble imminente, peut être irritable... Tous ces facteurs constituent donc un trouble de l'adaptation sociale qui engendre une situation de handicap invisible, parfois incomprise par l'entourage, mettant le patient en difficulté dans l'ensemble de ses relations interpersonnelles. C'est ce que constate Edgelow (2019), en ajoutant que les troubles cognitifs et physiques associés peuvent être lourdement invalidants, et impacter tous les domaines de la vie quotidienne. En effet, les troubles de la concentration, de la mémoire et de l'attention, l'altération de la conscience, associés à l'impact pathologique de l'ESPT sur la mémoire et la mémorisation sont des freins à l'apprentissage ou à la réalisation d'une activité de productivité (travail, études...).

Les symptômes physiques associés peuvent entraver la réalisation des activités de la vie quotidienne, notamment les loisirs (arrêt du sport) et les soins personnels (négligence due aux raideurs ou aux douleurs par exemple...).

Une quête de sens est souvent très présente chez les individus ayant frôlé la mort, qui peuvent alors rencontrer des difficultés à se projeter dans un avenir qui leur semble dénué de sens. Les patients peinent à se projeter et sont comme « bloqués » dans leur souvenir traumatique, sans y voir de perspective de sortie, ce qui entrave tout projet d'avenir.

Enfin, la comorbidité chez les sujets atteints d'ESPT après traumatisme de guerre est de 80 %, et concerne tous les champs de la psychiatrie (alcool, trouble anxieux, dépression...) (Auxéméry, 2012)

- « L'ESPT augmente le risque de poly-consommation de substances psychoactives parmi lesquelles : tabac, héroïne, cannabis, cocaïne. L'alcoolodépendance est l'addiction la plus fréquente. Il peut également survenir une pharmaco-dépendance. » (Auxéméry, 2012).
- La probabilité de développer une addiction chez un patient souffrant d'ESPT est majorée par 5 chez les hommes et par 2 chez les femmes. A l'inverse, la probabilité d'installer un ESPT est majorée par une consommation antérieure de psycho-addictif.

- Le sujet traumatisé reste envahi par la répétition de la scène parfois au point de vouloir la rejoindre. Cela engendrera des conduites à risques, un suicide social, une spirale de ruptures et d'échecs. Le risque suicidaire double lorsque le sujet souffre d'un ESPT ; les actes auto-agressifs sont quant à eux multipliés par six.
- Une sensation de détachement, un rétrécissement du champ de conscience, une distorsion des perceptions réelles (déréalisation, dépersonnalisation, amnésie dissociative,...) peuvent surgir. On parlera d'états dissociatifs parocystiques (altération du lien entre différentes fonctions de conscience normalement intégrées (mémoire, perception de l'environnement...)).

Afin de mieux percevoir l'impact sur le quotidien des personnes souffrant d'ESPT, voici un témoignage recueilli sur le site du Service de Santé des Armées. Il présente majoritairement les émotions ressenties, mais on peut imaginer l'impact généré par les symptômes sur la vie quotidienne de cette personne.

Témoignage : Recueilli dans le dossier sur le stress post-traumatique présent sur le site du SSA :

Infirmier militaire, S. Favière a souffert d'ESPT à son retour de mission [...]

- Excès de colère : « tout dérapait lorsqu'une habitude, une règle était égratignée. Je partais dans une colère noire, mes mots dépassaient parfois mes pensées. Mon épouse se trouvait la plupart du temps dans la stupéfaction, ne comprenant pas les raisons de mon emportement exagéré. [...] Elle tentait de me calmer, de me raisonner, mais j'étais dans ma bulle. [...] Au fond de moi, cela bouillait toujours un peu, quelque part.

Lorsque la famille proche passait des vacances dans notre maison, j'avais la sensation d'être envahi. Mon espace vital était réduit. La violation de cet espace était pour moi interdite. [...] Je ne supportais pas de succomber aux caprices des enfants. Je refusais de prêter mes affaires. Je possédais, je voulais garder. [...] Il fallait impérativement que je corrige mes problèmes d'humeur avant de détruire ma famille. »

- Envies de pleurer : « Les envies de pleurer étaient devenues une habitude. Elle faisait partie de mon quotidien. Au travail, avec l'activité je n'y étais pas vraiment sujet. Par contre, à la maison c'était chaque jour. [...] Je me cachais tout le temps lorsque les larmes me montaient aux yeux. Je ne voulais pas montrer à mon épouse que je pleurais, ou même que j'en avais envie. En Afghanistan, j'avais été vulnérable une fois [...] je m'étais demandé ce que je faisais dans ce pays qui n'était pas le mien, loin de mes proches. Et là je me retrouvais dans mon canapé à éprouver les mêmes émotions. Ce n'était pas normal. »

- Cauchemars : « [...] Puis une détonation de fusil Kalachnikov se fait plus précise. Le tir m'est destiné. La balle me frappe en plein gilet pare-balle. Quand j'ouvre les yeux, je suis dans mon lit, le buste vertical. J'ai le coeur qui bat à en sortir de ma poitrine. J'ai quelques sueurs au front. [...] C'était un mauvais rêve. »

*Illustration 3: Témoignage de S. Favière, <https://www.defense.gouv.fr/sante/dossiers-complementaires/classeur-stress-post-traumatique/temoignage-sylvain-faviere>*

Face à ces difficultés de la vie quotidienne engendrées par l'ESPT, les patients peuvent être amenés à rencontrer un ergothérapeute au cours de leur parcours de soin. Ils se rencontrent généralement au sein des services de psychiatrie, dans lesquels l'ergothérapeute est un professionnel de santé ayant une approche centrée sur l'occupation humaine.

## **II. L'accompagnement ergothérapique**

### *II. 1) La notion d'ergothérapie*

#### II. 1. 1) Définition

L'association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) définit l'ergothérapeute comme :

« un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé.

L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, restaurer, et permettre les activités humaines de manière autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie en société. »

(en ligne, <https://www.anfe.fr/definition>)

Les ergothérapeutes fondent donc leur pratique sur le principe d'occupation humaine, et portent une vision holistique du patient, englobant l'ensemble des champs intervenant au cours de la vie (social, environnemental, physique) et pouvant constituer soit des ressources, soit des obstacles entraînant alors une situation de handicap.

L'ergothérapeute s'inscrit dans une prise en charge multidimensionnelle, en travaillant en pluridisciplinarité avec d'autres professionnels de santé. Basé sur un modèle bio-psycho-social, communs à tous, il peut également fonder sa pratique sur un modèle propre à l'ergothérapie.

#### II. 1. 2) Brève histoire de l'ergothérapie en lien avec les troubles psychiques

Au 18<sup>e</sup> – 19<sup>e</sup> siècle, le Dr Pinel relate que détourner le patient de ses troubles par l'activité est une thérapie efficace, de même pour la prévention des troubles (Newton, 2007). Ainsi sont posées les bases de l'ergothérapie.

C'est donc pendant la première guerre mondiale que l'ergothérapie se développe aux États-Unis. L'objectif principal des ergothérapeutes auprès des soldats sur les terrains était de détourner l'esprit de la souffrance et d'améliorer par la même occasion la fonctionnalité du membre supérieur, puisque les ergothérapeutes disposaient de compétences dans les champs médical, social, réadaptatif et rééducatif. C'est ainsi qu'ils arrivent en France, parmi l'armée américaine, en tant qu'aides à la reconstruction (Gutman, 1995).

La France découvre alors l'intérêt thérapeutique de l'activité, face à des psychiatres européens de plus en plus intéressés par cette discipline à partir du XX<sup>e</sup> siècle. Les ergothérapeutes arrivent en France pour « s'occuper des blessés de guerre à l'hôpital des Invalides à Paris » (Gable, 2008, cité dans Charret, 2017). Les premières activités ergothérapeutiques sont effectuées dans le milieu de la psychiatrie.

### II. 1. 3) Ergothérapie en psychiatrie

« L'ergothérapeute est là pour aider le patient vers son processus de changement et une meilleure compréhension identitaire ». (Béatrice Koch, dans ergothérapie en psychiatrie, 2016, p.123).

« Quand une personne en souffrance psychique perd ses repères d'existence, n'arrive plus à se projeter dans un futur proche ni à rendre signifiante sa mise en acte dans la vie, l'ergothérapeute avec une démarche d'évaluation peut être un maillon dans son parcours de soin. » (B. Koch, dans ergothérapie en psychiatrie, 2016, p. 112-113).

En psychiatrie, il est fréquent de rencontrer des pathologies entravant la liberté d'action, brouillant la capacité de pensée... Cela représente alors une source de soins pour l'ergothérapeute qui tentera à travers ses diverses interventions de réduire, ou contourner les troubles rencontrés par son patient. Effectivement, « les ateliers et activités sont autant d'espaces potentiels de créativité, d'ouverture à l'autre, d'aires des possibles, d'expérimentations pour que le patient se retrouve lui-même, se réengage dans le monde et regagne une assise existentielle un peu plus stable. » (Florence Klein, 2016). Pour cela, l'ergothérapie utilise la créativité, qui évoque des valeurs vitales et sociales attrayantes.

La créativité trouve sa source aux mêmes origines que le dialogue en y ajoutant des formes d'expressions corporelles. Elle nécessite une possibilité de régression, qui met le sujet au contact de ses représentations archaïques, et s'appuie sur un certain degré de dissociation (D. Anzieu, 1974, cité dans Mises, R. et al (1992) dans confrontations psychiatriques n°34, p.28), une plongée de la non-différenciation ( M. Milner, 1976, cité dans Mises, R. et al (1992) dans confrontations psychiatriques n°34, p.28). Créer fait présumer une réparation adéquate d'investissement entre le

pôle narcissique, atteint dans l'ESPT, et objectal. Dans la créativité, on retrouve une certaine coexistence de la conscience de la perte, à la limite de la mort, et du désir de réparation, de la restauration... Elle s'appuie sur un mode privilégié de l'expression à travers le langage symbolique (le symbole permettant de dire sans dire, de dire d'une manière voilée, donc sécurisante et interrogative). L'expression personnelle se manifeste quand l'être est vide, quand il fait l'expérience de l'informe, du flou, du chaos intérieur. Elle se vit au présent, et y ramène donc le sujet.

Afin d'acquérir une dynamique de travail cohérente, l'ergothérapeute se base généralement sur un modèle. Dans ce travail de recherche, j'ai décidé de me baser sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1980).

### **Modèle**

Certains modèles propres à l'ergothérapie peuvent aider les ergothérapeutes à orienter leurs interventions en englobant tous les domaines de la vie quotidienne. Gary Kielhofner définit les modèles comme un « ensemble d'éléments issus de la théorie, de la recherche et de la pratique qui est utilisé par les ergothérapeutes ».

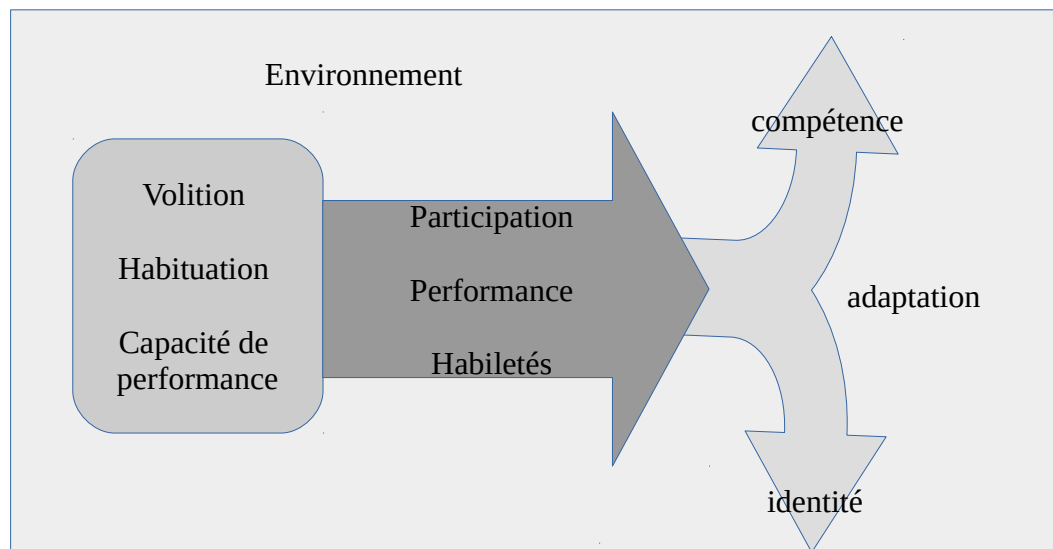
Selon Hernandez, les nouveaux enjeux de prise en soins en santé mentale conduisent les ergothérapeutes à établir leur diagnostic en se référant, dans la mesure du possible, à un certain nombre d'outils référencés. En effet, ces outils sont « des sources d'information utiles pour aider la personne dans son propre cheminement vers une meilleure qualité de vie et une autonomie plus constructive. » (B. Koch, dans H. Hernandez, 2016).

Pour ce travail, j'ai décidé d'orienter ma pratique et ma réflexion à partir du modèle de l'occupation humaine. C'est un modèle propre à l'ergothérapie, souvent utilisé en psychiatrie selon Béatrice Koch, auquel je suis également habituée dans ma pratique professionnelle et qui m'a semblé pertinent dans l'élaboration d'une intervention ergothérapique auprès de la population étudiée. En effet, il se base sur l'ensemble des interactions qui constituent le patient (l'agir, le devenir et l'être). Il permet d'organiser et de simplifier une situation complexe afin de l'expliquer et de guider son accompagnement.

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) fut élaboré en 1980 par Gary Kielhofner, il en est aujourd'hui à sa 4ème édition. Comme le rappelle Muriel Launois, ce modèle « étudie les interactions entre la personne, ses motivations, ses habitudes de vie, ses capacités et son environnement pour mettre en place des activités » (en ligne, consulté le 03/03/2020). Il est donc centré sur la personne, sur ses occupations (productivité, loisirs, vie quotidienne) et se base sur des

preuves probantes (validité des concepts, des outils d'évaluation et de la documentation du processus d'intervention et des objectifs). Il s'appuie sur la théorie des systèmes dynamiques, c'est à dire que c'est en agissant que les personnes se façonnent et se construisent.

Ce modèle m'a donc semblé d'autant plus pertinent qu'il est important de réinstaurer la réalisation des activités de vie quotidienne, de loisirs et de productivité qui sont souvent devenues difficiles depuis la rencontre avec l'événement ayant induit un ESPT chez les patients souffrants.



*Dessin 1: Traduction du schéma du processus d'adaptation occupationnelle (d'après Kielhofner, 2008, p.108)*

« Ce modèle décrit la nature occupationnelle de l'être humain, centrée sur l'engagement de la personne dans l'activité à la fois dans l'espace et dans le temps, inscrit dans un monde physique, social et culturel ; elle donne un sens à la vie de l'individu et lui permet de s'adapter aux exigences de la vie en société. » (B. Koch dans ergothérapie en psychiatrie, p. 119). L'importance du monde culturel est également à noter dans un contexte où certains patients s'ancrent au sein d'une institution (patients militaires), qui englobe une culture et une approche de la vie singulière.

Le MOH invite le patient à prendre conscience de ses capacités et de son identité liée aux activités. La volition (processus permettant le choix des activités), les habitudes de vie et les capacités dans l'environnement sont ici les trois composantes permettant de comprendre l'engagement d'une personne dans ses diverses activités. Ce modèle vise alors à accompagner le patient dans l'optimisation de sa capacité de rendement, au regard de trois grands axes : l'être, l'agir et le devenir.

Plusieurs bilans sont donc sollicités dans ce modèle afin d'élaborer le profil occupationnel de la personne évaluée. On retrouve quatre modalités d'application dans le MOH :

- Entretiens semi-directif : WEIS, Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS)
- Auto-évaluation : Occupational self Assessment (OSA), liste des rôles, QO
- Observation : Assessment of communication and interaction skills (ACIS), questionnaire volitionnel (QV)
- Méthode mixte : OPHI-II, Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)

« A l'aide d'un modèle conceptuel tel que le MOH, les ergothérapeutes sont en mesure d'évaluer et d'identifier les besoins physiques, émotionnels et sociaux des personnes atteintes du SSPT<sup>3</sup> et, grâce à des occupations significatives, de les aider à acquérir les compétences nécessaires pour participer aux activités de la vie quotidienne (voir Beauchesne et Jacques, 2015 ; Gindi et al, 2016 ; PizurBarnekow et Erickson, 2011). » (cité dans Edgelow, 2019).

L'ergothérapeute peut également inscrire sa pratique professionnelle dans l'un des modèles interdisciplinaires que l'on retrouve en psychiatrie, à savoir : le modèle psycho-dynamique, le modèle des thérapies cognitivo-comportementale (TCC), le modèle humaniste, ou encore le modèle systémique.

Avant de proposer une médiation, l'ergothérapeute doit effectuer au préalable des entretiens d'évaluation qui lui permettront d'orienter sa réflexion en lien avec les besoins et problématiques du patient. La médiation se révélera comme une résolution de problème, un intermédiaire dans la communication et une notion essentielle de processus de création.

### **La médiation**

La médiation thérapeutique est un moyen qui permet une mise en relation entre soi et l'autre (Brun, 2011). C'est un objet transférentiel dans lequel se mettent en place les processus créatifs de la personne, qui interagissent avec la médiation. La médiation est membre à part entière de la triangulation évoquée par Isabelle Pibarot (2015) entre l'individu, le thérapeute et l'activité/la médiation. Florence Klein rappelle que lorsque le cadre classique se voit limité, il est important

---

3 SSPT : ancienne dénomination de l'ESPT, faisant référence au Syndrome de Stress Post-Traumatique



d'inventer de nouvelles modalités de rencontre avec les patients, afin qu'ils parviennent à entrer dans un processus de création, permettant la symbolisation. Pour mettre en place une médiation et la rendre signifiante et thérapeutique, il est nécessaire qu'elle s'inscrive au sein d'un cadre défini. Ainsi « avant toute médiation, il y a une rencontre et une relation : avec un thérapeute, avec un patient, avec une institution, ou encore avec une matière » (Klein, 2016).

« La médiation intègre en elle-même la notion de "médiatiser quelque chose", d'être un entre deux. Entre soi et soi, entre soi et l'autre, entre soi et le monde. La médiation est, le plus souvent, utilisée dans sa qualité d'être un moyen thérapeutique, un moyen de soigner, un moyen d'initier un changement intra-psychique possible. La médiation serait peut-être alors plutôt du côté du soin psychique, venant s'inscrire comme un moyen d'expression pour retrouver sa propre parole et non pas s'adapter à celle de l'autre. Il ne s'agit plus de proposer une activité signifiante, qui ait un sens pour la personne, mais de proposer des médiations qui permettent à la personne de retrouver la capacité à donner du sens, à symboliser. » (Muriel Launois, [ergopsy.com](http://ergopsy.com)). En effet, il y a un réel travail psychique initié par l'objet médiateur, qui soutient le patient, et qui amène ce dernier à s'exprimer par d'autres biais que la parole.

Les médiations vont, par leur côté signifiant, permettre des expériences identitaires, expressives, projectives... C'est un moyen d'expression pour le patient qui constitue donc un véritable soin psychique comme le rappelle Muriel Launois sur le blog « [ergopsy](http://ergopsy.com) » (en ligne, [ergopsy.com](http://ergopsy.com)). Florence Klein ajoute, en citant B. Chouvier, que « l'expression est avant tout décharge des excitations pulsionnelles, mais une décharge détournée quant au but et transposée de manière sublimatoire. C'est ce mécanisme de transformation interne qui s'opère grâce aux objets médiateurs et qui constitue l'expression identitaire de soi » (Clinique de la médiation, 2016). Si elle n'est pas proposée uniquement par les ergothérapeutes, l'utilisation de la médiation pour permettre l'expression de soi reste une caractéristique des ergothérapeutes en santé mentale.

On retrouve différents types de médiations, évoqués par Florence Klein (2016) : manuelles et artisanales, créatives et projectives, ludiques, réceptives et régressives, et enfin corporelles / expression. Certaines matières permettront de chevaucher plusieurs de ces différentes orientations, selon le cadre défini par l'ergothérapeute et les interprétations qu'il en tirera.

Muriel Launois, quant à elle, fait une distinction entre activité et médiation. Comme elle l'explique sur son site ([ergopsy.com](http://ergopsy.com)), l'activité est selon elle un objectif en soi ; tandis que la médiation permet de s'exprimer ou de ressentir la sensorialité. Cela permettra donc de mobiliser les trois

formes complémentaires de la symbolisation, comme le rappelle Tisseron (cité dans Roupnel (2016)). En effet, il énonce que « la symbolisation psychique des divers fragments d'expérience mobilisés dans une situation vécue engage à chaque fois trois formes complémentaires de représentations : le mode corporel, le mode image et le mode verbal ».

Muriel Launois distingue de surcroît les médiations impressives des médiations expressives. Les médiations expressives comprennent les médiations créatives et projectives, et les médiations portant sur l'image du corps (telles que le théâtre, la photographie, la vidéo,...). Elles permettent ainsi au sujet d'exprimer des éléments psychiques à travers différentes matières (peinture, sculpture, menuiserie,...) tout en favorisant un mouvement d'introjection et en initiant un travail psychique grâce à la créativité et l'imaginaire déployés dans leur utilisation. Les médiations impressives, elles, sollicitent l'éprouvé corporel. Ce sont donc les techniques régressives (permettant de rejouer certaines étapes de sa vie que le psychisme n'aurait pas su traiter), et les médiations corporelles (relaxation, écoute musicale...).

L'orientation vers un type de médiation sera effectuée par l'ergothérapeute, car les matières peuvent être utilisées sous différentes formes, et se retrouver ainsi dans plusieurs types de médiations.

Ainsi, la mise en place de règles spécifiques, liées à la nature de la médiation artistique, est également importante. Pour qu'elle soit thérapeutique, M Launois rappelle également que la médiation doit s'enraciner dans un modèle conceptuel, englobant toutes les dimensions de l'individu, afin qu'elle constitue une ressource pour pouvoir agir sur soi-même au travers de son utilisation.

## *II. 2) Prise en charge ergothérapeutique des patients souffrant d'ESPT*

Les individus souffrant d'un état de stress post-traumatique sont la plupart du temps suivis dans des services de psychiatrie. De ce fait, ils peuvent bénéficier d'un suivi pluri-professionnel les mettant en lien avec un psychiatre, un psychologue, des infirmiers, des aides soignants, et des rééducateurs tels que des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des diététiciens,... etc

L'atelier à médiation, le plus souvent tenu par les ergothérapeutes, permet alors à l'ensemble de l'équipe soignante d'enrichir leurs interventions grâce aux transferts induits par le passage à la création. De plus, spécialiste de la vie quotidienne et centré sur le patient et ses occupations,

l'ergothérapeute se montre un professionnel de santé tout à fait apte et compétent à valoriser l'agir de ses patients à travers la médiation thérapeutique. Étymologiquement, le terme ergothérapie signifie « soigner par l'activité », l'utilisation des médiations constitue une activité, qui devient signifiante par les processus créatifs et le travail psychique qu'elle initie.

Auprès de la population ciblée ici, une stratégie de détour par rapport aux mécanismes défensifs du patients pourra être nécessaire, sans être pour autant dans un mécanisme d'évitement. Florence Klein (2016) rappelle que « lorsque le cadre classique présente ses limites, quand la parole se montre pauvre ou impossible, il devient essentiel d'inventer de nouvelles modalités de rencontre avec les patients pour que les processus créatifs puissent être mobilisés » (Clinique et médiation, p.16).

En psychiatrie, l'utilisation de la médiation en ergothérapie tendra donc vers un changement sur le plan psychique afin d'entrer dans une dynamique de soin psychique et de conduire le patient vers une stabilité psychologique durable. Pour atteindre cette stabilité, Nayla Chidiac (2010) rappelle que le traumatisme induit la présence du passé comme présent dans le présent ; s'il retourne dans la passé, alors son absence dans le présent démontrera qu'il n'est plus traumatique en soi. Cette réinscription du traumatisme dans une trajectoire unique permettra de contenir les reviviscences et le syndrome de répétition dont souffrent les individus traumatisés. L'ergothérapeute devra donc être constamment dans une recherche active du syndrome de répétition.

Comme énoncé par Patricia Attigui (dans Brun, 2011), l'accompagnement interrogera le patient sur les déterminants de son histoire, en inscrivant, par une réécriture, le traumatisme au sein de sa propre existence. Aussi, dans la création et son agir, l'objet créé initie une quête de sens et redonne corps et existence à son auteur (Klein, 2016).

Le but, dans le cadre d'une prise en charge d'un patient souffrant d'ESPT, sera de « stopper le processus de répétition induit par le traumatisme, de donner accès à la vie imaginaire et de parvenir à un mode de création de soi-même » (Anne Marie Dubois citée dans Chidiac, 2010).

De plus la médiation joue alors un rôle important dans la régulation des émotions, et peut permettre d'acquérir des compétences d'adaptation dans une période de stress.

Comme les autres professionnels, l'attitude de l'ergothérapeute doit être contenante afin de couvrir les déchirures qu'a engendrées l'effraction traumatique sur les enveloppes des défenses psychiques. L'ergothérapeute doit également être en mesure d'atténuer les débordements émotionnels et imposer un climat sécurisant au sein de son atelier.

Afin de proposer un accompagnement adapté et individualisé pour chacun de ses patients l'ergothérapeute dispose de divers outils lui permettant d'orienter son intervention.

### II. II. 1) Outils

Au cours de mon stage en psychiatrie au sein d'un HIA, j'ai pu découvrir un outil d'évaluation que les ergothérapeutes utilisaient régulièrement auprès des patients qui souffraient d'un traumatisme psychique de guerre, il s'agit de l'outil d'évaluation ELADEB.

#### **Les échelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins (ELADEB).**

Ces échelles furent élaborées par l'équipe de réhabilitation psycho-sociale de V. Pomini de Prilly en Suisse, elles ne sont pas spécifique à l'ergothérapie, mais très pertinentes dans cette discipline, selon Béatrice Koch (2016). La première version date de 2008, et fut révisée en 2011. L'ELADEB permet de connaître la personne de manière globale, à travers l'expression de ses occupations. On retrouve vingt domaines suggérés, sous forme d'un entretien semi-directif, dans une dynamique de dialogue. Le patient matérialise les objectifs possibles en réponse à ses attentes ou à ses questionnements, en faisant du lien avec les ateliers proposés en ergothérapie. Le thérapeute doit ensuite entrer les données qualitatives dans un logiciel spécifique pour mettre en évidence un ou plusieurs des quatre secteurs problématiques. Le temps moyen de passation est d'1h30.

Cet outil renseigne sur les orientations à privilégier pour l'intervention à venir. L'ELADEB est donc utile en tant qu'évaluation préliminaire pour aider l'ergothérapeute à construire son plan d'intervention personnalisé de manière objective.

Il existe aussi l'outil ELAREB, qui met en avant les ressources. Ces deux échelles d'évaluation peuvent être complétées et affinées par les outils du MOH.

#### **Les outils du MOH**

Comme le modèle choisi dans ce travail de recherche est le modèle de l'occupation humaine, les ergothérapeutes peuvent également orienter leur plan d'intervention ergothérapique sur les bilans obtenus après la passation des outils d'évaluation proposés avec le MOH. On retrouvera alors des grilles de lectures catégorisées, énoncées par Béatrice Koch (2016) :

- des évaluations générales : avec une représentation globale de la personne, englobant plusieurs concepts (adaptation, volition, habitude, habiletés, rendement, participation...) tels que l'OSA<sup>4</sup>, le MOHOST<sup>5</sup>, le QO<sup>6</sup>...
- des évaluations spécifiques : pour l'observance d'un domaine précis, les habiletés de communication et d'interaction tel l'ACIS<sup>7</sup>, pour la volition, pour la liste des rôles.

Les conditions de passation peuvent varier (début ou au cours du suivi, en séance de groupe ou en individuel, en ateliers, en mise en situation écologique...)

## II. 2. 2) Médiation et ESPT

La médiation thérapeutique trouve des chemins pour déverrouiller des souvenirs et des sentiments dans l'inconscient et a également un caractère apaisant. « Les activités de médiations, dans ce qu'elles ouvrent de créations, dans la matérialité des objets créés, viennent permettre aux patients de tenter de figurer l'impensable, ainsi que ce qui a été refoulé » (Florence Klein, 2016).

C'est, selon Avrahamie (cité dans Helou Chesnot, 2019), un moyen d'accéder aux mémoires non verbales grâce à une symbolisation par les matériaux, qui mettent en place des processus permettant une distanciation émotionnelle.

Selon Hass Cohen et Carr (cité dans Helou Chesnot, 2019), la thérapie par la médiation artistique a une influence sur les réseaux neurobiologiques, et peut modifier certains processus neuronaux, notamment d'accès à la mémoire. Chong (cité par le même auteur) dira qu'elle aide à modifier les voies neurobiologiques affectées négativement par les traumatismes.

Ramirez (cité dans Helou Chesnot, 2019), quant à lui, énonce que, grâce à la médiation, les patients retrouvent une meilleure capacité à exprimer des pensées qui ne pouvaient être verbalisées avant, voient leurs relations sociales améliorées, et donc leur isolement amoindri. Enfin, ils ressentent une réduction générale des symptômes d'hypervigilance et d'évitement et donc une réduction de l'anxiété et une meilleure maîtrise des pensées intrusives.

La médiation, couplée aux autres thérapies, permet alors, selon Helou Chesnot (2019), l'atténuation des cauchemars, la réduction de l'excitation, la réactivation des émotions positives, l'amélioration de l'auto-activation émotionnelle et de l'estime de soi, ainsi qu'une meilleure capacité de

---

4 OSA : Occupational Self Assessment

5 MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool

6 QO : Quarantine Order

7 ACIS : Assessment of Communication and Interaction Skills

concentration, de mémorisation, d'attention et d'organisation. Tripp, cité par le même auteur, juge que l'« expression par l'art peut faciliter le passage d'un matériau traumatique de mémoire implicite à la mémoire explicite ». Il permet donc la création d'un récit pictural cohérent du traumatisme. Malchiodi (également cité par Helou Chesnot, 2019), quant à lui, observe trois domaines traitables par la thérapie avec médiation artistique : la gestion du stress, la restructuration cognitive, et l'amélioration de la résilience. Lobban et al, également évoqué par Helou Chesnot, (2019) privilégie une approche orientée vers l'action, qui « combine le mouvement , la tactilité, la vision, la mémoire et l'imagerie dans les processus de création, et qui aborde le noyau non-verbal des mémoires traumatiques ».

### II. 2. 3) Exemples de médiations utilisées

La corrélation entre l'art et les soins psychiques s'enracine dans la nuit des temps. L'ergothérapeute accompagnera son patient, par la médiation, pour qu'il transforme ses projections en messages signifiants (Attigui, P. (2011)).

Comme le rappelle Anne Brun (2011), la question du choix de la matière doit correspondre aux systèmes perceptivo-sensori-moteurs du sujet qui l'utilisera, puisque la création engage le corps, le visuel, le sonore, le tactile et/ou le kinesthésique (ainsi que le psychisme). Le dispositif permet de trouver ce que le patient est capable de créer. Chaque médium implique un rapport spécifique à la sensori-motricité et accueille un transfert spécifique. « On ne transfère pas n'importe quel contenu psychique sur n'importe quel objet ».

On peut donc proposer, après la réalisation de diverses évaluations, différents supports selon les besoins du patient.

#### **L'argile :**

Selon Helou Chesnot (2019) la thérapie avec l'aide du médium argile peut aider les personnes ayant subi un traumatisme. Dans un premier temps, cette matière permettrait une voie cathartique nécessaire (c'est à dire une voie de symbolisation et de séparation avec le traumatisme), un temps d'élaboration et un temps de transformation. Symboliquement, elle représente les étapes de passage vers une amélioration chez les patients souffrants. De plus, elle s'exprime dans un cadre contenant et structurant. L'argile consiste à construire, déformer, détruire, transformer... Elle joue en fait un

rôle miroir et éponge, en reflétant le caché de l'inconscient et en absorbant les angoisses. Elle permet donc une grande symbolisation, souvent appréciée des patients souffrant d'ESPT.

### **Les médiations corporelles**

Pour des sujets ayant des troubles de l'assise narcissique, comme c'est le cas pour les patients souffrant d'ESPT (perception identitaire faussée), les médiations par la technique du corps semble pertinentes. De plus, Éliane Allouch (dans Brun, 2011) rappelle que les troubles de la corporéité et les cauchemars sont souvent dus à une insuffisance voire à un défaut d'inscription mnésique. « Par les médiations corporelles, une greffe identitaire peut aider à revaloriser le patient et à ré-approprier son corps dans son intégralité ».

### **Le photo-langage :**

Cet outil mobilise la pensée en idées, en images intériorisées, ainsi que les affects qui les accompagnent. Le photo-langage était très utilisé par des médecins militaires psychiatres et psychanalystes à la Tavistock Clinic, comme nous l'apprend Claudine Vacheret (Brun, 2011). Ainsi, les photos sont utilisées pour servir de support à la parole. Ici, le regard des autres fait évoluer sensiblement sa propre perception de sa photo. Il y a donc un effet de contention avec deux gardes fous selon Anne Brun : les photos et les questions. Cela induit une double articulation entre l'intrapsychique et l'intersubjectif, qui englobe alors le regard de l'autre, souvent évité par les personnes souffrant d'ESPT.

### **Les ateliers d'écritures thérapeutiques**

Les œuvres écrites par le patient sont des associations, des remémorations, des élaborations verbales, énonce Nayla Chidiac (2010). L'écriture est une démarche personnelle au sein d'une relation à un tiers ou à un groupe. L'atelier d'écriture thérapeutique s'inscrit autour de règles qui définissent le temps, la durée, la fixité du lieu, la position de chacun.. Le thérapeute peut orienter le thème et l'écriture dans le sens qu'il souhaite, selon les besoins de ses patients.

« L'écriture advient, sauveur inespéré pour celui qui ne peut dire à personne l'horreur qui le taraude. » Pierre Georges Despierre (cité dans Chidiac, 2010). Ainsi, l'écriture véhicule des

productions linguistiques, sert à communiquer différemment que par la parole, et permet de fixer durablement ses dires. Elle est donc intéressante dans l'accompagnement d'un traumatisme psychique puisque celui-ci n'est pas fixé dans le temps, mais reste presque continuellement dans le présent. L'écriture peut ainsi être vécue comme un ancrage, un tissage qui donne du sens. Elle peut donner une impression de contrôle, de ne pas céder au débordement, de sortir ou de transformer la répétition traumatique qui envahit le sujet. « L'écriture devient alors une sorte de mise en sens du trauma adressée à l'autre ».

« Pour le patient traumatisé, le travail envisagé va permettre de relier, par une pensée matérialisée par l'écrit, le passé et le présent avant de pouvoir envisager un futur, la projection future étant l'indicateur d'un bon diagnostic », et le retour vers une certaine stabilité psychologique. Elle permet d'inscrire l'image du trauma dans une histoire, avec un début, un milieu et surtout une fin. Le but n'est pas d'oublier, mais d'écrire symboliquement ce trauma dans une histoire afin d'aller librement au souvenir, plutôt que ce soit le souvenir qui s'impose au patient. Cela peut permettre de mettre un terme au syndrome de répétition.

N. Chidiac rappelle enfin que face au chaos, « l'écriture n'adoucit en rien l'éclatement interne mais favorise la recherche d'un sens, en apprivoisant les pensées, émotions et en les maintenant à distance, passant de l'aveuglement de l'effroi à la lumière du souvenir ». Elle permet donc d'« être dans le présent avec ce que le passé a d'imparfait ».

## **Le théâtre**

Patricia Attigui (2011) présente le théâtre avec cette phrase : « Penser les limites et accueillir l'impensable. »

Penser les limites, explique-t-elle, se fait grâce à une barrière de contact, permise par le jeu théâtral. C'est un lieu de fiction, un lieu pour vivre, constituer les limites internes et externes dont le patient a souvent été dépossédé. Ici, le patient utilisera, par l'intermédiaire de la médiation théâtre, la fiction comme une nouvelle « peau réparatrice ». Le patient s'engage dans la fiction, dans laquelle il peut éprouver son rapport à la Loi et à la réalité. Il peut aussi localiser, explorer les frontières du moi, ses fragmentations ; donner une forme à l'inconscient en tant que théâtre. « C'est une aire intermédiaire entre la réalité intérieure et la vie extérieure ».



Le théâtre devient ici un moyen de figurer l'irreprésentable, au travers d'une enveloppe psychique sécurisante. Le patient acteur peut jouer avec les limites, s'engager/ se désengager. Il explore les interdits, se désengage d'un surmoi archaïque...

Dans le psychodrame, on peut mettre les idées qui viennent en scène. La séance se compose en trois temps : entretien, jeu dramatique, interprétation (liaison, déliaison, reliaison ; Rosenberg, cité dans Attigui, (2011)). De plus, « la répétition des scènes permet une mise à distance avec les pensées intrusives, un dégagement du sens et du rôle des images effrayantes dans le fonctionnement mental ».

Il existe de nombreuses autres médiations que les ergothérapeutes peuvent proposer à leurs patients, en y adaptant le cadre et en le rendant singulier à la situation de chacun.

Après avoir pris connaissance de divers articles relatifs aux médiations proposées auprès des personnes ayant subi un traumatisme psychisme, j'ai alors élaboré deux hypothèses pouvant répondre à ma question de recherche.

### **III. Hypothèses**

Ainsi, suite à mes différentes lectures, je suis parvenue à l'élaboration des deux hypothèses suivantes :

- L'ergothérapeute peut favoriser la performance occupationnelle d'un patient souffrant d'ESPT à l'aide de médiations expressives (selon la catégorisation de M. Launois,) ou créatives et projectives (selon la catégorisation de F. Klein), au sein d'un cadre défini.
- L'ergothérapeute agit sur les paramètres des médiations et sur le cadre instauré au sein de l'atelier d'ergothérapie afin de favoriser la performance occupationnelle des patients souffrant d'ESPT.

### **III. Enquête**

Afin de confronter les connaissances acquises par mes différentes lectures et la pratique réelle de l'ergothérapie auprès de la population étudiée, j'ai élaboré un outil d'enquête qui permettra par la suite de réfuter ou valider mes hypothèses de recherche. L'objectif de mon enquête est donc d'étudier quels outils, quels modèles, quelles médiations sont utilisés auprès de la population étudiée, et quelles spécificités dans l'adaptation du cadre sont à prendre en compte.

#### *III. 1) Méthodologie d'enquête*

##### III. 1. 1) Choix de l'outil

Afin d'étudier l'accompagnement des ergothérapeutes pour favoriser la participation occupationnelle des personnes souffrant d'ESPT, et valider ainsi ou réfuter mes hypothèses, j'avais dans un premier temps songé faire passer environ cinq entretiens.

Au cours de l'élaboration de ma grille d'entretien et en concertation avec ma maître de mémoire, il est apparu que les interrogations que je souhaitais évoquer pouvaient constituer un questionnaire, ce qui rendrait son analyse plus cohérente que celle d'entretiens. De plus, l'analyse des réponses à un questionnaire sont à la fois quantifiables (par un pourcentage par exemple), mais également qualificatives puisque des explications peuvent être demandées de manière ouverte aux répondants.

Je me suis donc finalement tournée vers cet outil, que j'ai élaboré à partir de la grille d'entretien que j'avais initialement préparée.

##### III. 1. 2) Élaboration de l'outil

Afin de réaliser mon questionnaire, j'ai créé un « *google form* ». J'ai commencé par introduire mon sujet dans une brève présentation de mon questionnaire. Ensuite, j'ai réparti mes questions en cinq rubriques :

- **Expérience professionnelle** : elle me permet de cibler la population étudiée (et donc d'éliminer directement les personnes qui n'auraient pas travaillé en lien avec la population que j'étudie dans mon travail de recherche) et d'en apprendre davantage sur leur parcours professionnel.

- **Pratique professionnelle** : afin de questionner mes interlocuteurs sur leurs objectifs d'accompagnement ergothérapeutique, et sur les modèles et les outils qu'ils utilisent.
- **Spécificité des patients souffrant d'ESPT** : pour étudier les différents moyens mis en place spécifiquement auprès de la population que j'étudie.
- **L'utilisation de la médiation en psychiatrie** : afin de savoir si certaines médiations thérapeutiques semblent plus appréciées par la population ciblée, quelles sont les difficultés rencontrées et quel est l'impact sur la performance occupationnelle des patients.
- **Impact sur les autres prises en charge** : cette rubrique me permettra d'établir mon ouverture suite à mon travail de recherche qui est principalement ciblé sur l'accompagnement en psychiatrie.

Ces rubriques se composent de questions fermées (oui/non), de questions semi-ouvertes avec un choix de réponses à cocher et la possibilité d'ajouter un autre choix, et des questions ouvertes pour lesquelles un développement de la réponse est attendu.

Après validation par ma maîtresse de mémoire, j'ai également envoyé mon questionnaire à mon ancienne tutrice de stage qui travaille en psychiatrie auprès des traumatisés de guerre et qui a également pu m'aiguiller sur la pertinence et la formulation de mes interrogations.

### III. 1. 3) Choix de la population et diffusion de l'outil

Pour répondre à ce questionnaire, j'ai décidé d'interroger des ergothérapeutes susceptibles de travailler auprès de patients référencés article L115.

De ce fait, j'ai contacté par téléphone tous les HIA afin d'obtenir le contact e-mails des ergothérapeutes travaillant dans leurs services. J'ai également recherché sur internet les centres spécialisés dans la prise en charge de patients souffrant d'état de stress post-traumatique. Une fois les contacts trouvés, j'ai appelé ces centres afin de savoir s'ils avaient un ou plusieurs ergothérapeutes travaillant dans leur service. Par ce fonctionnement, j'ai obtenu davantage d'e-mail d'ergothérapeutes susceptibles de rencontrer la population étudiée, et donc de répondre à mon questionnaire. J'ai ainsi envoyé mon outil d'enquête par mail individuel à une quinzaine d'ergothérapeutes. Je l'ai également publié sur un groupe du réseau social « Facebook » intitulé « mémoire ergothérapeute » mais il ne m'a jusqu'alors pas apporté de réponse supplémentaire.

J'ai aussi contacté l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) afin de leur demander s'ils avaient dans leur répertoire des ergothérapeutes travaillant auprès de ma population

d'étude ; mais au vu de la crise sanitaire actuelle, ils n'ont pas répondu favorablement à ma demande de contact.

Enfin, j'ai contacté Muriel Launois, afin qu'elle partage mon questionnaire d'enquête sur son site qui comprend un onglet spécial pour les mémoires étudiants. Tout comme sur Facebook, ce biais ne m'a pas permis d'obtenir davantage de réponse.

### *III. 2) Limites de l'enquête*

La principale limite dans la réalisation de mon enquête est le faible nombre d'ergothérapeutes travaillant auprès de cette population, qui est très ciblée.

Cette situation est accentuée par la crise sanitaire que connaît actuellement la France (covid-19). J'ai donc été confrontée à beaucoup de refus ou d'impossibilité d'entrer en contact avec des ergothérapeutes qui étaient souvent confinés ou réquisitionnés. Certaines structures, susceptibles de travailler avec un ou des ergothérapeutes intervenant auprès de la population que j'étudie sont fermées actuellement et je n'ai de ce fait obtenu que cinq réponses à mon questionnaire.

Une autre limite à observer est le fait qu'il n'y ait aucune discussion possible, c'est à dire que si le sens des questions posées n'est pas suffisamment clair, la réponse peut être erronée. Je pense qu'il aurait été nécessaire que je définisse davantage certains termes, particulièrement la classification des différentes médiations. De plus, une fois le questionnaire envoyé, on ne peut revenir dessus.

### *III. 3) Exposition et analyse des résultats*

Actuellement, cinq ergothérapeutes ont répondu à mon questionnaire (questions disponibles en annexe 2)

#### *III. 3. 1) Expérience professionnelle*

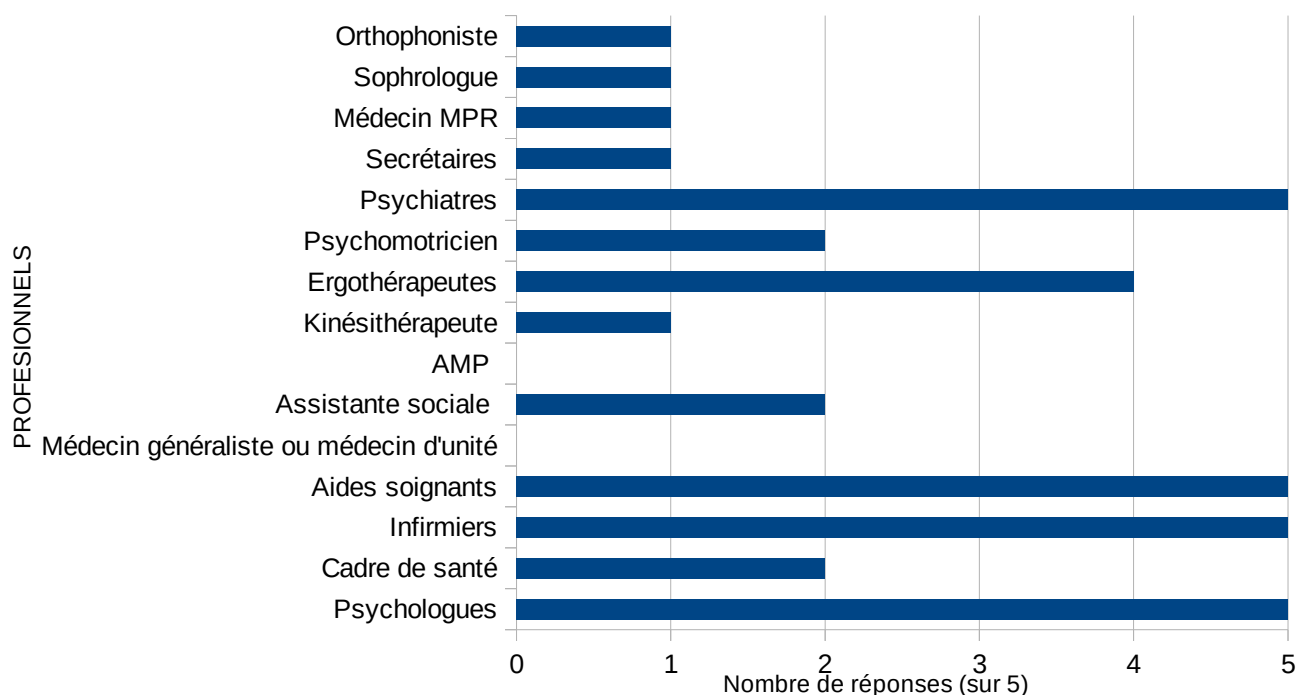
Ces ergothérapeutes sont diplômés depuis 2 à 36 ans, et travaillent pour la plupart en psychiatrie depuis 8 mois à 35 ans. Chaque personne interrogée répond positivement à la question concernant mon critère d'exclusion, à savoir que quatre ergothérapeutes sur les cinq rencontrent fréquemment des patients référencés par l'article L 115, le dernier n'en rencontrant qu'occasionnellement car il travaille dans un service de MPR<sup>8</sup> au sein d'un HIA (les patients se présentant pouvant donc souffrir d'un ESPT associé à leur difficultés motrices). Sur les cinq ergothérapeutes, quatre travaillent dans un HIA.

---

8 Médecine Physique et de Réadaptation

Au sein des équipes pluri-disciplinaire avec lesquelles travaillent les répondants, on retrouve les données suivantes :

**Le plus souvent, avec quels professionnels êtes-vous amené(e) à coopérer dans votre pratique professionnelle ?**



Ainsi, tous ont à faire à des psychiatres, des infirmiers, des aides soignants et des psychologues. Un ergothérapeute travaille seul comme représentant de cette profession au sein de son service, aucun n'est en lien avec des AMP (aide médico-psychologique) ou avec le médecin généraliste. Concernant le médecin MPR, le répondant à cette option est celui travaillant dans un service de rééducation. On peut donc supposer que la prescription médicale émane du psychiatre qui délivre les ordonnances, ou du médecin MPR. Il est également surprenant de constater que seuls deux ergothérapeutes énoncent travailler avec leur cadre de santé.

**III. 3. 2) Pratique professionnelle**

En terme d'objectifs prescrit par le médecin pour les prises en soins ergothérapeutiques, on ne retrouve pas de dénomination standard.

On retrouve par exemple les prescriptions suivantes :

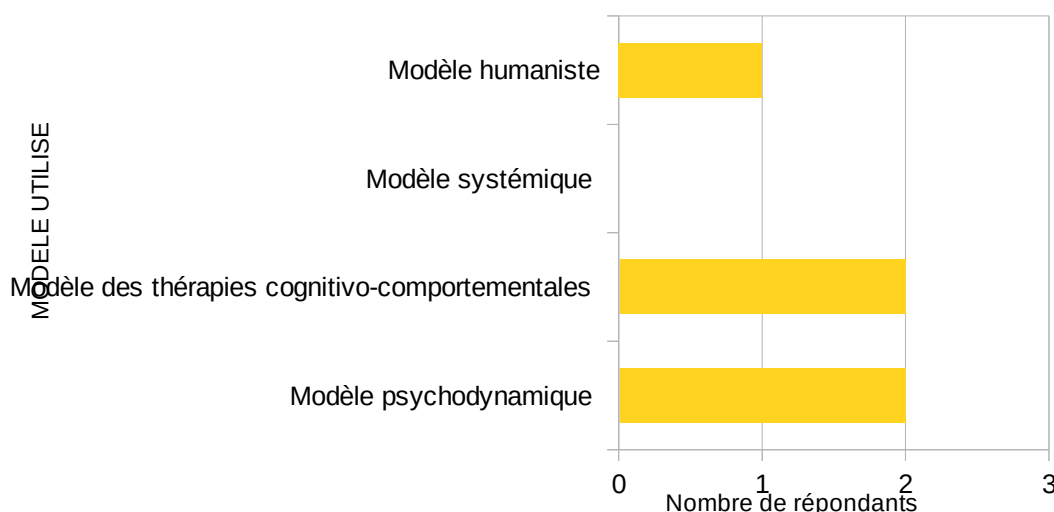
- « stimuler l'expression », « favoriser l'expression des conflits internes » (cité deux fois),
- « percevoir les limites »

- « accès au plaisir », « apaisement symptomatique »
- « revalorisation de l'estime de soi », « meilleure conscience de soi »,
- « resocialisation »

Concernant l'utilisation d'un modèle, seul trois répondants disent se référer à un modèle interdisciplinaire, ce qui représente 60 % de l'effectif. Quatre sur les cinq ergothérapeutes disent se baser sur un modèle propre à l'ergothérapie. On peut alors se questionner sur l'absence de réponse de l'un des répondants qui semble ne se baser sur aucun modèle.

L'utilisation des modèles interdisciplinaires est la suivante, sur trois personnes concernées :

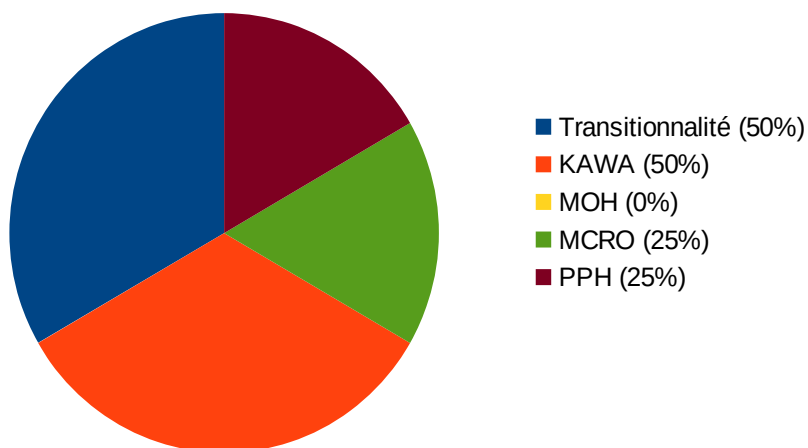
**Si vous utilisez un modèle interdisciplinaire, duquel s'agit-il ?**



On constate également via le graphique ci-dessus que deux des répondants se basent sur deux modèles interdisciplinaires pour fonder leurs interventions. On peut donc se demander s'ils adaptent le choix du modèle interdisciplinaire selon celui utilisé par les autres professionnels qu'ils rencontrent.

Concernant les modèles propres à l'ergothérapie, on retrouve la répartition suivante :

**Si vous utilisez un modèle propre à l'ergothérapie, duquel s'agit-il ?**



Un des ergothérapeutes se base sur trois modèles propres à l'ergothérapie, ce qui peut questionner quant au vocabulaire et au terme employé. On peut également relever l'absence totale de l'utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine, très représenté dans la littérature mais finalement absent sur le terrain.

J'ai également questionné sur la reconnaissance de la profession et de son application. 80 % des ergothérapeutes (soit quatre sur les cinq interrogés) sont satisfaits de la reconnaissance apportée au travail psychique réalisé en ergothérapie par les autres professionnels de leur équipe. Seule une ergothérapeute juge l'accompagnement ergothérapeutique et les activités mises en place trop peu valorisées par les autres professionnels.

### III. 3. 3) Spécificité des patients souffrant d'ESPT

Concernant la spécificité dans l'accompagnement ergothérapeutique des patients souffrant d'ESPT, 60 % des répondants (soit trois ergothérapeutes) disent utiliser des outils spécifiques avec cette patientèle. Le bilan ELADEB est le plus fortement représenté. On retrouve également le SF36<sup>9</sup>, des échelles sur la qualité de vie (non spécifiées), ainsi que le TAMPA<sup>10</sup>, qui sont réalisés par l'ergothérapeute travaillant en MPR, ce qui dénote de l'attention particulière nécessaire à l'accompagnement de personnes en souffrance psychique même au sein d'un service non-psychiatrique.

Les ergothérapeutes disent réaliser pour tous leurs patients, sans distinction de pathologie, des entretiens d'accueil et des observations. Un répondant réalise des mises en situation créatives qu'il utilise comme outil d'évaluation.

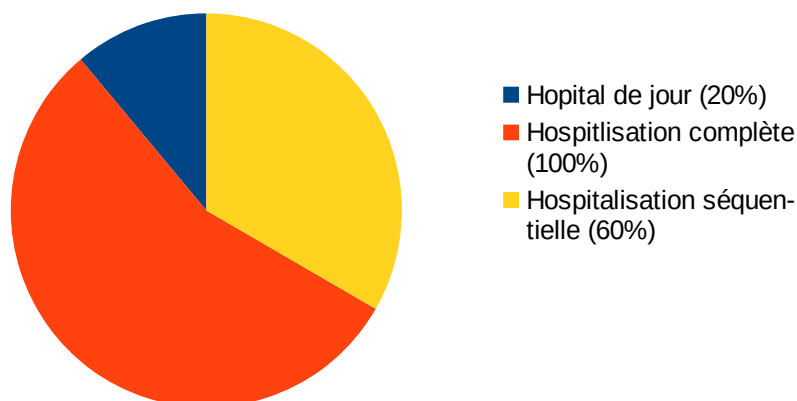
---

9 Questionnaire généraliste sur la qualité de vie

10 Échelle d'évaluation de la kinésiohobie

On constate également qu'une des trois modalités de prises en charge possibles est majoritairement représentée.

**Pour quelles modalités de prise en charge retrouvez vous le plus souvent les patients souffrant d'ESPT ?**



Ainsi, chaque répondant a déjà rencontré un patient souffrant d'ESPT en hospitalisation complète. Seul un ergothérapeute rencontre cette population en hôpital de jour. On peut également se questionner sur l'hospitalisation séquentielle, qui concerne des patients traumatisés psychiques chez trois répondants ; fait-elle suite à l'hospitalisation complète ou est-elle spontanée ? Il semblerait en tous cas, selon ces résultats, que la plupart des personnes souffrant d'ESPT fassent un séjour en hospitalisation complète.

J'ai également interrogé les répondants sur l'influence du cadre dans le contexte étudié.

L'un des répondants énonce qu'il lui est demandé de travailler en groupe, ceci dans la but de valoriser la resocialisation des patients. Ce dernier dit laisser libre le choix de l'activité ou de la médiation aux patients, afin de les rendre acteurs de leur prise en soin. Les autres disent débiter leur accompagnement en individuel, puis progressivement associer d'autres personnes et augmenter au fur et à mesure les différentes interactions sociales nécessaires au fonctionnement d'un groupe, dont le nombre de participants évolue également progressivement. Les ergothérapeutes sollicités disent également adapter l'environnement, afin de favoriser un contrôle visuel chez des patients souvent anxieux, et de limiter les stimuli extérieurs pouvant générer des émotions négatives ou déclencher des pensées intrusives. Au fur et à mesure, l'ergothérapeute ouvrira l'environnement à de plus en plus de stimuli, de plus en plus d'interactions sociales... tout en respectant la progression du patient.



Les ergothérapeutes expliquent que les paramètres importants à prendre en compte chez la population étudiée avant de leur proposer une médiation sont les suivants :

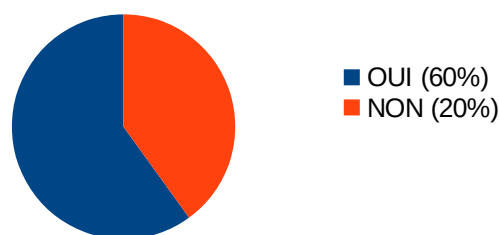
- La charge anxieuse
- L'intégration du trauma dans leur vie
- La confiance du patient envers son thérapeute
- L'adaptation au « temps » du patient

Ainsi, avant de proposer une médiation à une personne souffrant d'un traumatisme psychique de guerre, il semble nécessaire de respecter le temps où il se situe à ce moment là face à son histoire de vie, qui influencera ses émotions. En effet, s'il est dans la colère, il sera peut être plus astucieux de proposer des médiations malléables mais résistantes permettant une extériorisation importante par exemple. Il faudra également tenir compte de la charge anxieuse qui peut influencer la mise en place des processus créatifs nécessaires à l'utilisation d'une médiation.

Les répondants ajoutent qu'il est nécessaire que le choix de la médiation s'inscrive dans une relation de confiance afin que le patient adhère à cette dernière et soit acteur au sein d'un accompagnement réaliste.

Trois ergothérapeutes estiment qu'il y a une médiation que les patients souffrant d'ESPT affectionnent d'avantage.

**Y a-t-il une médiation que les patients traumatisés psychiques de guerre apprécient davantage ?**



L'argile est cité deux fois comme particulièrement appréciée de ces patients, l'écriture, la relaxation et les médiations en lien avec le sport sont également mentionnées.

Concernant la réalisation de mises en situation écologique, quatre ergothérapeutes disent pouvoir en effectuer. Celles-ci concernent les champs suivis :

**Quelles sont les mises en situation que vous réalisez le plus souvent ?**

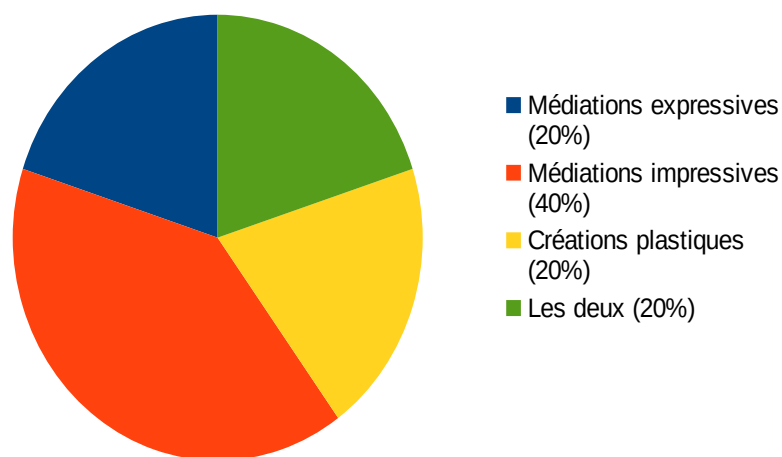


On constate qu’aucun ergothérapeute ne réalise de visite à domicile auprès de cette population. Les activités de loisirs, de rendement professionnel et les sorties en extérieur sont les mises en situations les plus rencontrées chez les répondants.

**III. 3.4) L’utilisation de la médiation en psychiatrie**

On distingue deux grandes catégories de médiations thérapeutiques (selon Muriel Launois) : les médiations expressives (créatives, projectives, image du corps,..) et les médiations impressives (techniques régressives, certaines médiations corporelles) (source : ergopsy.com). Les réponses apportées conduisent au graphique suivant :

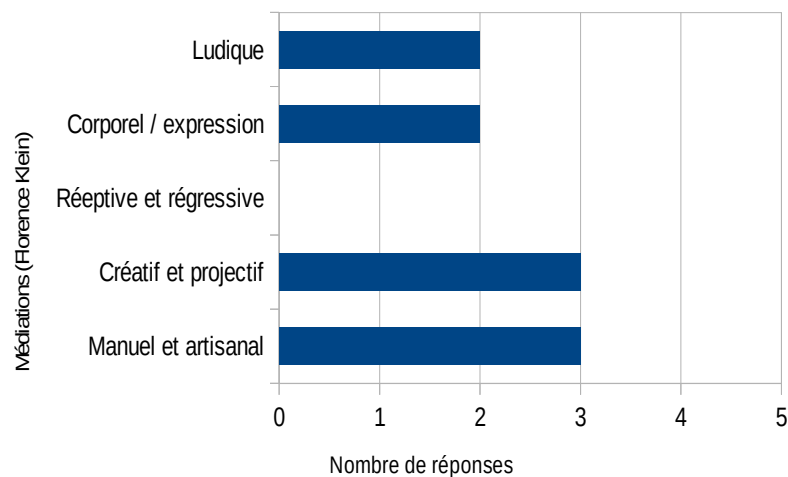
**Quelle type de médiation favorisez-vous auprès de la population étudiée ?**



On observe donc que ce sont, selon les répondants, les médiations impressives qui sont les plus utilisées auprès de la population ciblée. L'un des répondants a ajouté les créations plastiques comme particulièrement utilisées auprès des patients soumis à l'article L115.

Ainsi, à la question suivante, on retrouve également la présence de ces médiations. En effet, la catégorisation de Florence Klein permet d'obtenir le graphique suivant :

**Selon vous, y en -t-il une plus pertinente et appropriée pour les patients souffrant d'ESPT ?**



On voit donc que deux catégories de médiations semblent privilégiées auprès des patients souffrant d'ESPT, à savoir les médiations manuelles et artisanales, et les médiations créatives et projectives. On constate également que les médiations réceptives et régressives ne sont pas choisies par les ergothérapeutes travaillant auprès de cette population.

Les ergothérapeutes répondent positivement, à 100 %, au fait que leurs patients observent une amélioration de leur performance occupationnelle suite à leur accompagnement ergothérapique basé sur l'utilisation des médiations. Les ergothérapeutes disent également à 80 % observer une amélioration significative dans la réalisation des activités de vie quotidienne de leurs patients grâce à l'emploi thérapeutique des médiations. En effet, l'un des répondants soumet un questionnaire à ses patients en fin de prise en charge, et observe cette amélioration au travers de leurs réponses. Deux autres constatent une socialisation améliorée, un nouveau plaisir à réaliser des activités et à créer, une amélioration des activités de soins personnels. Trois d'entre eux notent également l'amélioration de la projection future, et une vision plus claire des patients dans leur avenir professionnel, social et familial. Enfin, l'un des ergothérapeutes sollicité énonce l'amélioration de la capacité du patient à parler de son histoire et à l'inscrire dans une trajectoire sensée.

Trois ergothérapeutes indiquent que leurs patients utilisent leurs réalisations élaborées en ergothérapie dans leurs autres prises en charge (psychologue, psychiatre,..).

A noter que les cinq ergothérapeutes estiment rencontrer des difficultés dans la mise en place de la thérapie par la médiation ou dans la réalisation de leurs objectifs de prise en charge. Ils expliquent cela par une réticence fréquente de la part des patients, un manque d'engagement de ces derniers dans la création par la médiation, souvent dus à une mauvaise compréhension du travail psychique réalisé. Les contraintes institutionnelles et organisationnelles sont également évoquées par quatre des cinq répondants. Quatre ergothérapeutes expliquent ces obstacles par l'important nombre d'intervenants auprès des patients, un manque de moyens ou d'organisation institutionnelle. Un autre juge les difficultés rencontrées induites par le manque de sentiment de sécurité intérieure dont souffrent les patients en raison de leur état pathologique. Enfin, l'un des répondants explique entre autres ces difficultés par un manque de sensibilité à l'ergothérapie de la part des patients.

### III. 3. 5) Impact sur les autres prises en charge

Tous les répondants estiment que l'état dont souffrent les patients hospitalisés impacte l'ensemble de leurs prises en charge. Ils expliquent cela par la modification caractérielle engendrée par leur pathologie qui entrave le lien à autrui, et donc les relations avec les soignants. L'hypervigilance est également notée, ainsi que des difficultés d'engagement dans un travail de rééducation. Les troubles du schéma corporel sont également évoqués. Les cinq répondants rappellent également la difficulté d'établir une alliance thérapeutique avec leurs patients qui sont souvent enclins à l'isolement et au renfermement.

## **IV. DISCUSSION**

---

### *IV. 1) Mise en lien des résultats de l'enquête avec le cadre théorique et ses hypothèses*

#### *IV. 1. 1) Résultats surprenants*

Lors de l'analyse des résultats, j'ai très vite été étonnée par la non-utilisation du MOH, et par l'utilisation des modèles en général. En effet, tous les répondants n'énoncent pas utiliser un modèle, alors que certains en utilisent plusieurs. Je me demande alors quel vocabulaire est utilisé par ceux utilisant plusieurs modèles, et quels sont les facteurs les conduisant à choisir entre l'un ou l'autre des modèles qu'ils semblent avoir l'habitude d'utiliser. Si on lit fréquemment que les ergothérapeutes basent leur intervention sur un modèle conceptuel particulier, il semble finalement qu'ils peuvent conduire leur pratique sur aucun modèle, ou sur plusieurs en même temps. Enfin, l'absence de l'utilisation du MOH me questionne, car il est très présent dans la littérature, notamment dans le secteur de l'ergothérapie en psychiatrie, et n'est pas un modèle récent. Peut-être est-il finalement remplacé par les nouveaux modèles émergents.

A travers mon enquête, j'ai constaté que les médiations impressives sont plus utilisées que les médiations expressives auprès de la population étudiée. Cela m'a surpris car suite à mes lectures, j'avais le sentiment que les médiations expressives étaient plus pertinentes dans l'accompagnement thérapeutique des personnes souffrant d'un état de stress post-traumatique après traumatisme de guerre. Ce sont donc, selon les répondants, les médiations utilisant des techniques régressives ou des techniques basées sur le ressenti corporel qui priment en pratique auprès de la population étudiée. Quant aux médiations créatives et projectives, elles sont effectivement appréciées par les ergothérapeutes auprès de la population ciblée, mais ne sont pas les seules à se révéler efficaces.

On note également une amélioration significative dans la réalisation des AVQ, selon les ergothérapeutes répondants. On peut donc se demander sur quoi se base cette affirmation : est-ce à partir de leurs observations, des dires des patients, ... Cela m'a davantage étonnée car aucun n'énonce effectuer de visite à domicile. La visite à domicile est-elle une pratique réalisée en psychiatrie, ou est-ce principalement dans le cadre d'adaptations ou de modifications de l'environnement après la survenue d'une déficience motrice ? La visite à domicile est-elle principalement effectuée par les ergothérapeutes travaillant dans les services de rééducation, ou bien par d'autres professionnels de santé (assistante sociale par exemple) ?

Les contraintes organisationnelles et institutionnelles semblent entraver l'accompagnement ergothérapeutique de quatre des cinq répondants. Y est évoqué le manque de moyens, il aurait alors été intéressant d'en apprendre davantage. En effet, est-ce un défaut de budget, une interdiction d'utiliser certaines matières ou de mettre en place certaines activités (théâtre, loisir, ...) ? Je m'interroge également sur la vision qu'ont les autres membres de l'équipe pluriprofessionnelle de l'ergothérapie en psychiatrie. Sont-ils suffisamment informés des compétences de l'ergothérapeute et de l'apport de l'utilisation des médiations ou de l'activité dans la rééducation et la réadaptation de patients ayant perdu en autonomie et en indépendance ? Sont-ils formés sur l'importance des processus créatifs dans la restitution d'un état psychique stable ?

Enfin, l'un des freins évoqués par les ergothérapeutes répondants est le non-investissement des patients. Cela me questionne donc sur la vision qu'ont ces derniers de l'ergothérapie. Il semble donc très important de rappeler aux patients qu'elle est le but de leur accompagnement ergothérapeutique, comment il sera mis en œuvre et quels en seront les bénéfices. Il est d'autant plus important de leur expliquer la notion de processus créatif afin de valoriser l'importance des processus psychiques mis en place au cours de la création et leur impact sur la rémission des patients. Enfin, il peut-être intéressant de bien rappeler que le résultat de l'œuvre importe peu, que l'absence de jugement et la bienveillance sont des principes fondamentaux afin de mettre en confiance le patient. Cela lui permettra également de s'impliquer pleinement dans sa prise en soin par l'intermédiaire de la médiation, au sein d'une relation transférentielle, encadrée par l'ergothérapeute dans une relation de pleine confiance.

#### *IV. 1. 2) Validité ou réfutation des hypothèses*

La première hypothèse ne peut être validée. En effet, les médiations impressives semblent davantage pertinentes auprès de la population ciblée, selon les ergothérapeutes ayant répondu à l'enquête. Les médiations manuelles et artisanales, quant à elle, semblent autant appréciées que les médiations créatives et projectives. Il serait intéressant de continuer à poursuivre le travail de recherche, car un plus grand nombre de répondants permettrait peut être d'obtenir des résultats différents, afin de savoir si les personnes souffrant d'ESPT sont plus sensibles à une catégorie de médiations particulière.

La deuxième hypothèse est validée, mais elle ne constitue pas une remarque spécifique à la population étudiée, puisqu'en ergothérapie en psychiatrie, le cadre est un facteur essentiel à prendre en compte pour toutes les prises en soin, peu importe la pathologie. Cela est dû au fait que

l'ergothérapeute suit une approche holistique, centrée sur le patient, et que grâce au cadre qu'il définit l'activité sera rendue thérapeutique. Il adaptera donc ce cadre aux besoins de son patient, besoins uniques à la singularité de chacun. Cependant, l'adaptation du cadre et la distance thérapeutique que l'ergothérapeute met en place sont des moyens qu'il utilise pour faire évoluer ses accompagnements en lien avec l'avancée du patient face à la pathologie dont souffre ce dernier. Il semble cependant exister un cadre privilégié auprès de la population étudiée, à savoir débiter l'accompagnement en individuel pour progressivement y intégrer des stimuli extérieurs et inclure le patient au sein d'un groupe afin de revaloriser les interactions sociales.

#### *IV. 2) Identification des limites de la recherche*

Le première limite à mes yeux est le faible nombre de répondants. En effet, cette recherche est donc limitée à cinq réponses, ce qui représente une faible représentation de praticiens.

Avec du recul, je pense que mon questionnaire manque de précision sur les termes employés, notamment concernant les différentes médiations. Une meilleure explication aurait peut-être permis d'obtenir des réponses différentes. De plus, certaines réponses à différentes questions se recourent, ce qui traduit un manque de compréhension de ce que je souhaitais questionner.

La deuxième hypothèse est valable pour tous les patients suivis en psychiatrie, pas spécifiquement pour les patients souffrant d'ESPT, comme évoqué précédemment. Si cette hypothèse est validée, elle ne constitue pas réellement une réponse à la question de recherche.

Une autre limite que j'ai pu identifier est le faible nombre de ressources bibliographiques relatives à la prise en charge ergothérapeutique des patients étudiés lorsqu'ils sont hospitalisés dans des services de psychiatrie. La grande partie des articles trouvés traitaient des psychothérapies sans évoquer l'ergothérapie. Aussi, lorsque l'utilisation des médiations auprès des patients souffrant d'ESPT est évoquée dans la littérature, il est plus souvent question d'art-thérapie que d'ergothérapie. Si les écrits théoriques sur l'épidémiologie de la pathologie ne manquent pas, les ressources littéraires sur l'accompagnement ergothérapeutique, sur l'impact de la pathologie sur le quotidien des personnes qui en souffrent, et sur la rééducation/réadaptation de cet état restent encore limités. Au vu de l'intérêt croissant du monde médical pour cette pathologie, on peut croire que davantage d'écrits scientifiques seront publiés dans les années à venir, comme c'est notamment le cas aux USA, au Canada, et dans les pays du Nord.

De plus, j'ai également rencontré des difficultés à trouver des ressources scientifiques relatives aux différentes médiations existantes et employées. Leur classification ne semble pas être universelle, ou peut-être suis-je passer à côté de sources bibliographiques traitant de ce sujet. Au vu de mon travail, je pense qu'il aurait été nécessaire d'effectuer davantage de recherche sur la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie, notamment afin d'élaborer un questionnaire plus détaillé et pertinent.

Enfin, par mes différents appels auprès de structures spécialisées dans la prise en charge de patients souffrant d'état de stress post-traumatique, j'ai pu constater qu'un grand nombre n'employait pas d'ergothérapeute au sein de leurs équipes. Cela m'interpelle donc sur la place de l'ergothérapie auprès de cette population, et plus largement sur la place de l'ergothérapie au sein des services de psychiatrie, qui ne semble pas toujours acquise. Il serait intéressant d'identifier pourquoi les structures n'embauchent pas d'ergothérapeute(s), sont-elles informés des compétences de ces professionnels de santé spécialisés dans la vie quotidienne ? Ou emploient-elles d'autres professionnels utilisant également la médiation comme outil thérapeutique ?

## **V. CONCLUSION**

### *V. 1) Influence des résultats sur la compréhension de la question de recherche et la pratique professionnelle*

Après la réalisation de mon enquête, j'ai pu constater que de nouveaux questionnements émergeaient en moi.

Y a-t-il réellement une spécificité dans la prise en charge des patients souffrant d'ESPT après traumatisme de guerre, ou la spécificité réside-t-elle uniquement dans la singularité de chaque patient ?

La question de recherche posée me semble toujours intéressante, mais j'estime, suite à ce travail, qu'elle peut se poser sans spécifier de pathologie particulière, et qu'alors il existe de nombreux ouvrages relatifs aux moyens utilisés par l'ergothérapeute en psychiatrie.

Cependant, je pense qu'il est intéressant que les ergothérapeutes susceptibles de rencontrer des patients souffrant d'ESPT soient formés sur cette pathologie, moins communément rencontrée mais occupant une place néanmoins croissante dans le discours médical et la recherche clinique.



Finalement si je devais reformuler une hypothèse après avoir pris du recul sur mon travail, je dirais que le moyen de l'ergothérapeute en psychiatrie est justement le cœur de son métier, à savoir l'utilisation de la médiation et de l'activité. C'est le moyen principal que l'ergothérapeute utilisera dans toutes ses prises en charge pour favoriser la participation occupationnelle de ses patients.

Après ce travail d'initiation à la recherche, mon intérêt pour le travail d'ergothérapeute en psychiatrie se confirme. Grâce à mes lectures et mon enquête, je dispose désormais de différentes clefs à utiliser au cours de mes interventions ergothérapeutiques, dans un cadre défini et établi après réalisation des différentes évaluations auprès de mes patients. Les connaissances acquises sur les différentes médiations me permettront d'adapter mes accompagnements aux besoins singuliers des patients que je serai amenée à rencontrer. Ces connaissances devront être régulièrement mises à jour en fonction des avancées scientifiques sur les médiations thérapeutiques, sur les pathologies rencontrées et sur l'accompagnement de l'ergothérapeute en psychiatrie. Enfin, étudier l'état de stress post-traumatique et son impact sur la vie quotidienne et les occupations des personnes qui en souffrent m'aura grandement intéressée, c'est pourquoi je resterai curieuse vis à vis des recherches menées autour de cette pathologie qui prend de plus en plus sa place dans le monde de la santé mentale et dans le débat public en général.

## *V. 2) Émergence de nouveaux questionnements*

Suite à mes lectures et mon enquête exploratoire, de nouvelles interrogations m'ont interpellée :

Quel est réellement l'impact de l'ESPT sur la rééducation ? Comment les professionnels rééducateurs font-ils face à des patients en souffrance psychique lorsqu'ils sont principalement orientés sur une approche de rééducation fonctionnelle ?

La France suivra-t-elle l'inspiration des pays étrangers (ergothérapeutes en prévention aux USA et Canada) ? L'armée française embauchera-t-elle un jour des ergothérapeutes sous statut militaire comme c'est notamment le cas depuis peu pour les kinésithérapeutes ? Les inclura-t-elle au sein d'équipes d'intervention en santé mentale comme cela se pratique aux États-Unis ?

Quelle est la place des ergothérapeutes dans les services de psychiatrie spécialisés dans la prise en charge de patients souffrant d'état de stress post-traumatique ? Pourquoi ces services n'emploient

pas toujours d'ergothérapeutes et semblent réduire les prises en charges à l'intervention des psychologues et de psychiatres ?

## **Bibliographie :**

- Attigui, P., (2011). L'art et le soin : *cliniques actuelles : peinture, sculpture, théâtre, chant, littérature*. Belgique :De Boeck supérieur.
- Auxéméry, Y., (2012). Les différentes voix de l'ESPT : du désert langagier à la psychothérapie. *Annales médico-psychologiques*. 170, 306-311. DOI : 10.1016/j.amp.2011.03.017
- Auxéméry, Y., (2016). Quelles psychothérapies pour les patients psychotraumatisés ? De la théorie à la pratique. *Annales médico-psychologiques*. 174, 309-312. DOI : 10.1016/j.amp.2016.02.009
- Azorin, J.-M., Bailly-salin, P., Bourgeois, M., Bursztejn, C., Chaigneau, H., Cuche, H., Dalery, J., Diederichs, A., Dufour, H., Ebtinger, R., Ferreri, M., Garrabe, J., Guyotat, J., Koupernik, C., Lambert, P., Lanter, R., Liausu, J.-P., Loo, H., Mises, R., Pelicier, Y., Pringuey, D., Schmitt, L., Tissot, R., De Verbizier, J., Zarifian, E., (1997). Les rêves en psychopathologie, relation avec la pensée diurne, dans Menny, J.-C., Sauteraud, A., (dir.), *Confrontations psychiatriques n°38 : Sommeil et psychiatrie*, 327-328. Montrouge, France : Laboratoire Rhône-Poulenc Rorer.
- Bailly-Salin, P., Bourgeois, M., Chaigneau, H., Cuche, H., Diederichs, A., Dufour, H., Ebtinger, R., Garrabe, J., Gayral, L., Ginestet, D., Guyotat, J., Koupernik, C., Lambert, P., Lanter, R., Loo, H., Mises, R., Pelicier, Y., Tatossian, A., Tissot, R., De Vernizier, J., Zarifian, E., (1992) *Confrontations psychiatriques n°34 : créativité et psychiatrie*. Paris, France : Theraplix Rhône-Poulenc Rorer.
- Bloom Hoover, J., A., (1996). Diversional Occupational Therapy in World War I: A Need for Purpose in Occupations. *The american journal of occupational therapy*. 50, 881-885. DOI : 10.5014/ajot.50.10.881
- Bordes, J., Maudre, E., Drouin, C., (2013). Accueil et traitement d'un afflux de blessés dans une formation hospitalière de campagne. *Urgences 2013, 7<sup>e</sup> congrès de la société française de médecine d'urgence*
- Bouhaddou, A., Nion, N., Riou, B., Blandeau, F., Moreau, P., Guemache S., (2017). La prise en charge hospitalière des victimes des attentats. *La revue de l'infirmière*. 230, 20-22.
- Boussaud, M., (2015). Clinique des états de stress post-traumatiques. *Soins psychiatrie*. 297, 10-12.

- Brun, A., Allouch, E., Attigui, P., Chouvier, B., Kaës, R., Lavallée, G., Lecourt, E., Roussillon, R., Vacheret, C., (2011). Les médiations thérapeutiques. Toulouse : éditions érès.
- Charles, B., (2015). Au plus près des unités pour traiter les traumatismes psychiques de guerre. *Soins psychiatrie*. 297, 13-14. DOI : 10.1016/j.spsy.2014.12.006
- Charret, L., Thiébaud Samson, S., (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45, 17-36.
- Chidiac, N., (2010). Ateliers d'écritures thérapeutiques. Paris : Masson.
- Chidiac, N., Crocq, L., (2010). Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Annales médico-psychologiques*. 168, 311-319.
- Crocq, L., Bouchard, J.-P., (2018). Histoire de la psychotraumatologie : « les dramatiques attentats terroristes de 2015 et 2016 ont eu des répercussions considérables sur les psychismes ». *Annales médico-psychologiques*. 176, 305-309. DOI : 10.1016/j.AMP.2018.01.007
- Crocq, L., (2006). Troubles du sommeil et cauchemars dans les états de stress post-traumatiques : Aspects historiques, cliniques et psychodynamiques. *Médecine du sommeil*. 3, 23-27.
- Dabila, A., (2016). *L'Armée française face aux nouvelles blessures de guerre : la réorganisation du Service de Santé des Armées autour des notions de blessure psychique et de « stress post-traumatique »*. Mémoire préparé dans la discipline de sécurité internationale et de défense , Université Lyon III – Jean Moulin, Lyon. En ligne : A.-Dabila-L'armée-française-face-aux-nouvelles-blessures-de-guerre-ABSP.pdf (consulté le 7 juillet 2019).
- DCSSA, (2013-2015). Plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées. Lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique ». En ligne : [defense.gouv.fr](http://defense.gouv.fr), N° 517996/DEF/DCSSA/PC/CN.SMPA du 20 décembre 2013 (consulté en juin 2019).
- Demont, G., Colleony, T., Sibille, F., Renolleau B., I. Paluch Roi I., , A. Schmitt A., ( 2015). Retour d'expérience d'une prise en charge psychologique autour d'un décès sur le camp du Valdahon. *Médecine et armées*. 44, 4, 389-393.
- Desrosiers, J. (2013). *Description de la pratique de l'ergothérapie auprès des militaires engagés dans les forces armées canadiennes*. Thèse de doctorat préparée dans la discipline de la maîtrise en ergothérapie. Université du Québec, Trois-Rivières.
- Edgelow, M.-M., MacPharson, M.-M., Arnaly, F., Tam-Seto, L., Cramm, H.-M., (2019). Occupational therapy and posttraumatic stress disorder : scoping review. *Canadian journal of occupational therapy*. 86, 2, 148-157 ; DOI : 10.1177/0008417419831438

- Erickson, M.-W., (Jan-Mar 2008). The rôle of occupational therapy in Warrior Transition Units. *U.-S. Army Medical Department Journal*, 21-24. En ligne : <http://cdm15290.contentdm.oclc.org/cdm/ref/collection/p15290coll3/id/580> (consulté le 5 Janvier 2019)
- Eustache, F., Peschanski, D., (19 mars 2019). Conférence organisée par l'Institut d'Étude Avancée de Paris. Intitulée Le cerveau et la mémoire d'événements traumatiques
- Evers, A., (2019). *Le grand livre de l'art thérapie*. Paris : Eyrolles.
- Ferreri, F., Agbokou, C., Peretti, C.-S., Ferreri, M., (2011). Clinique des psychotraumatismes majeurs : état de stress aigu et états de stress post-traumatique. *Confrontations psychiatriques*. 51, 61-84.
- Gutman, S., A., (1995). Influence of the U.S. Military and Occupational Therapy Reconstruction Aides in World War I on the Development of Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 256-262. DOI : 10.5014/ajot.49.3.256
- Helou Chesnot, O., Chidiac, N., (2019). La médiation argile : une thérapie innovante dans le traitement du traumatisme et du post-traumatisme. *Annales médico-psychologiques*. 2743. DOI : 10.1016/J.AMP.2019.04.018
- Kielhofner, G (2008). *Model of Human Occupation* (4<sup>e</sup> ed). Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins.
- Klein, F. (2016). Clinique de la médiation : *Regards croisés sur les médiations thérapeutiques*. Paris : L'Harmattan
- Linkh, J., et al. ( 2003). An application of Cognitive-Behavioral Anger Management Training in a Military/Occupational Setting: Efficacy and Demographic Factors. *Military Medecine*, 168, 475. DOI : 0.1093/milmed/168.6.475
- Michaud, L., Kazadi, K., Peytremann-Bridevaux, I., (2015). État de stress post-traumatique : quel type de psychothérapie proposer ? *Revue médicale suisse*. 11, 2301.
- Mons, O., Sadowski, I., Bertin, J., Lefort, H., (2018). Organisation française de l'aide aux victimes. *Soins*. 63, 58-61. DOI : 10.1016/j.soins.2018.10.018
- Newton, S., (2007). The growth of the professional of occupational therapy. *U.S. Army Medical Department Journal*, 51-58. En ligne : <http://stimson.contentdm.oclc.org/cdm/ref/collection/p15290coll3/id/815> (consulté le 02/05/2019)

- Oakley, F., Caswell, S., Parks, R., (2008). Occupational Therapists' Role on U.S. Army and U.S. Public Health Service Commissioned Corps Disaster Mental Health Response Teams. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 361-364. DOI : 10.5014/ajot.62.3.361
- Pibarot, I., Klein, F., Ménard, M., Launois, M., Guihard, J.-P., Bergès, L., Koch, B., Donaz, M., Bagnères, C., Gumy, M., Vaur, P., Carlier, F., Person, Y., Laula, L., Dulaurens, M., Bonilla-Guerrero, T., Doussin-Antzer, A., Fournier, M.-J., Lussac, A., (2016). *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*. Belgique (De Boeck supérieur).
- Roupnel, S., (2016). *Vivre avec un syndrome de stress post-traumatique : l'expérience et l'impact pour des militaires français*. Mémoire préparé dans la discipline de l'anthropologie. Université de Laval, Canada.
- Snedden, D. (2012). Trauma-informed practice: An emerging role of occupational therapy. *Occupational Therapy Now*, 14(6), 26–28.
- Speicher, S.-M., Walter, K.-H., Chard, M.-K., (2014). Interdisciplinary Residential Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Brain Injury: Effects on Symptom Severity and Occupational Performance and Satisfaction. *The american journal of occupational therapy*. 68, 412-421. DOI : 10.5014/ajot.2014.011304
- Vining Radomski, M., Brininner, T., L., (2014). Occupational Therapy for Service member and Veteran Recovery, Resilience, and Reintegration: Opportunities for Societal Contribution and Professional Transformation. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 379-380. DOI : 10.5014/ajot.2014.013060
- Viola Brown, H., Hollis, V., (2013). The meaning of occupation, occupational need, and occupational therapy in a military contexte. *Physical Therapy*, 93, 1244-1253. DOI : 10.2522/ptj.20120162
- <https://www.defense.gouv.fr/sante/dossiers-complementaires/classeur-stress-post-traumatique> (en ligne, consulté le 29/05/2019)
- <http://www.ergopsy.com> (en ligne, consulté le 13 septembre 2019, le 6 janvier 2020, et le 7 mars 2020)
- Site de l'ANFE : <https://www.anfe.fr/definition> (en ligne, consulté le 17 Octobre 2019)
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031686187&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20170101> (en ligne, consulté le 7 mars 2020).

## Annexes :

### *Annexe 1 : Terminologies du MOH*

Concepts utilisés par le Modèle de l'Occupation Humaine de Gary Kielhofner (d'après *Model of Human Occupation*, 2008) :

**Volition** : Pensées et sentiments qui permettent à la personne d'anticiper, de choisir, d'expérimenter et d'interpréter des activités.

**Habitude** : Disposition à organiser et reproduire des comportements dans un environnement.

**Capacité de performance** : Capacité d'agir conditionnée par les composantes physiques et mentales de la personne et la manière dont elle les perçoit.

**Environnement** : Caractéristiques physiques, sociales, culturelles, économiques et politiques d'un contexte qui interagissent avec la personne et impactent l'occupation.

**Occupation humaine** : Large gamme d'activités (productives, de loisirs et de vie quotidienne) situées dans un contexte socio-culturel, temporel et physique, qui caractérise une grande partie de la vie humaine.

**Participation** : Fait de s'engager dans une occupation de loisir, de productivité ou de vie quotidienne.

**Performance** : Fait d'accomplir une tâche.

**Habilités** : Les plus petites actions observables qui sont réalisées pour accomplir une tâche.

### Dimensions de la personne :

- Volition :
  - Causalité personnelle
  - Valeurs
  - Intérêts
- Habitude
  - Disposition aux routines d'action
  - Rôles
- Capacité de rendement
  - Composantes physiques
  - Composantes mentales

- Expérience subjective du corps

### Dimensions de l'environnement :

- Environnement physique
  - objets utilisés
  - espaces de l'action
- Environnement social
  - tâches et formes occupationnelles attendues par le contexte
  - groupes sociaux rencontrés
- Culture
- Contexte politique et économique

### Dimensions de l'occupation

- Participation
- Performance
- Habiletés
  - motrices
  - procédurales
  - d'interaction et de communication

### **Outils d'évaluation du MOH (Koch, B., 2016)**

- Liste des rôles : état des lieux des rôles endossés d'un point de vue temporel (passé, présent, futur) et valeur estimées à chacun des dix domaines proposés → mises à l'épreuve des composantes identitaires de la volition et de ses capacités de rendement.
- OSA : évalue les compétences occupationnelles par mesure de son comportement selon 29 énoncés relatifs à la vie actuelle. Hiérarchiser le degré de difficulté et d'importance de besoin que le patient accorde à chacune des situations , puis choisir celles qui lui sembleraient importantes de changer dans sa vie.



- OCAIRS (méthode semi-directive) : renvoie à la participation occupationnelle à travers 11 critères répartis entre la volition, l'habituatation, les habiletés et le désir de changement. Il apparaît très utile comme outil de dépistage, tous les domaines d'occupations étant abordés.
- ACIS (outil d'observation) : rend compte des habiletés de communication et d'interaction dans des contextes de mise en action significantes et significatives.
- QV (outils d'observation) : recueille de l'information sur la volition du patient et l'influence de l'environnement sur la motivation
- MOHOST (méthode mixte) : outil de dépistage du modèle occupationnel qui permet de relever les forces et les faiblesses du patient dans les domaines de la volition, habituatisation, habiletés, et facteurs environnementaux.

## *Annexe 2 : Questionnaire d'enquête*

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter brièvement (année de diplôme, durée d'exercice professionnel en psychiatrie, formations spécifiques,...)

➤ réponse ouverte

Question 2 : Dans votre service, avez-vous à faire à des patients référencés article L115 (victimes d'actes de guerre) récemment modifié en article L 212-1)

- oui
- non

Question 3 : Le plus souvent, avec quels professionnels êtes-vous amené(e) à coopérer dans votre pratique professionnelle ?

- Psychologues
- Infirmiers
- Assistantes sociales
- Psychiatres
- Aides soignants
- Médecin généraliste ou médecin d'unité
- Cadre de santé
- AMP
- Ergothérapeutes
- Kinésithérapeutes
- Psychomotriciens
- Autres

Question 4 : Quels objectifs de prescription en ergothérapie indique le médecin dans le motif de prise en charge des patients traumatisés psychiques de guerre que vous rencontrez ?

➤ Réponse ouverte

Question 5 : Vous basez-vous sur un modèle interdisciplinaire ou spécifique à l'ergothérapie dans la prise en charge des patients concernés ?

- Oui
- non

Question 6 : Si vous utilisez un modèle interdisciplinaire, duquel s'agit-il ?

- Modèle psychodynamiques

- Modèle des thérapies cognitivo-comportementales
- Modèle systémique
- Modèle humaniste

Question 7 : Si vous utilisez un modèle propre à l'ergothérapie, duquel s'agit-il ?

- Transitionnalité
- KAWA
- MOH
- MCRO
- Autre

Question 8 : Utilisez-vous des outils d'évaluation spécifiques pour ces patients ?

- Oui
- non

Question 9 : Si oui lesquels ?

- Réponse ouverte

Question 10 : Si non, quels outils utilisez-vous auprès des patients en psychiatrie généralement ?

- Réponse ouverte

Question 11 : Pensez-vous que le travail psychique réalisé en ergothérapie soit suffisamment reconnu par les autres professionnels de votre service ?

- Oui
- non

Question 12 : Quels objectifs retrouvez-vous fréquemment chez les patients concernés par l'enquête ?

- Réponse ouverte

Question 13 : Pour quelles modalités de prise en charge retrouvez-vous le plus souvent les patients souffrant d'ESPT ?

- Hôpital de jour
- Hospitalisation complète
- Hospitalisation séquentielle

Question 14 : Comment influencez-vous le cadre thérapeutique dans la prise en charge des patients traumatisés de guerre ? (PEC individuelle / en groupe, aménagement particulier de l'atelier d'ergothérapie, présence plus ou moins modérée de l'ergothérapeute...)

➤ Réponse ouverte

Question 15 : Selon vous, quels sont les paramètres importants à prendre en compte chez cette population avant de lui proposer une médiation ?

➤ Réponse ouverte

Question 16 : Pouvez-vous justifier votre réponse à la question précédente ?

➤ Réponse ouverte

Question 17 : Y a-t-il une médiation que les patients traumatisés psychiques de guerre apprécient davantage ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Question 18 : Si oui, laquelle ?

➤ Réponse ouverte

Question 19 : Avez-vous la possibilité de réaliser des mises en situations écologiques ?

- Oui
- Non

Question 20 : Si oui, quelles sont les mises en situation que vous réalisez le plus souvent ?

- Visite à domicile
- Sortie en extérieur
- Activités de soins personnels
- Activités de loisirs
- Activités de rendement professionnel
- Autre

Question 21 : On distingue deux grandes catégories de médiations thérapeutiques (selon Muriel Launois) : les médiations expressives (créatives, projectives, image du corps,..) et les médiations impressives (techniques régressives, certaines médiations artisanales, corporelles) (source : ergopsy.com). Quel type de médiation favorisez vous auprès des patients traumatisés psychiques de guerre ?

- Médiations impressives

- Médiations expressives
- Les deux
- Autre

Question 22 : Florence Klein (Clinique et médiation, 2016) catégorise quant à elle les médiations thérapeutiques en cinq groupes. Selon vous, y en a-t-il une plus pertinente et appropriée pour les patients souffrant d'ESPT ?

- Manuel et artisanal
- Créatif et projectif
- Réceptive et régressive
- Corporel/ expression
- Ludique

Question 23 : Les patients décrivent-ils une amélioration de leur performance occupationnelle suite aux ateliers ergothérapeutiques utilisant des médiations thérapeutiques ?

- Oui
- non

Question 24 : Et vous, observez-vous une amélioration significative dans la réalisation des AVQ des patients grâce aux médiations employées ?

- Oui
- Non

Question 25 : Précisez-en davantage svp

- Réponse ouverte

Question 26 : Les patients exploitent-ils leurs réalisations en ergothérapie auprès des autres professionnels intervenant dans leur prise en soin (psychologue, psychiatre, orthophoniste, ...) ?

- oui
- non

Question 27 : Rencontrez-vous des difficultés dans la mise en place de la thérapie par la médiation ou dans la réalisation de vos objectifs ? (patients peu réceptifs, contraintes institutionnelles...)

- oui
- non

Question 28 : si oui, lesquelles ?

- Réponse ouverte

Question 29 : Sauriez-vous d'où viennent ces difficultés ?

➤ Réponse ouverte

Question 30 : Pensez-vous que l'ESPT impacte également les prises en charge rééducatives des patients polytraumatisés ?

- Oui
- non

Question 31 : Si oui, dans quelle mesure ?

➤ Réponse ouverte

## **La médiation en ergothérapie dans la prise en charge de patients souffrant d'un état de stress post-traumatique après avoir subi un traumatisme de guerre.**

### Résumé :

Contexte : L'état de stress post-traumatique après un traumatisme de guerre est une pathologie fréquemment rencontrée au sein de nos armées, et qui se répand dans la population civile dans un contexte de menace terroriste omniprésente. Les ergothérapeutes peuvent donc être amenés à rencontrer des personnes qui en souffrent au cours de leur pratique professionnelle, notamment dans les services de psychiatrie. La triade symptomatique (hypervigilance, évitement, reviviscence) marquée par cet état pathologique conduit les professionnels de santé à adapter leur prise en charge. Objectif : s'interroger sur les moyens dont disposent les ergothérapeutes pour favoriser la participation occupationnelle des patients souffrant d'un ESPT après traumatisme de guerre. Méthode : élaboration d'un questionnaire soumis à cinq ergothérapeutes travaillant majoritairement en psychiatrie au sein d'HIA. Résultats : Les ergothérapeutes estiment que les médiations impressives, ainsi que les médiations manuelles et artisanales, et créatives et projectives sont les plus pertinentes auprès de la population étudiée. L'adaptation du cadre en ergothérapie joue un rôle primordial, afin de favoriser, entre autres, la resocialisation des patients et de stopper le processus de répétition engendré par la pathologie. Les ergothérapeutes constatent une amélioration significative de la performance occupationnelle de leurs patients suite à leur intervention par le biais de la médiation thérapeutique.

Mots clefs : état de stress post-traumatique ; médiation thérapeutique ; ergothérapie ; psychiatrie.

### Abstract :

Context: Post-traumatic stress disorder (PTSD) after war trauma is a pathology frequently encountered in our armies, and is spreading to the civilian population in the context of the omnipresent terrorist threat. Occupational therapists may therefore encounter people suffering from it during their professional practice, particularly in psychiatric wards. The symptomatic triad (hypervigilance, avoidance, revivification) marked by this pathological condition leads health professionals to adapt their care. Objective: to examine the means available to occupational therapists to promote occupational participation of patients suffering from PTSD after war trauma. Method: a questionnaire was drawn up and submitted to five occupational therapists working mainly in psychiatry at HIA. Results: The occupational therapists felt that impressive mediation, as well as manual and craft and creative and projective mediations were the most relevant to the population studied. The adaptation of the occupational therapy framework plays a key role in order to promote, among other things, the resocialization of patients and to stop the repetition process caused by the pathology. Occupational therapists observe a significant improvement in the occupational performance of their patients following their intervention through therapeutic mediation.

Key words: post-traumatic stress disorder; therapeutic mediation; occupational therapy; psychiatry

Lucile GARNIER  
*sous la direction de Madame Agnès Mistral*