



## INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

**Mémoire d'initiation à la recherche :**

*Traumatisme de guerre et ergothérapie :*

*l'accompagnement du militaire présentant un état de stress  
post traumatique*

Montagnon Chloé E18/10

Sous la direction d'Agnès Mistral

Année universitaire 2020-2021

*A Alexia,  
parce que j'ai toujours su  
que ces quelques premiers  
mots te seraient destinés.*

*Je suis si fier  
de la jeune femme  
que tu deviens.*

## Glossaire

AVQ : Activité de Vie Quotidienne

AIVQ : Activité Instrumentale de Vie Quotidienne

CAPS : Clinician Administered PTSD Scale (échelle clinique d'évaluation de l'état de stress post traumatique)

DSM : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

ESA : Etat de Stress Aigu

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

HDJ : Hôpital De Jour

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

Opex : Opération Extérieure

PCLS : Post traumatic Check List Scale (échelle de symptômes de l'état de stress post-traumatique)

PTSD : Post Traumatic Stress Disorder (état de stress post traumatique)

SSA : Service de Santé des Armées

## Remerciements

Je souhaite remercier les personnes qui de près ou de loin ont contribué à ce projet qu'a été la rédaction de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Merci à ma maîtresse de mémoire, Agnès Mistral, pour ses conseils et son expertise tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Merci aux cadres de l'IFE de Rouen et plus spécifiquement à Cécile Rasse pour ses conseils avisés, sa patience infinie, ses réponses détaillées même à mes questions les plus extravagantes (et ce, toujours avec le sourire !), son soutien et sa bonne humeur.

Merci aux ergothérapeutes ayant accepté de prendre de leur temps pour répondre à mes questions. Cette recherche n'aurait pas pu exister sans vous.

Merci à tous les patients que j'ai pu rencontrer au cours de ma vie de bébé ergothérapeute, de m'avoir tant appris et fais grandir, en tant que professionnelle de santé, mais encore plus en tant que personne.

Merci à mes ami.es, d'avoir été présents tout au long de cette année, et d'avoir su me guider, chacun à votre manière, dans ce projet. Merci tout spécialement aux normand.es et à mes colocataires du weekend, d'avoir rendu ces trois années à vos côtés si extraordinaires et inoubliables. C'est toujours un honneur que de partager ce bout de chemin de vie avec vous.

Merci à ma famille : mes parents, ma sœur, mon grand-oncle et ma grande-tante, qui n'ont pas toujours compris pourquoi je m'exilais à l'autre bout de la France pour apprendre l'ergothérapie ... quoi ?, d'avoir malgré tout été présents à chaque instant pour me remotiver et m'encourager dans tous les projets que j'entreprends. Merci d'avoir contribué à construire la jeune femme épanouie que je suis aujourd'hui. Merci d'être ce phare pour me guider en pleine tempête.

Enfin, un merci tout particulier à Audrey, pour sa motivation sans faille, ses conseils avisés et sa bonne humeur. Merci d'avoir cru en moi, à chaque seconde de ce projet qu'a été le mémoire, même quand j'envisageais sérieusement de partir élever des loutres dans le Mercantour, et d'avoir su me prouver qu'aucune montagne n'est jamais infranchissable, pour peu que quelqu'un soit prêt à croire en tes capacités.

# Charte anti-plagiat



## Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

### Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »<sup>i</sup>.

### Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

### Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>ii</sup> et du Code pénal<sup>iii</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

### Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e MONTAGNON Chloé.....

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Bayeux.....

Le 11/07/2020..... signature

<sup>i</sup> Site Université de Genève <http://www.unige.ch/scs/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

<sup>ii</sup> Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

<sup>iii</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

# Sommaire

Introduction .....	1
Cadre conceptuel .....	3
I- L'état de stress post-traumatique dans la population militaire.....	3
1) Épidémiologie de l'ESPT dans la population militaire .....	3
2) Définition de l'ESPT selon le DSM-V .....	3
3) La différence entre état de stress aigu, ESPT et ESPT chronique.....	4
4) Les échelles de diagnostic .....	5
4.6) Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) .....	6
4.7) Post traumatic checklist scale (PCLS) .....	6
5) Les différents symptômes.....	7
5.1) Les reviviscences.....	7
5.2) Les comportements d'évitement .....	7
5.3) L'hyperactivation neurovégétative.....	7
5.3) Les autres symptômes décrits selon le DSM-V .....	8
6) Les comorbidités.....	8
7) Les facteurs de vulnérabilité et de protection liés à l'ESPT .....	9
8) Le tabou lié à la santé psychique dans la population militaire .....	9
II- Les conséquences dans la vie quotidienne de l'ESPT .....	11
1) Le modèle de l'occupation humaine (MOH).....	11
1.1) L'être occupationnel.....	12
1.1.1) La volition.....	12
1.1.2) L'habituation.....	13
1.1.3) La capacité de rendement.....	14
1.2) L'agir occupationnel .....	15
1.3) L'environnement .....	15
1.4) Le devenir occupationnel .....	16
2) Les différents outils d'évaluation liés au MOH.....	17
3) L'occupation.....	17
3.1) Qu'est-ce que l'occupation ?.....	17
3.1.1) La différence entre occupation, activité et tâche.....	18
3.2) Les différentes catégories d'occupation .....	18

3.2.1)	Les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne .....	18
3.2.2)	Les activités de loisirs .....	19
3.2.3)	Les activités de productivité .....	19
4)	La participation.....	19
5)	Les conséquences dans la vie des militaires .....	20
5.1)	Les conséquences dans les activités de vie quotidienne et AIVQ.....	20
5.2)	Les conséquences dans les loisirs.....	20
5.3)	Les conséquences dans les activités de productivité.....	21
III-	La prévention et la prise en soin de l'état de stress post-traumatique .....	22
1)	Les plans d'action de santé psychique de l'armée.....	22
2)	Les mesures de prévention primaire .....	23
2.1)	Les formations à la gestion de l'ESPT avant le déploiement.....	23
3)	Les mesures de prévention secondaires .....	23
3.1)	Le débriefing individuel et / ou collectif .....	23
3.2)	La chaîne de soutien psychologique.....	23
3.3)	Le sas de décompression .....	24
3.4)	Le numéro vert ESPT .....	24
3.5)	Les consultations post-déploiement .....	24
4)	La prise en soin de l'ESPT .....	25
5)	La prise en soin ergothérapique .....	25
5.1)	Qu'est ce que l'ergothérapie ?.....	25
5.2)	L'ergothérapeute dans le domaine militaire .....	26
5.3)	La prise en soin en ergothérapie dans le cas d'un ESPT .....	26
	Problématisation.....	28
	Formulation des hypothèses de recherche.....	29
	Dispositif méthodologique .....	30
IV-	Méthodologie.....	30
1)	Choix de la méthode d'enquête .....	30
2)	Choix de l'approche de recherche .....	30
3)	L'éthique et l'objectivité dans la recherche.....	31
4)	La population étudiée .....	32
4.1)	L'échantillonnage.....	32

4.2)	La prise de contact.....	33
4.3)	Les enquêtés .....	34
5)	Le recueil de données .....	35
5.1)	La technique de recueil de données.....	35
5.2)	L’outil de recueil de données .....	35
5.3)	Le déroulé de l’entretien .....	36
6)	La technique d’analyse des données.....	37
V-	Présentation et analyse des résultats .....	40
1)	La prise en soin en ergothérapie .....	40
1.2)	L’orientation vers l’ergothérapeute .....	40
1.3)	Les modèles conceptuels .....	41
1.4)	Les évaluations .....	41
1.5)	Les objectifs de prises en soin.....	41
1.6)	Les moyens de prises en soin .....	42
1.6.1)	L’environnement.....	43
2)	La participation occupationnelle .....	43
3.1)	L’impact sur la participation occupationnelle.....	43
3.2)	L’évaluation de la participation occupationnelle et de son évolution au cours de la prise en soin.....	43
3.3)	L’action des ergothérapeutes sur la participation occupationnelle .....	44
3)	Le réinvestissement des activités de vie quotidienne .....	44
VI-	Validation ou réfutation des hypothèses.....	46
1)	Première hypothèse.....	46
2)	Deuxième hypothèse.....	47
VII-	Discussion.....	48
1)	Réflexions.....	48
2)	Critiques.....	49
3)	Biais.....	50
4)	Perspectives .....	51
Conclusion.....		53



## Introduction

Le monde entier est actuellement le siège de nombreux conflits. Dans le cadre de ces hostilités, les forces armées de différents pays peuvent être appelées à venir en aide aux nations concernées. Des militaires peuvent ainsi être mobilisés dans le cadre d'opérations nationales, européennes, internationales, ou encore multinationales (Duclos Grisier et al., 2019).

L'armée française, qui compte dans ses rangs 268 294 personnes (Ministère des armées, 2020), est classée comme la septième armée la plus puissante du monde en 2020 (GlobalFirePower, 2020). Elle est divisée en quatre principaux axes : l'armée de terre, l'armée de l'air, la marine nationale et la gendarmerie nationale. L'armée de terre représente la plus grosse part de l'armée française avec 114 677 militaires. La mission de ce corps d'armée consiste en la protection des populations françaises (lors d'interventions sur le territoire national) ou étrangères (Ministère des armées, 2020). Elle est donc, de par ces rôles, particulièrement présente et mobilisée lors des opérations extérieures, aussi appelées Opex (État-major des armées, 2020).

Lors des Opex, les militaires peuvent être témoins d'évènements potentiellement traumatisants tels que des tueries de masse, la perte d'un camarade, une prise d'otages ou encore des exécutions d'enfants. Ces derniers peuvent ainsi avoir des conséquences à court ou long terme sur leur santé mentale, avec notamment le développement de « blessures de stress opérationnel » selon le vocabulaire militaire (Gagné, 2014) tel que l'état de stress post-traumatique (Annette et al., 2019).

L'état de stress post-traumatique (ESPT) a été décrit dès l'Antiquité. Il a par la suite traversé les époques sous différents noms, tels que « la névrose de la circulation », « la névrose traumatique », « le vent du boulet », « la névrose d'effroi », « la névrose de guerre » ou encore « le syndrome post Vietnam » (Rouillère Le Lidec et al., 2016 ; Kédia et al., 2008 ; Jeanneau-Tolila, 2012).

L'ESPT est référencé dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) comme une pathologie pouvant survenir à la suite d'une confrontation avec un évènement traumatisant. Il peut entraîner de nombreux symptômes tels que des reviviscences, des comportements d'évitement ou encore une hyperactivation neurovégétative. Par ailleurs, un de ses critères de diagnostic selon le DSM V (critère G) est « une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement » (American Psychiatric Association, 2015). L'état de stress post-traumatique entraîne donc un désinvestissement du militaire dans ses occupations.

Cette pathologie a des conséquences sur l'ensemble des sphères de la personne ; elle nécessite donc une approche holistique (HAS, 2007). Les militaires en souffrant sont de ce fait pris en soin dans une équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapeute est un professionnel de santé paramédical qui vise à améliorer l'indépendance et l'autonomie des individus dans leurs occupations (ANFE, 2019). Puisque l'ESPT impacte l'investissement du militaire dans ses occupations, l'ergothérapeute peut appartenir à cette équipe pluridisciplinaire et jouer un rôle clé dans l'accompagnement de l'individu.

C'est ainsi que nous pouvons nous demander :

En quoi l'ergothérapeute peut-il accompagner un militaire présentant un état de stress post-traumatique dans le réinvestissement de ses activités de vie quotidienne ?

Le cadre conceptuel de ce travail s'intéressera en premier lieu à l'état de stress post-traumatique dans la population militaire, puis aux conséquences de cet état de stress post-traumatique dans la vie de ces soldats. Il sera consacré par la suite aux mesures de prévention mises en place par l'armée française ainsi qu'à la prise en soin proposée, notamment ergothérapique, dans le cadre de ce trouble.

À la suite du cadre conceptuel, une problématique ainsi que deux hypothèses de recherche seront formulées. Une recherche qualitative selon une approche hypothético-déductive analysera via des entretiens semi-directifs les pratiques professionnelles d'ergothérapeutes. Cette dernière permettra ainsi de valider ou d'invalidier les hypothèses de recherche, en déterminant par ailleurs les biais et les limites de cette étude.

# Cadre conceptuel

## I- L'état de stress post-traumatique dans la population militaire

### 1) Épidémiologie de l'ESPT dans la population militaire

De manière globale, les études retrouvées dans la littérature montrent une prévalence plus élevée de l'ESPT chez les militaires que dans la population générale (Arvers & Vallet, 2006). De nombreuses enquêtes réalisées dans les pays anglophones estiment la prévalence moyenne sur 12 mois de l'ESPT dans la population militaire à 6,3%. La prévalence dans les théâtres d'opérations est d'en moyenne 10,8%, et la prévalence post-déploiement de 13,2% (Kok et al., 2012).

Peu de travaux sont accomplis sur la prévalence de l'ESPT dans la population militaire en France (Arvers, Vallet, 2006) : les seules données chiffrées disponibles sont celles émises par l'armée française, qui décrit 900 cas en dix ans. Elle admet cependant que ce taux est difficile à évaluer, car un grand nombre de militaires se fait soigner dans des centres de soin pour civils pour cette pathologie (Rouillère Le Lidec et al., 2016).

### 2) Définition de l'ESPT selon le DSM-V

L'ESPT est intégré sous sa forme actuelle au manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) depuis la troisième édition, parue en 1980. Il avait été décrit comme une pathologie touchant principalement les militaires dans le DSM I, mais n'apparaissait pas dans le DSM II (Kédia et al., 2008). Depuis 1980 et la parution de deux nouveaux DSM, les critères de diagnostics ont légèrement évolués.

L'ESPT est également présent dans la dixième édition de la classification internationale des maladies (CIM), rédigée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mais la description qui y est faite est plus succincte que celle du DSM V.

Pour ces raisons, la suite de ce travail se basera sur les critères diagnostiques définis par le DSM V (annexe I). De plus, il existe différentes expressions pour décrire ce trouble : « état de stress post-traumatique », « syndrome de stress post-traumatique » ou encore « trouble de stress post-traumatique » (Albernhe et al. 2018 ; Jeanneau-Tolila, 2012 ; Ministère des armées, 2015). Le terme employé dans la suite de cet écrit sera donc celui utilisé dans la littérature militaire, soit « état de stress post-traumatique ».

Selon le DSM V, l'ESPT est donc une pathologie psychiatrique pouvant survenir à la suite de la confrontation à un ou plusieurs évènements traumatisants, en tant que victime directe ou témoin (American Psychiatric Association, 2015). Dans ces circonstances, l'individu va être exposé de manière directe à la mort (la sienne ou celle d'une autre personne), et ressentir des sentiments de peur et d'effroi d'une grande intensité (Ferreri et al., 2011 ; Kédia et al., 2008). À savoir que les critères définissant un fait comme traumatisant varient d'une personne à une autre. Sur deux individus ayant été exposés à un même évènement, l'un pourra développer un ESPT car cet évènement aura été traumatisant pour lui, sans que ce soit le cas pour le second (Rouillère Le Lidec et al., 2016 ; Albernhe et al., 2018). En effet, selon des études, la prévalence vie entière de l'exposition à un traumatisme de tout type est de 89,6% (Breslau et al., 1998) ; or la majorité de ces individus n'ont pas développé d'ESPT. Les militaires présentent quant à eux des risques statistiquement plus élevés que le reste de la population générale d'être exposés à des évènements traumatisants (Richardson et al., 2010).

### 3) La différence entre état de stress aigu, ESPT et ESPT chronique

L'état de stress aigu (ESA) est une pathologie pouvant apparaître des suites des confrontations avec un évènement traumatisant. Les symptômes décrits dans le DSM V pour cette pathologie sont similaires à ceux décrits pour l'ESPT (American Psychiatric Association, 2015).

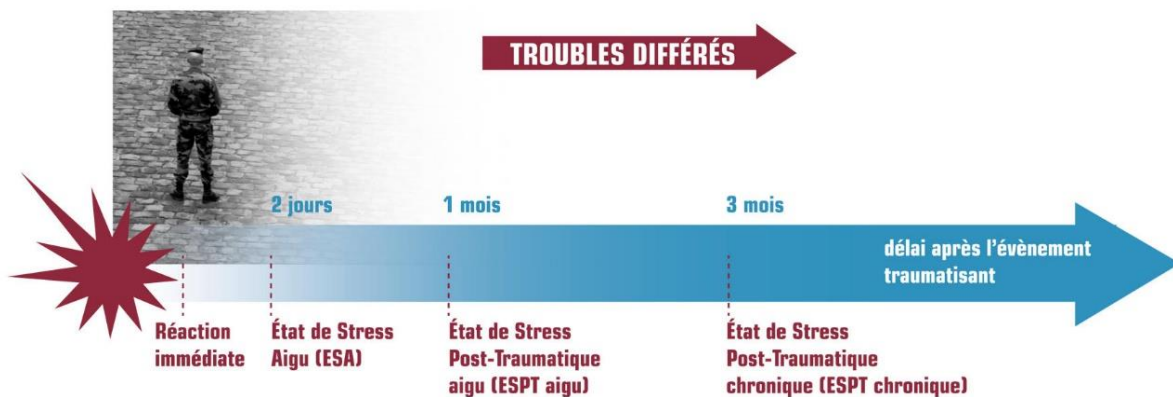


Figure I : temporalité d'apparition des différents troubles (Ministère des Armées, 2015)

La différence entre l'ESA et l'ESPT réside dans la temporalité : l'ESA est considéré comme apparaissant directement après l'exposition à l'évènement traumatisant, et durant de deux jours à un mois. Au-delà d'un mois avec persistance des symptômes, le diagnostic d'ESPT est posé (Jeanneau-Tolila, 2012).

La prévalence de l'ESA varie de 14% à 30% à la suite d'une exposition à un évènement traumatique (Ferreri et al., 2011).

La personne peut donc subir un ESA, qui ne se poursuivra pas par la suite par un ESPT. En effet, seuls 10% des sujets ayant présenté un ESA développent par la suite un ESPT (Ferreri et al., 2011).

Dans certains cas, l'ESPT peut se déclencher tardivement, soit une ou plusieurs années après la confrontation avec l'évènement traumatique ; la personne peut donc présenter un ESPT sans avoir souffert d'un ESA au préalable (Ursano, 2010 ; Love, 2011 ; Gagné, 2014 ; Vasterling et al., 2016). Chez les militaires, cela peut s'expliquer par le fait que « la pathologie se révèle non pas sur le terrain où le sujet est centré sur la survie et l'accomplissement de la mission, mais au retour en métropole » (Rousseau & Nicolas, 2018).

La différence entre ESPT et ESPT chronique est également une question de temporalité (voir figure I). La pathologie est dite chronique quand les symptômes persistent au-delà de trois mois sans amélioration ou avec une aggravation, avec des troubles pouvant durer parfois tout au long de la vie de l'individu (Kédia et al., 2008). Peu de recherches évaluent la prévalence de l'ESPT chronique, mais une étude néerlandaise a estimé le pourcentage d'ESPT chroniques sur le nombre d'ESPT totaux à 11,2% (Op den Velde et al., 1993, cité par Schnurr et al., 2003), quand une autre étude a retrouvé 18% d'ESPT chroniques sur le nombre d'ESPT totaux développés par les militaires (Port et al., 2001, cités par Schnurr et al., 2003).

Enfin, le terme d'ESPT « à survenue différée », aujourd'hui nommé selon le DSM V « à expression retardée », est utilisé quand l'apparition de la pathologie est séparée d'au moins six mois de la confrontation à l'évènement traumatique (American Psychiatric Association, 2015 ; Jolly, 2000). D'après une étude américaine, 23,3% des militaires ayant participé à cette recherche ont développé un ESPT à expression retardée (Solomon & Mikulincer, 2006).

#### **4) Les échelles de diagnostic**

Le diagnostic d'ESPT est posé par un psychiatre. Afin de le réaliser, ce médecin s'appuie sur l'observation de signes cliniques, mais également sur différentes échelles diagnostiques d'autopassation ou d'hétéropassation. Il en existe un grand nombre : la PDEQ (Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, pouvant se traduire par « questionnaire de l'expérience dissociative péri-traumatique ») de Marmar et al., datant de 1997, qui évalue principalement le phénomène dissociatif (symptôme pouvant être retrouvé dans l'ESA ou dans l'ESPT) ; la PDI (Peritraumatic Distress Inventory, pouvant être traduite par « inventaire de la

détresse péri-traumatique ») de Brunet, datant de 2001, qui évalue la détresse péri-traumatique, un facteur de vulnérabilité de l'ESPT (Bunell et al., 2018) ; ou encore l'IES-R (Impact of event scale, pouvant être traduite par « échelle de l'impact de l'évènement »), de Weiss et Marmar, datant de 1997, qui évalue les répercussions d'un évènement stressant (Ferreri et al., 2011 ; Jehel, 2013 ; Kédia et al., 2008 ; Arvers et Vallet, 2006 ; Ursano et al., 2004).

Deux échelles de diagnostic sont néanmoins majoritairement utilisées : la CAPS et la PCLS.

#### **4.6) Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)**

La CAPS, créée par Blake et al. en 1990 est un questionnaire d'hétéropassation. Initialement en anglais, elle s'appuie sur les critères de diagnostic du DSM (ceux du DSM III R à l'origine) (Blake et al., 1990). Elle a cependant été mise à jour à chaque nouvelle édition de DSM sortie. La version basée sur le DSM V se compose de trente questions, dont vingt-sept à poser au patient (National Center for PTSD, 2015). Les items permettent d'explorer les différents symptômes décrits dans le DSM. Le patient doit ensuite pour chacun d'eux coter leur fréquence et leur intensité sur une échelle de Likert de 0 (absence) à 4 (extrêmement).

Les trois dernières questions sont à remplir par le professionnel de santé administrant le questionnaire ; elles permettent d'évaluer la validité globale des réponses, la sévérité de la pathologie, et l'amélioration depuis la dernière évaluation. Le score obtenu est ensuite calculé selon une grille d'interprétation.

La CAPS est considérée comme l'échelle de référence pour le diagnostic de l'ESPT (Jehel, 2013 ; Kédia et al., 2008 ; Kok et al., 2012).

#### **4.7) Post traumatic checklist scale (PCLS)**

Le PCLS est un test d'autopassation créé en 1990 par le National Center for PTSD en 1990. Il est composé de dix-sept items interrogeant la présence des trois symptômes de l'ESPT décrits dans le DSM V : les reviviscences, les comportements d'évitement et l'hyperactivation neurovégétative (Cottraux et al., 2003 ; Kok et al., 2012). Pour chaque question, la personne doit coter sa réponse sur une échelle de Likert de 1 (absence) à 5 (extrêmement) (Blevins et al., 2015).

Trois versions de cette échelle existent : une version spécifique, une version civile et une version militaire. L'édition militaire est utilisée dans l'armée française lors de l'entretien post-opérationnel afin d'évaluer la présence ou non d'un ESPT chez le militaire (Devillières, 2013).

## **5) Les différents symptômes**

Différents symptômes sont décrits dans le DSM-V pour l'ESPT, mais trois sont considérés comme principaux : les reviviscences, les comportements d'évitement, et l'hyperactivation neurovégétative (Kédia et al., 2008).

### **5.1) Les reviviscences**

Les reviviscences peuvent être définies comme des « souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants » (American Psychiatric Association, 2015). Elles sont pathognomoniques de l'ESPT (Lebigot, 2016). Elles peuvent entraîner de fortes réactions émotionnelles, pouvant être accompagnées de réactions physiologiques du corps : tachycardie, nausées, sueurs froides. Les reviviscences peuvent être de deux types (Ferreri et al., 2011) :

- Réactionnelles : elles sont reliées à un stimulus extérieur rappelant le traumatisme (odeurs, sons). Elles sont le plus souvent diurnes.
- Spontanées : elles peuvent avoir lieu la nuit, où l'individu fait des cauchemars en revivant la scène traumatisante, mais également en journée, avec des flash-backs du de l'évènement (Lebigot, 2016).

Ce symptôme est décrit comme très angoissant pour l'individu le vivant (Rouillère Le Lidec et al., 2016). Les reviviscences (notamment réactionnelles) peuvent ainsi amener à des comportements d'évitement (American Psychiatric Association, 2015).

### **5.2) Les comportements d'évitement**

Afin d'éviter des souvenirs pouvant être difficiles à vivre, l'individu développe des comportements d'évitement, en évitant les lieux ou les personnes qui pourraient être source de reviviscences. Ce symptôme amène ainsi la personne à se retrancher le plus souvent chez elle, ou à limiter au maximum ses sorties, et est ainsi source d'un isolement social important (Ferreri et al., 2011).

Les comportements d'évitement peuvent même mener jusqu'à un évitement des pensées et des émotions liées au traumatisme. Ce phénomène peut engendrer à terme un émoussement des affects (Kédia et al., 2008).

### **5.3) L'hyperactivation neurovégétative**

L'état de stress post-traumatique peut également provoquer une hyperactivation neurovégétative. Ce symptôme est directement lié à l'évènement traumatogène : « le

traumatisme active la réponse neurovégétative comme réponse au danger. Le sentiment persistant de menace, de danger, associé à l'émotion de peur intense étant insupportable pour l'individu, la victime cherche à s'en protéger et déclenche ainsi alerte et vigilance » (Kédia et al., 2008). L'hyperactivation neurovégétative peut se manifester par des difficultés d'endormissement, une hypervigilance, ou encore des difficultés de concentration. L'individu est en état d'alerte permanent, entraînant un épuisement cognitif et physique important (Ducrocq et Vaiva, 2014 ; Kédia et al., 2008).

### **5.3) Les autres symptômes décrits selon le DSM-V**

De nombreux autres symptômes peuvent être présents, tels que des modifications des cognitions et des humeurs, avec des accès de colère inexplicables, ou une agressivité, qui n'étaient pas dans les habitudes de la personne avant l'évènement traumatique. Des troubles de la concentration et des troubles du sommeil (majoritairement sous forme d'insomnies) peuvent être également survenir (American Psychiatric Association, 2015).

La présentation clinique de l'ESPT peut néanmoins varier selon les individus, avec parfois une anhédonie très présente au premier plan. Dans d'autres cas, les pensées négatives seront majoritaires : l'expression de la pathologie est différente selon chacun (American Psychiatric Association, 2015).

## **6) Les comorbidités**

Les comorbidités peuvent être définies comme une ou plusieurs pathologies présentes simultanément chez une même personne (Baylé et al., 1998).

Selon des études, la prévalence des comorbidités chez les individus souffrant d'un ESPT est de 80% (American Psychiatric Association, 2015 ; Molenda, 2009). Ces dernières concernent les troubles dépressifs, les troubles addictifs (quelle que soit la substance consommée), les troubles anxieux, et la co-occurrence avec une pathologie physique (Ursano et al., 2004 ; Love et al., 2011 ; Ferreri et al., 2011).

Les troubles addictifs peuvent témoigner d'une stratégie mise en place par le patient pour gérer les reviviscences (Rousseau & Nicolas, 2018 ; Ursano et al., 2004 ; Daudin et Rondier, 2014). Par ailleurs, l'ESPT est sous-diagnostiqué lorsqu'il est associé à un trouble physique (Ursano et al., 2004).

Ces comorbidités ont des conséquences sur la qualité de vie et le bien-être (Love et al., 2011) et entraînent une prévalence élevée du suicide chez ces individus (Ursano et al., 2004 ; Lebigot,



2016). La prise en soin de l'ESPT implique donc d'être particulièrement vigilant et d'évaluer le risque suicidaire (HAS, 2007 ; Colas, Lahutte, 2009).

## **7) Les facteurs de vulnérabilité et de protection liés à l'ESPT**

Comme cela a pu être détaillé précédemment, toute personne exposée à un évènement traumatisant ne développera pas pour autant un ESPT. Des recherches ont ainsi pu mettre en évidence des facteurs individuels ayant un rôle dans le développement de la pathologie : les facteurs de vulnérabilité, et d'autres semblant limiter son développement : les facteurs de protection (Yehuda, 1999, cité par Brewin et al., 2000, traduction libre ; Colas & Lahutte, 2009 ; Ferreri et al., 2011).

Les facteurs de vulnérabilité peuvent être classés dans quatre grandes catégories : les facteurs prétraumatiques (survenant avant l'évènement), les facteurs péritraumatiques (survenant pendant) et les facteurs post-traumatiques (survenant après), ainsi que des facteurs sociodémographiques (voir annexe II) (Marchand et al., 2011 ; Kédia et al., 2008 ; Ferreri et al., 2011 ; Ursano et al., 2004). Ces mêmes catégories ont également pu être mises en évidence pour les facteurs de protection (voir annexe III).

Enfin, des éléments ont été évalués comme étant à risque d'évolution d'un ESA vers un ESPT. Trois ont majoritairement été identifiés : la sévérité de la dissociation péritraumatique, la gravité de l'ESA, et l'intensité de l'hyperactivation neurovégétative (Brimes et al., 2001 ; Ferreri et al., 2011).

## **8) Le tabou lié à la santé psychique dans la population militaire**

La santé psychique et les possibilités de développer une blessure de stress opérationnel sont un sujet tabou dans l'armée (Gagné, 2014 ; SSA et ministère de la Défense, 2013). Avouer souffrir d'un trouble de santé mentale est considéré comme une honte pour les militaires, car cela semble aller à l'encontre des valeurs portées par l'armée : le courage, la discipline, « les militaires qui sont formés à être des guerriers invincibles » (Gagné, 2014 ; Rouillère Le Lidec et al., 2016 ; Armée de terre, 2020). Certains peuvent également avoir peur d'être stigmatisés s'ils avouent souffrir d'une affection de ce type (Richardson et al., 2010).

Le fait que la pathologie soit invisible (car psychique) contribue notamment à ce tabou :

« Quand un blessé physique est évacué, le motif de son départ est visible : brancard, appareillage médical, pansement. En revanche, quand un blessé psychique quitte le groupe par évacuation médicale, il le fait sur ses deux pieds, sans pansement visible.

Il s'ensuit pour lui un sentiment de honte, de désertion vis-à-vis du groupe et de grande solitude » (Rouillère Le Lidec et al., 2016).

Ce tabou entraîne donc un retard dans la prise en soin de l'ESPT, et ainsi de nombreuses conséquences dans la vie quotidienne de l'individu en souffrant (Rousseau et Nicolas, 2018).

## II- Les conséquences dans la vie quotidienne de l'ESPT

Le début de ce cadre conceptuel a permis de définir l'état de stress post-traumatique et les différents symptômes décrits dans le DSM V. Ces derniers peuvent avoir de nombreuses conséquences sur la vie quotidienne des militaires présentant cette pathologie.

Ainsi, cette partie sera consacrée à l'organisation de l'individu, notamment via le modèle conceptuel de l'occupation humaine, puis aux conséquences que peut entraîner l'état de stress post-traumatique.

### 1) Le modèle de l'occupation humaine (MOH)

Un modèle conceptuel peut être défini comme « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (Morel Bracq, 2017). Différents modèles conceptuels existent ; certains sont généraux et communs à plusieurs professions de santé, tels que le modèle de la CIF (Classification Internationale Fonctionnelle). D'autres sont spécifiques à l'ergothérapie, comme le MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) ou la MCRO (Modèle Canadien du Rendement Occupationnel).

Les modèles conceptuels en ergothérapie ont pour but de « procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherches solides garantissant une démarche de qualité » (Morel Bracq, 2017).

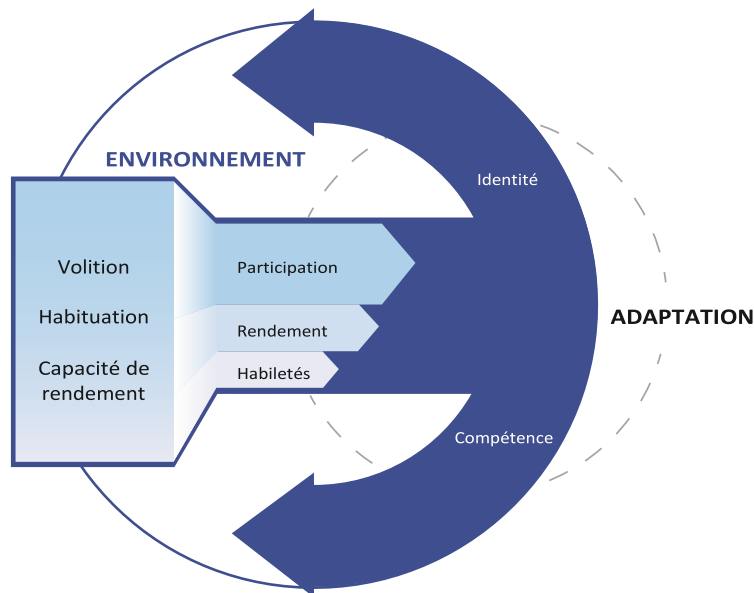


Figure II : le modèle de l'occupation humaine (Taylor R., 2017, cité par CRMOH, 2020)

Le modèle de l'occupation humaine, créé par Gary Kielhofner, est à ce jour le modèle conceptuel spécifique à l'ergothérapie ayant été le plus étudié (Morel-Bracq, 2017).

La première publication à ce sujet a eu lieu en 1980, dans l'*American Journal of Occupational Therapy* (Hernandez, 2016). Du fait des recherches effectuées, ce modèle est en constante évolution, et la cinquième et dernière version parue à ce jour a été publiée dans *Kielhofner's model of Human Occupation : Theory and Application* en 2017 par le Dr. Renee Taylor.

Le MOH est un modèle humaniste, centré sur la personne (Marcoux, 2019). Il permet une prise en soin holistique de l'individu et vise à améliorer l'engagement et la participation dans l'activité (Caire, 2008). Il part du postulat que l'être humain est un être occupationnel : « l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne » (Morel-Bracq, 2017).

Le MOH est donc particulièrement adapté à la prise en soin d'individus souffrant d'un état de stress post-traumatique, pour lesquels la participation peut être altérée (Edgelow et al., 2020).

Ce modèle conceptuel est ainsi composé de quatre facteurs : l'être occupationnel, l'agir, l'adaptation et l'environnement. Ces éléments interagissent sans qu'aucun d'entre eux ne soit central, ce qui signifie que lorsque l'un est modifié, l'organisation du modèle toute entière est impactée (Marcoux, 2019 ; Trouvé, 2016).

### **1.1) L'être occupationnel**

L'être occupationnel représente la personne, et est constitué de trois parties : la volition, l'habituatation et la capacité de rendement. Ces trois éléments sont interdépendants.

Les facteurs spécifiques à l'être occupationnel sont internes à l'individu (Marcoux, 2019).

#### **1.1.1) La volition**

La volition peut être définie comme « ce qui nous motive à nous occuper » (Marcoux, 2019). C'est notamment ce qui permet à un individu de s'engager dans une activité. Elle est en constante évolution et est elle-même composée de trois parties : les intérêts, les valeurs, et les déterminants personnels (parfois aussi traduit « sentiments de compétence »).

Les intérêts peuvent être décrits comme ce qu'une personne apprécie, ce qui l'intéresse, ce qui est agréable à réaliser pour elle (Kielhofner, 2002, traduction libre). Ce sont les intérêts qui vont orienter l'individu vers une activité plutôt qu'une autre, car cette dernière sera plus attractive pour lui (Morel-Bracq, 2017).

Les valeurs représentent ce qu'une personne considère comme important, ce qui compte pour elle (Morel-Bracq, 2017). Ces dernières sont influencées par la culture et se construisent puis se modifient tout au long de la vie.

Les valeurs portées par l'armée française et généralement retrouvées chez les militaires sont le courage, le dépassement de soi, l'abnégation, la discipline (Rouillère Le Lidec et al., 2016 ; Ministère des armées, 2020 ; Mingasson, 2020 ; Rousseau & Nicolas, 2018).

Les déterminants personnels peuvent s'apparenter à la perception que chaque individu a de ses capacités (Marcoux, 2019).

### **1.1.2) L'habituat**

L'habituat peut être définie comme « un processus qui consiste à agencer et incorporer des manières d'agir, construites selon les habitudes, les rôles et ajusté aux caractéristiques de l'environnement » (Kielhofner, 2008, cité par Trouvé, 2016). Elle est composée de deux sous-parties : les habitudes et les rôles.

Les habitudes représentent des manières perpétuellement identiques de réaliser les activités. Elles sont intégrées par la personne à force de répétitions (Kielhofner, 2002, traduction libre ; Morel-Bracq, 2017). Elles sont très utiles au quotidien, car elles :

« Font en sorte qu'on a besoin de moins d'énergie pour une participation occupationnelle. Les habitudes sont utiles en société, car elles permettent de vivre en harmonie avec les autres [...]. Le fait de respecter ces habitudes permet à la personne d'être mieux intégrée au groupe et au fonctionnement de la société » (Marcoux, 2019).

Les habitudes influencent la manière dont l'individu réalise son activité, la manière dont il organise son temps, et le type de comportement qu'il va présenter. Selon l'incapacité que la personne va développer, elle peut avoir à modifier ses habitudes, impactant ainsi toute sa dynamique occupationnelle (Marcoux, 2019).

Les rôles d'un individu peuvent se définir comme « l'incorporation d'un statut social et / ou personnel, ou d'un ensemble d'attitudes et de comportements en lien avec ce statut » (Morel-Bracq, 2017). Ils sont multiples, et évoluent tout au long de sa vie.

La manière dont une personne va vivre son rôle est influencée par l'idée qu'elle a de ce rôle et par l'image qu'en ont les autres individus. Les rôles sociaux ont également une influence sur nos occupations, notamment sur « la façon dont on agit, les actions qu'on prend, l'utilisation

de notre temps » (Marcoux, 2019). Les militaires s'identifient ainsi à leurs rôles de militaires, ce qui a une influence sur leurs occupations.

Lors de l'apparition d'une incapacité, ces rôles peuvent s'en retrouver modifiés de plusieurs manières : tout d'abord, l'individu peut connaître une incapacité à mener ces rôles comme il le faisait auparavant, ou une modification de la façon dont il réalise ces rôles. La perte de rôles peut amener la personne à « faire face à moins d'opportunités de développer son identité et de structurer son quotidien. Cela peut ainsi avoir un impact sur l'estime de soi » (Marcoux, 2019). L'individu peut également s'identifier à de nouveaux rôles du fait de l'apparition d'incapacités. Cela peut ainsi avoir des conséquences sur les occupations (Marcoux, 2019).

Dans le cas d'un militaire présentant un ESPT, ce dernier peut vivre une modification de ses rôles s'il est reconnu inapte à l'Opex. Il peut également connaître une incapacité à réaliser son rôle de militaire, et ainsi devoir quitter l'armée (Ferreri et al., 2011). En outre, il peut s'identifier à un nouveau rôle, celui de personne en situation de handicap ou malade, ce qui peut amener une modification de ses occupations, telle qu'un investissement dans des activités de rééducation.

### **1.1.3) La capacité de rendement**

La capacité de rendement peut être définie comme « l'aptitude à agir grâce aux composantes objectives sous-jacentes et à l'expérience subjective du corps » (Morel-Bracq, 2017). Elle est ainsi composée de deux sous-parties : les capacités de rendement objectives et les capacités de rendement subjectives.

Les capacités de rendement objectives désignent l'ensemble des capacités liées aux différents systèmes du corps, tels que la biomécanique ou les capacités cognitives. Elles sont mesurables via des instruments de mesure normés et validés. Dans le cas de l'amplitude articulaire comme capacité de rendement objective, l'outil de mesure sera un goniomètre.

Les capacités de rendement subjectives s'apparentent au vécu, au ressenti de la personne lorsqu'elle réalise ses activités (Marcoux, 2019). Ces résultats ne peuvent s'appuyer sur des évaluations normées, mais se quantifient via une discussion avec l'individu sur ses ressentis (Morel-Bracq, 2017).

## 1.2) L'agir occupationnel

L'agir occupationnel représente l'ensemble des activités réalisées par la personne. Il est composé de trois niveaux : la participation, le rendement, et les habiletés.

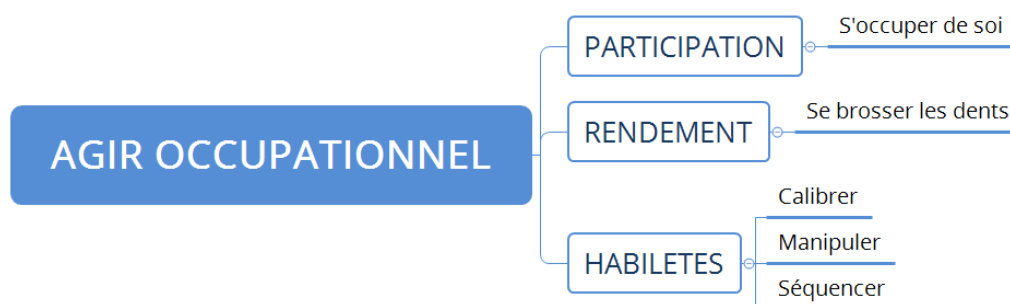


Figure III : les différents niveaux de l'agir occupationnel (Morel-Bracq, 2017)

La participation peut s'expliquer comme « le fait de s'engager dans une occupation, qu'il s'agisse d'une occupation de loisirs, de travail ou d'une AVQ [activité de vie quotidienne] » (Marcoux, 2019).

Le rendement peut être défini comme la réalisation d'une tâche de la participation.

Les habiletés, quant à elles, sont des actions visant à réaliser une tâche dans l'activité. Pour décrire les habiletés d'un patient, l'ergothérapeute utilise des verbes d'action.

Les habiletés peuvent être de plusieurs types : les habiletés motrices, les habiletés opératoires et les habiletés de communication et d'interaction.

Les habiletés motrices peuvent être décrites comme la capacité d'un individu à se mouvoir et à réaliser différents gestes volontaires.

Les habiletés opérationnelles désignent la capacité d'une personne à réaliser différentes actions en mobilisant les différentes fonctions exécutives nécessaires.

Les habiletés de communication et d'interaction représentent les aptitudes d'un individu à échanger avec autrui (Marcoux, 2019 ; Morel-Bracq, 2017).

## 1.3) L'environnement

L'environnement désigne le contexte dans lequel la personne réalise ses occupations.

Cette composante est définie par le MOH comme un « ensemble des particularités physiques, sociales et occupationnelles d'un contexte dans lequel on fait quelque chose, et qui a un impact sur ce que l'on fait et comment on le fait » (Kielhofner, cité par Marcoux, 2019).

Selon le type d'incapacité que présente l'individu, l'environnement peut être un obstacle ou au contraire un facilitateur.

L'environnement est décrit selon trois niveaux : le contexte immédiat, le contexte local et le contexte global. Lorsque l'ergothérapeute intervient sur l'environnement, il intervient majoritairement sur le contexte immédiat (Marcoux, 2019).

Deux types d'environnements sont définis : l'environnement physique et l'environnement social.

L'environnement physique est « constitué des espaces et des objets, qui peuvent être naturels ou aménagés » (Marcoux, 2019). Dans certains cas, l'environnement physique peut donc être un obstacle pour un militaire présentant un ESPT, car il peut être source de reviviscences réactionnelles.

L'environnement social est formé des relations sociales au sens large entretenues par la personne : ses amis et sa famille, mais aussi ses collègues de travail. Dans le cadre des militaires, l'environnement social est composé notamment de l'ensemble des membres de son régiment, de sa famille, de ses amis à l'intérieur de l'armée et à l'extérieur.

Pour un militaire soigné pour un ESPT, les soignants qu'il côtoie s'inscrivent également dans son environnement social (Marcoux, 2019).

Les symptômes de l'ESPT, et notamment l'isolement social qui peut en découler, peuvent ainsi amener à une modification voire un appauvrissement de l'environnement social de l'individu.

#### **1.4) Le devenir occupationnel**

La participation à différentes occupations va permettre à l'individu de construire son devenir occupationnel. Le devenir occupationnel est constitué de l'interaction de l'ensemble des éléments vus précédemment dans le MOH : l'être occupationnel, l'agir occupationnel, et l'environnement, ainsi que de chacun des facteurs qui les composent.

Le devenir occupationnel est formé par deux éléments : l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle (Marcoux, 2019). Ces notions participent ainsi à la construction de l'adaptation occupationnelle (Morel-Bracq, 2017).

L'identité occupationnelle est un « amalgame subjectif de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite devenir » (Morel-Bracq, 2017). Elle se crée avec le vécu et l'histoire personnelle de l'individu (Marcoux, 2019).

La compétence occupationnelle peut être définie comme « la capacité de la personne à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations cohérente avec son identité occupationnelle » (Morel-Bracq, 2017). Les compétences occupationnelles contiennent les responsabilités liées aux rôles de l'individu (Morel-Bracq, 2017).



## **2) Les différents outils d'évaluation liés au MOH**

À partir du MOH, dix-neuf outils d'évaluation ont été créés (Hernandez, 2016). Ils permettent d'explorer certaines parties ou l'entièreté des éléments du MOH chez une personne.

Quatre catégories d'outils d'évaluation se dégagent : la première catégorie regroupe les outils basés sur l'observation. Le deuxième groupe représente les outils d'évaluation, à remplir par le patient lui-même. Les outils de la troisième catégorie s'appuient sur l'entretien. Enfin, certains outils combinent différentes approches : ils peuvent ainsi associer l'observation et les entretiens, comme le MOHOST (Morel-Bracq, 2017 ; Taylor, 2017, cité par Marcoux, 2019 ; Hernandez, 2016 ; Mignet, 2015) (voir annexe IV).

## **3) L'occupation**

### **3.1) Qu'est-ce que l'occupation ?**

L'occupation est un mot très utilisé en ergothérapie. Une science en a même été issue : la science de l'occupation. Cependant, c'est un terme peu connu en français. Sylvie Meyer le définit comme suit « ce que les gens font, d'ordinaire ou d'extraordinaire, dans leur vie de tous les jours depuis leur naissance jusqu'à leur mort (...) Mais les occupations prennent aussi du sens dans la culture » (Meyer, 2013).

Ainsi, l'occupation, selon Sylvie Meyer, s'attacherait à toutes les actions menées par une personne dans sa journée, quelles qu'elles soient ; elles ponctuent ainsi la vie de l'individu.

L'occupation a par ailleurs un sens, à la fois pour la personne qui la pratique, mais aussi pour le groupe dans lequel elle évolue. Elle est donc différente en fonction de la culture de l'individu qui la réalise (Meyer, 2013).

L'objectif est que la personne puisse maintenir un équilibre occupationnel qui lui convienne entre ses différentes occupations. L'équilibre occupationnel se définit comme le fait pour un individu de répondre à ses rôles et de gérer ses occupations d'une manière qu'il considère comme satisfaisante (traduction libre, Reed et Sanderson, cités par Meyer, 2013).

Dans certains moments de vie, notamment lors de l'apparition d'une pathologie, un déséquilibre occupationnel peut s'instaurer. Ce dernier peut être défini comme une incapacité à réaliser ses occupations de manière satisfaisante, menant à terme à une altération de la santé et de la qualité de vie (traduction libre, Christiansen et Townsend, 2004, cité par Meyer, 2013). Ce déséquilibre ayant un impact sur la qualité de vie et la santé de la personne, il peut être fait appel à un ergothérapeute. L'objectif de son intervention sera dans ce cas de permettre à l'individu de retrouver un équilibre occupationnel qui lui convienne, adapté à ses capacités et à ses difficultés.

### **3.1.1) La différence entre occupation, activité et tâche**

Certains auteurs différencient les notions d'occupation, d'activité et de tâche.

Selon la terminologie définie par le réseau d'ergothérapie dans l'enseignement supérieur (ENOTHE), il existe une idée de gradation entre ces trois concepts :

« Occupation : un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société.

Activité : une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations.

Tâche : une succession d'étapes structurées (...) conduisant à la réalisation d'un but particulier » (Meyer, p.59, 2013).

On peut ajouter à ces définitions la notion d'activité significative. Le terme d'activité significative désigne une activité ayant du sens pour la personne (Trombly, 1995, cité par Meyer, 2013). Les activités significatives, propres à chacun, sont donc particulièrement utilisées en ergothérapie, comme but ou comme moyen de rééducation, afin d'améliorer l'engagement de l'individu dans sa prise en soin (Meyer, 2013).

### **3.2) Les différentes catégories d'occupation**

Duncan, l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) et Christiansen et al. définissent trois catégories d'occupation : les activités de la vie quotidienne (AVQ), les activités de loisirs et les activités de productivité.

Les activités ne peuvent néanmoins pas toujours être cloisonnées dans un seul groupe d'occupations, car certaines peuvent s'inscrire dans plusieurs catégories en même temps (Meyer, 2013).

#### **3.2.1) Les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne**

L'association américaine des ergothérapeutes (AOTA) a défini une distinction au sein des activités de vie quotidienne, en créant deux divisions : les AVQ et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) (Meyer, 2013).

Les activités de la vie quotidienne, parfois traduites sous le terme de « soins personnels » décrivent l'ensemble des activités qui « permettent à la personne de s'occuper d'elle-même. Ils visent le maintien de la santé et du bien-être et ils comprennent des routines comme « manger » ou des activités plus rares comme « prendre des antibiotiques » » (Meyer, 2013).

Le terme « activité instrumentale de la vie quotidienne » désigne des activités qui :

« Concernent davantage la vie domestique que les soins du corps et davantage la vie publique que la vie privée. Elles nécessitent aussi plus d'habiletés sociales, de capacités de résolution de problèmes que les AVQ. Les AIVQ sont nécessaires à l'indépendance à la maison » (Meyer, p.78, 2013).

### **3.2.2) Les activités de loisirs**

Les activités de loisirs sont des activités pratiquées par un individu pendant son temps libre, et laissées à son libre choix. Elles sont donc différentes pour chacun et varient selon de nombreux critères tels que la culture, les valeurs ou encore l'âge. Les loisirs font partie des activités significatives pour une personne (Meyer, 2013).

### **3.2.3) Les activités de productivité**

Les activités de productivité désignent les activités ayant trait au métier de l'individu. Néanmoins, cette catégorie regroupe également l'ensemble des sphères se rapprochant de près ou de loin de l'emploi, c'est-à-dire « le travail scolaire, les études [...], le travail bénévole, les activités d'orientation professionnelle et de recherche d'emploi, la préparation à la retraite » (Meyer, 2013).

Chacune des activités réalisées au quotidien peut donc être rangée dans une de ces trois catégories : activité de la vie quotidienne, activité de loisirs et / ou activité de productivité.

Certaines pathologies peuvent ainsi, en fonction des incapacités qu'elles entraînent, impacter l'ensemble de ces trois catégories, et notamment la participation de la personne dans ces activités.

## **4) La participation**

La définition de la participation donnée par l'ENOTHE est proche de celle du MOH. Elle est décrite par l'ENOTHE comme « l'engagement par l'activité dans des situations socialement contextualisées » (Meyer, 2013). Elle est également en lien avec le contexte socioculturel de l'individu (Trouvé et al., 2019).

La participation peut s'observer dans tous les types d'occupation : activités de la vie quotidienne, de loisirs ou de productivité (AOTA, 2008 ; Christiansen et al., 2005, cités par Meyer, 2013 ; Morel-Bracq et al., 2015). La participation « s'effectue dans les divers domaines

de la performance » (Desrosiers, 2005 ; Wilcock, 2006, cités par Meyer, 2013). Elle fait ainsi référence à un engagement volontaire de l'individu dans une activité.

Ainsi, lors de l'apparition d'une pathologie, la participation et la manière dont les occupations sont réalisées peuvent être impactées.

## **5) Les conséquences dans la vie des militaires**

L'ESPT a de nombreuses conséquences dans la vie des personnes touchées, et ce dans tous les domaines d'occupation (Love et al., 2011).

### **5.1) Les conséquences dans les activités de vie quotidienne et AIVQ**

Dans les activités de vie quotidienne, les conséquences de l'ESPT majoritairement rapportées par les militaires concernent le sommeil : à cause des reviviscences nocturnes et des cauchemars, la personne angoisse à l'idée d'aller dormir, et peut souffrir d'insomnies (Edgelow et al., 2020 ; Rousseau & Nicolas, 2018).

Les symptômes de l'ESPT (notamment les changements de comportement, d'humeur, les comportements d'évitement et les colères inexplicables) peuvent quant à eux avoir des conséquences lourdes sur les relations sociales et familiales : certaines familles déclarent ne plus reconnaître leur proche (Ferreri et al., 2011). Ces difficultés relationnelles peuvent ainsi conduire à des séparations et à un isolement social de l'individu (Colas & Lahutte, 2009 ; Baubet et al., 2020).

L'ESPT peut également impacter les relations intimes, notamment dans la communication, mais aussi dans la sexualité : les envies du militaire ont changé, une anhédonie peut également être présente (INSERM, 2020). Les traitements médicamenteux liés à l'ESPT peuvent également avoir des conséquences sur la sexualité, avec par exemple une baisse de la libido (Mingasson, 2020 ; Colas & Lahutte, 2009).

Dans les AIVQ, l'activité posant le plus de difficultés selon les militaires est la conduite (Edgelow, 2020). Les difficultés dans cette activité peuvent être liées aux reviviscences, aux difficultés de concentration (liées à la pathologie, aux médicaments), à la fatigue (liée à la pathologie ou aux troubles du sommeil).

Néanmoins, toutes les AVQ et AIVQ peuvent être influencées par l'ESPT.

### **5.2) Les conséquences dans les loisirs**

Les difficultés liées à l'utilisation de la voiture et des transports en commun ainsi que l'isolement social rendent difficiles l'accès aux loisirs pour la personne souffrant d'un ESPT.

Par ailleurs, l'individu peut ressentir un désintérêt pour les activités qui lui étaient significatives avant le traumatisme, tel que les loisirs (American Psychiatric Association, 2015).

Tous ces éléments, associés à une possible anhédonie, peuvent ainsi entraîner un désinvestissement du militaire dans ses activités de loisirs.

### **5.3) Les conséquences dans les activités de productivité**

Les difficultés d'attention et de concentration, les comportements d'évitement et l'isolement social lié à la pathologie peuvent amener des difficultés, voire une incapacité à travailler, qui peut être une source de désertion de l'armée de la part du militaire (Colas & Lahutte, 2009).

Peu d'études sont réalisées sur le nombre de désertions en raison d'un ESPT. Il n'a pas été possible d'obtenir des chiffres pour l'armée française. Une enquête canadienne montre cependant qu'environ 9% des départs de l'armée sont liés à une forme sévère d'ESPT, et que 19% sont liés à un trouble de la santé mentale, en sachant que ce chiffre est potentiellement sous-estimé (Paré, 2011).

Une recherche réalisée en 2016 décrivait 574 militaires de l'armée française en congés longue maladie pour une blessure psychique (Handirect, 2016 ; Sace, 2019). 4,2% des congés longue maladie dans l'armée française seraient ainsi générés par un ESPT (Colas et Lahutte, 2009). Au bout de huit ans d'arrêt maladie pour ESPT, le militaire se voit dans l'obligation de quitter l'armée : l'ESPT est donc une cause non négligeable de chômage (Belrose et al., 2019 ; Ministère des armées, 2018) (voir annexe V).

L'armée française estime par ailleurs une inaptitude définitive à partir en Opex de l'ordre de 10% pour les militaires victimes d'un ESPT (Ministère des armées, 2015).

Ces études montrent ainsi un désinvestissement des militaires de leurs activités de productivité en raison de l'ESPT. Par ailleurs, l'ESPT et ses symptômes peuvent entraîner des restrictions de participation dans les activités de productivité, avec notamment une inaptitude à partir en Opex.

Ainsi, l'ESPT peut avoir de nombreuses conséquences dans la participation des individus dans leurs activités (AVQ, de loisirs et de productivité), entraînant un désinvestissement occupationnel, voire un déséquilibre occupationnel.

Des mesures de prévention et de diagnostic précoces sont ainsi mises en place par l'armée française pour limiter les conséquences de l'ESPT.

### **III- La prévention et la prise en soin de l'état de stress post-traumatique**

Les mesures mises en place par l'armée française pour la prévention de l'ESPT s'organisent en deux axes : la prévention primaire et la prévention secondaire.

La prévention primaire est définie par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) comme « l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire [...] les risques d'apparition de nouveaux cas » (OMS, 1948). La prévention secondaire, quant à elle, cherche à « diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade [...] recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble [...] afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque » (OMS, 1948).

Une fois la pathologie installée, des mesures de prévention secondaires peuvent être mises en place. Une prise en soin de l'ESPT ainsi que de ses éventuelles comorbidités peut donc être proposée, que ce soit dans un hôpital d'instruction des armées (HIA) ou dans des services de soin pour civils (Colas & Lahutte, 2009).

Les actions de prévention menées par l'armée française répondent à trois grands principes : le principe d'immédiateté ou de précocité, de proximité et de permanence (Boisseaux, 2010 ; DRHAT, 2017). Le principe d'immédiateté correspond ainsi à « intervenir au plus tôt pour limiter les risques », le principe de proximité à « être au plus près du militaire pour lui apporter un soutien rapide et efficace » et le principe de permanence à « mettre en œuvre un soutien psychologique en tout temps et en tout lieu » (DRHAT, 2017).

#### **1) Les plans d'action de santé psychique de l'armée**

À la suite d'une décision du ministre de la Défense d'axer une partie de sa politique d'actions sur la santé mentale des militaires (SSA, 2012), deux plans ont été mis en place successivement : un premier, entre les années 2011 et 2013, intitulé « troubles psychiques post-traumatiques dans les armées », suivi par un deuxième, des années 2013 à 2015, nommé « troubles psychiques post-traumatiques dans les armées, lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique » (Rouillère Le Lidec et al., 2016).

Ces deux travaux successifs ont mené à la mise en place de plusieurs mesures, visant à réduire l'incidence et la prévalence de l'ESPT dans l'armée française (Ministère de la Défense & SSA, 2013).

## **2) Les mesures de prévention primaire**

### **2.1) Les formations à la gestion de l'ESPT avant le déploiement**

Avant d'être envoyés en mission, les militaires suivent une formation initiale de dix semaines, puis une formation technique de spécialité durant d'un à trois mois selon leur branche de métier (Ministère des armées, 2020). Ils participent lors de celles-ci à des programmes d'entraînement opérationnel et d'optimisation du potentiel humain, dans lesquels s'inscrivent des modules de développement de techniques de coping et de gestion du stress. Ces enseignements visent à réduire les effets des confrontations avec des événements traumatisants (Boisseaux, 2010).

## **3) Les mesures de prévention secondaires**

### **3.1) Le débriefing individuel et / ou collectif**

Le débriefing est une technique de « réunion de groupe où chaque combattant exprime à ses camarades son vécu en respectant la chronologie de l'action » (Ferreri et al., 2011). Il permet « une verbalisation précoce et un partage des émotions ressentis au sein d'un groupe victime de la catastrophe » (Jeanneau-Tolila, 2012). Il peut également permettre au psychologue le réalisant de repérer les individus présentant des facteurs de vulnérabilité à l'ESPT, ou des symptômes d'ESA. Cette méthode est généralement utilisée dans la période post-immédiate de la confrontation à un événement traumatisant, c'est-à-dire dans les 48 à 72h qui suivent.

Selon les études réalisées sur le sujet, le débriefing, qu'il soit individuel ou collectif, ne permet néanmoins pas d'éviter la survenue d'un ESPT (Ferreri et al., 2011 ; Ursano et al., 2004 ; Boisseaux, 2010).

### **3.2) La chaîne de soutien psychologique**

Une chaîne de soutien psychologique, impliquant différents acteurs, a été mise en place par l'armée de terre française.

Le premier acteur est le « référent section ». C'est un militaire de rang formé à la reconnaissance des signes de détresse psychiques chez ses camarades (Boisseaux, 2010).

Le deuxième acteur est le « conseiller facteur humain », qui « mène des actions de formation et de sensibilisation au stress et peut être sollicité par tout militaire en difficulté » (DRHAT, 2017).

Enfin, le troisième acteur est le psychologue. Il peut être présent directement sur le théâtre des opérations afin d'y réaliser des débriefings (individuels ou collectifs), mais il peut également

intervenir à la fin des Opex, ou encore plusieurs mois après (Ministère des armées, 2016 ; DRHAT, 2017).

Ces trois acteurs sont ainsi présents au plus près des régiments, mais d'autres personnes ou organismes peuvent intervenir sur le théâtre des opérations, tel que des psychiatres (Ministère des armées, 2016).

### **3.3) Le sas de décompression**

Le principe de « sas de décompression » a été mis en place en 2009 par l'armée française. Il a tout d'abord été instauré pour les militaires au retour d'Afghanistan, puis généralisé en 2013 pour l'ensemble des régiments revenant d'Opex.

En quittant le théâtre d'opération, les militaires sont ainsi redirigés vers un hôtel où ils passeront deux à trois jours. Le sas de décompression a pour objectif de réaliser une coupure avec les combats et de prévenir un retour à la vie en métropole trop brutal. Durant ces quelques jours, des activités sportives, de relaxation, mais aussi des débriefings individuels et / ou collectifs avec des psychologues sont organisés (Boisseaux, 2010 ; Bobbera, 2013).

### **3.4) Le numéro vert ESPT**

Le numéro vert ESPT (appelé également « numéro écoute-défense ») a été mis en place le 20 janvier 2013 par le service de santé des armées (SSA), dans le cadre du plan d'action de l'armée française 2013-2015 « troubles psychiques post-traumatiques dans les armées, lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique » (Rouillère Le Lidec et al., 2016). Une écoute est assurée en permanence (24 heures sur 24 et 7 jours sur 7) par des psychologues de l'armée à travers cette ligne téléphonique (SSA et Ministère de la Défense, 2013).

### **3.5) Les consultations post-déploiement**

Le médecin d'unité rencontre les militaires de manière systématique en consultation quatre à six mois après le déploiement en Opex (Houel et Tourinel, 2012). En effet, cette durée correspond au pic d'incidence de l'ESPT après une exposition à des événements traumatisants ayant pu être vécus en opération (Boisseaux, 2010). Durant cette visite médicale, la présence ou non d'un ESPT est notamment évaluée, avec la passation d'une PCLS (Rousseau & Nicolas, 2018).



#### **4) La prise en soin de l'ESPT**

Dans le cadre d'un ESPT, les militaires peuvent être hospitalisés dans différents services d'un hôpital d'instruction des armées. S'ils associent un ESPT avec une comorbidité de trouble physique, ils seront le plus souvent hospitalisés en médecine physique et de réadaptation. Si le militaire est atteint d'un ESPT sans pathologie physique ou d'un ESPT avec des comorbidités psychiatriques, il sera hospitalisé en psychiatrie.

L'ESPT est une pathologie influençant l'ensemble des sphères de la personne ; elle nécessite donc une prise en soin holistique. Cette dernière s'inscrit d'une part sur la possible mise en place de traitements médicamenteux, tels que des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou des antidépresseurs tricycliques (HAS, 2007 ; Ursano et al., 2004). D'autre part, des prises en soin non médicamenteuses peuvent être mises en place, telles qu'une psychothérapie de soutien, une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou la proposition de séances d'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, pouvant être traduit par « désensibilisation par mouvements oculaires et retraitement ») (Rouillère Le Lidec et al., 2015 ; Colas et Lahutte, 2009).

Par ailleurs, comme l'ESPT peut amener un déséquilibre occupationnel dans l'ensemble des occupations, une prise en soin en ergothérapie peut également être proposée.

#### **5) La prise en soin ergothérapique**

##### **5.1) Qu'est ce que l'ergothérapie ?**

L'ergothérapie est une profession paramédicale, dont le but est de « maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de manière sécurisée, 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 » (ANFE, 2019). L'ergothérapeute évalue ainsi les capacités et incapacités des individus dans leurs différentes occupations : activités de vie quotidienne, de loisirs et de productivité. Par la suite, il rédige un diagnostic ergothérapique, mettant en lumière les difficultés occupationnelles que peut rencontrer la personne.

Des séances de rééducation et/ou de réadaptation peuvent ensuite être proposées, pendant lesquelles différents moyens, appelés médias ou médiations, sont utilisés pour permettre à l'individu de gagner en indépendance et / ou en autonomie dans les activités qui lui sont signifiantes (Meyer, 2008).

Cette profession est réglementée par le code de la santé publique (CSP), articles L4331-1 et R4331-1 (ANFE, 2019). Elle nécessite un diplôme d'état, obtenu après trois années de formation au sein d'un institut en formation d'ergothérapie (IFE) (ANFE, 2020). L'enseignement y est encadré par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute (JORF, 2010).

L'ergothérapeute travaille donc en collaboration avec les autres professionnels de santé. Il peut exercer dans de nombreux domaines : en libéral, en lieu de vie (tels que des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)), ou encore dans différents services de soin hospitalier : service de soin de suite et de réadaptation (SSR) par exemple. Il travaille auprès d'une population allant du nourrisson à la personne âgée, présentant tout type de pathologie ou dysfonctionnement (ANFE, 2019).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2020, la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) estimait le nombre d'ergothérapeutes en France à 13 644 (ONDPS, 2010), avec une majorité exerçant en tant que salarié (DREES, 2020, cité par ANFE, 2020).

### **5.2) L'ergothérapeute dans le domaine militaire**

Dans l'armée française, les ergothérapeutes sont recrutés sous statut civil, par concours ou par contrat. Ils exercent donc dans ces cas pour le SSA (Ministère des armées, 2019 ; Ministère des armées, 2018). Le SSA emploie un total de 14 760 personnes (Ministère des armées, 2018). Sa mission est « d'assurer, en toute circonstance, le soutien médical des forces armées (Terre, Air, Marine) et de la Gendarmerie en métropole comme sur les théâtres d'opération » (Ministère des armées, 2020).

Les ergothérapeutes exerçant pour le SSA travaillent dans les HIA (au nombre de huit en France), en centres médicaux des armées ou en centres médicaux interarmées (Ministère des armées, 2018).

### **5.3) La prise en soin en ergothérapie dans le cas d'un ESPT**

Dans le cadre d'une hospitalisation pour un état de stress post-traumatique, le militaire peut donc bénéficier de séances d'ergothérapie.

La prise en soin peut s'envisager via un modèle conceptuel tel que le MOH ou la MCRO, mais l'ergothérapeute peut aussi ne pas s'appuyer sur un de ces outils (Morel-Bracq, 2017).

Des objectifs de prise en soin, propres à chaque individu pourront être fixés après une évaluation initiale (Meyer, 2007).

Les objectifs des séances d'ergothérapie pour cette pathologie pourront ainsi être de :

- Favoriser la participation dans les occupations
- Améliorer les capacités relationnelles de l'individu pris en soin
- Développer l'autonomie dans les occupations
- Permettre une réinsertion socioprofessionnelle de l'individu

(Edgelow et al., 2020 ; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009 ; Association canadienne des ergothérapeutes, n. d.).

Pour favoriser la participation de l'individu et développer son autonomie dans ses occupations, les moyens mis en place pourront être l'utilisation de mises en situation dans des activités signifiantes pour lui (Edgelow et al., 2020).

Les séances peuvent se baser sur le fait de construire des environnements dans lesquels les militaires se sentent à l'aise. Cela peut passer par une modification de l'environnement physique, en aménageant la salle d'ergothérapie de manière à ce qu'elle ne soit plus tant considérée comme une salle de soin, mais plutôt comme une salle accueillant des militaires. Cette modification de l'environnement vise à tenter de maintenir le rôle social de militaire, renforcer leur confiance en eux, ainsi qu'encourager leur retour au travail (Edgelow et al., 2020).

Par ailleurs, le maintien du rôle social du militaire peut passer par l'organisation de la prise en soin sous forme de routines très cadrées, qui rappelleront ainsi les routines mises en place à l'armée (Edgelow et al., 2020).

Des séances en groupe peuvent également être envisagées pour permettre aux individus de développer leurs capacités relationnelles, améliorer leur gestion du stress, leurs capacités d'adaptations, leurs stratégies de résolution de problèmes, ou encore pour des séances de relaxation (Edgelow et al., 2020 ; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009).

## Problématisation

La question de départ était la suivante :

En quoi l'ergothérapeute peut-il accompagner un militaire présentant un état de stress post-traumatique dans le réinvestissement de ses activités de vie quotidienne ?

Le cadre conceptuel a montré que l'état de stress post-traumatique est une pathologie touchant un grand nombre de militaires. La prévalence de l'ESPT dans l'armée est plus importante que celle de la population générale. Ces chiffres sont néanmoins probablement sous-estimés par le tabou lié à la santé psychique dans l'armée française, qui pousse les militaires à ne pas consulter malgré les symptômes, et ainsi à retarder la prise en soin (Rousseau & Nicolas, 2018 ; Rouillère Le Lidec et al., 2016).

L'occupation représente en ergothérapie toutes les activités que l'individu réalise au cours de sa journée. Trois types d'occupations peuvent être définis : les activités de vie quotidienne, les activités de loisirs et les activités de productivité.

Le modèle de l'occupation humaine est un modèle conceptuel spécifique à l'ergothérapie. Il vise à permettre l'engagement et la participation de l'individu dans ses activités et est composé de quatre éléments : l'être occupationnel, l'agir occupationnel, l'environnement, et le devenir occupationnel. La participation s'inscrit dans l'agir occupationnel, et est défini comme « le fait de s'engager dans une occupation » (Marcoux, 2019). Cette notion concerne tous les domaines de l'occupation.

Si une des composantes du MOH est modifiée, l'ensemble du modèle en est impacté, amenant ainsi un changement global du fonctionnement de l'individu.

Les symptômes de l'ESPT, tels que les reviviscences, les comportements d'évitement, ainsi que les modifications des cognitions et des humeurs, peuvent être à l'origine de conséquences occupationnelles importantes. La participation du militaire dans ses activités de vie quotidienne, activités de loisirs et activités de productivité peut donc en être impactée. Ces difficultés sont à l'origine d'un désinvestissement occupationnel, notamment dans les activités de vie quotidienne et activités instrumentales de vie quotidienne.

L'ergothérapeute est un professionnel paramédical dont le métier vise à « maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace » (ANFE, 2019). Il évalue ainsi les capacités et incapacités de l'individu, mais également ses difficultés occupationnelles, pour lui proposer ensuite des séances de rééducation et de réadaptation en s'appuyant sur les activités qui lui sont signifiantes. Si les composantes du MOH de l'individu

sont modifiées par ces incapacités, les séances proposées par l'ergothérapeute permettront à terme de favoriser un équilibre occupationnel, et ainsi de proposer une nouvelle dynamique convenant à l'individu.

Cette recherche portera donc sur la problématique suivante :

Au regard du modèle de l'occupation humaine, comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation occupationnelle d'un militaire présentant un état de stress post-traumatique dans ses activités de vie quotidienne ?

## **Formulation des hypothèses de recherche**

Ainsi, au regard de la problématique, nous avons pu élaborer deux hypothèses de recherche :

- Le militaire présentant un état de stress post-traumatique a besoin d'améliorer sa participation occupationnelle pour réinvestir ses activités de vie quotidienne ayant été impactées par l'ESPT
- La prise en soin ergothérapique via l'utilisation d'activités significantes favorise la participation occupationnelle du militaire dans ses activités de vie quotidienne ayant été impactées par l'ESPT

Le fait que la participation occupationnelle soit favorisée ou non par la prise en soin ergothérapique via l'utilisation d'activités significantes ne sera pas évalué de manière quantitative, mais de manière qualitative, selon le discours des interrogés. Cette hypothèse pourra ainsi être validée ou réfutée en fonction des observations des enquêtés, des évaluations qu'ils auront pu utiliser pour évaluer la participation occupationnelle ainsi que de son évolution au cours de la prise en soin.

# Dispositif méthodologique

## IV- Méthodologie

Dans la suite de ce développement, le « je » sera utilisé pour justifier les choix méthodologiques. L'utilisation du « je » en remplacement du pronom « nous » traditionnellement utilisé se justifie notamment dans les travaux de Jean Pierre Olivier de Sardan. En effet, l'emploi du « je » dans cette recherche « renvoie à la question de la validité des connaissances produites par l'enquête [...] où l'on sait que la personnalité du chercheur, la nature de ses relations avec les enquêtés, son mode d'implication dans la réalité locale jouent un grand rôle » (Olivier de Sardan, 2000). Ainsi, l'utilisation de ce « je méthodologique » permettrait de mettre en exergue la subjectivité du chercheur dans son enquête (Olivier de Sardan, 2000).

### 1) Choix de la méthode d'enquête

Dans le cadre de cette recherche, le choix de la méthode d'enquête s'est porté sur une méthode qualitative (qui s'oppose ainsi à la méthode quantitative). La méthode qualitative permet de « faire apparaître des dimensions qui ne sont pas directement visibles par le biais des approches quantitatives, comme la diversité des pratiques sociales » (Alami et al., 2013).

La méthode qualitative permet d'analyser le vécu, les motivations, le sens des actions, les expériences des personnes interrogées. Elle permet d'explorer la définition qu'ont les professionnels de la réalité ainsi que leur propre réalité de terrain.

Cette méthode d'enquête est donc particulièrement adaptée à cette recherche, qui vise à analyser la pratique professionnelle des ergothérapeutes dans la prise en soin des militaires présentant un état de stress post-traumatique.

Par ailleurs, les concepts développés dans les deux hypothèses sont des données ne pouvant être quantifiées, donc non évaluables via la méthode quantitative. La méthode qualitative permet donc de questionner le point de vue de l'ergothérapeute sur la prise en soin, qui est spécifique à chaque professionnel.

### 2) Choix de l'approche de recherche

L'approche choisie pour ce mémoire d'initiation à la recherche est une approche hypothético-déductive, qui s'oppose à l'approche inductive.

L'approche hypothético-déductive est ainsi définie par quatre étapes :

- 1) La construction d'un cadre conceptuel, à partir de nombreuses lectures. Ce dernier va mener à la mise en tensions de plusieurs concepts entre eux. Le tout mènera ainsi à la formulation d'une problématique, puis d'une ou plusieurs hypothèses de recherche visant à y répondre.
- 2) La création d'un outil de recueil de données, adapté à la technique de recueil de données choisie. Trois méthodes de recueils de données sont envisageables dans une approche hypothético-déductive : l'entretien, le questionnaire et l'observation (à savoir qu'une recherche peut mêler plusieurs techniques de recueil de données), auxquels sont reliés des outils de recueils de données : le guide d'entretien, la trame de questionnaire, et la grille d'observation.
- 3) La réalisation de la recherche sur un échantillonnage selon la technique de recherche choisie
- 4) L'analyse des résultats de la recherche, qui mènera par la suite à la validation ou la réfutation des hypothèses de recherche (Claude, 2020).

J'ai ainsi choisi d'utiliser l'approche hypothético-déductive dans cette recherche, car un grand nombre de données utilisées dans le cadre conceptuel proviennent de l'étranger (principalement USA et Angleterre). Peu de recherches sont en effet réalisées sur l'état de stress post-traumatique dans la population militaire en France, et notamment sur la prise en soin en ergothérapie de l'ESPT chez les militaires. L'approche hypothético-déductive permet ainsi d'utiliser les données déjà existantes à l'étranger pour formuler des hypothèses sur les pratiques professionnelles des ergothérapeutes en France. Les populations militaires, l'état de stress post-traumatique et la prise en soin en ergothérapie n'ayant pas la même représentativité en France que dans les sociétés nord-américaines et anglosaxonnes, l'utilisation de la méthode hypothético-déductive dans le cadre de cette recherche permettra ainsi d'apporter de nouvelles connaissances sur le sujet et sur la population étudiée.

### **3) L'éthique et l'objectivité dans la recherche**

Le sujet de recherche choisi peut être source de nombreux préjugés concernant les militaires et l'armée. En effet, ces thèmes peuvent susciter de nombreuses réactions de la part de personnes se définissant contre l'armée : les militaires obéissent bêtement aux ordres sans chercher à comprendre pourquoi, il ne devrait pas y avoir d'armée en France, l'armée ne sert à rien, l'armée est violente et la violence n'est pas une solution dans les conflits, voire l'idée que les militaires

sont des criminels, car ils sont volontaires pour tuer (communications personnelles, 2020 ; Carhon, 2020).

En tant qu'individu, le chercheur a des préjugés et des prénotions liés à son vécu, qui peuvent être source de subjectivité dans la recherche. Il est donc important de déconstruire ces prénotions existantes sur l'armée et d'adopter une distanciation par rapport à ces dernières, afin de permettre un maximum d'objectivité.

Pour ma part, au début de ma recherche, je considérais les militaires comme des individus qui exerçaient un travail, au même titre que n'importe quelle autre personne. Je n'avais pas réellement connaissance des missions sur lesquelles ils pouvaient être envoyés et des traumatismes auxquels ils pouvaient être confrontés. Il m'a donc été nécessaire de me détacher de ces prénotions pour rester objective dans ma recherche.

Il convient également, au cours d'une recherche, de respecter les principes d'éthique (Imbert, 2010). L'éthique peut ainsi être définie comme un ensemble de principes moraux à la base des principes de quelqu'un. Ce concept se base ainsi sur trois axes : la bienfaisance, le respect des droits et l'équité (OMS, 2003). Il est donc important dans cette recherche de respecter ces trois principes envers les personnes interrogées.

## **4) La population étudiée**

### **4.1) L'échantillonnage**

La population d'une étude peut se définir comme un ensemble d'éléments commun à un groupe de personnes (Angers, 1997). Ces facteurs peuvent être très divers : de sexe, de tranche d'âge, ou encore de catégories socioprofessionnelles, de manière non exhaustive.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons établi un certain nombre de critères d'inclusion et d'exclusion pour définir la population étudiée. Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Être ergothérapeute diplômé d'état
- Travailler ou avoir travaillé auprès d'une population militaire
- Travailler ou avoir travaillé dans un service de psychiatrie d'un hôpital d'instruction des armées
- Travailler ou avoir travaillé auprès de militaires présentant un état de stress post-traumatique

Des critères d'exclusion ont également été rédigés pour cette étude :

- Ne pas être ergothérapeute diplômé d'état
- Ne pas travailler ou ne pas avoir travaillé auprès d'une population militaire



- Ne pas travailler ou ne pas avoir travaillé dans un service de psychiatrie d'un hôpital d'instruction des armées
- Ne jamais avoir côtoyé de militaires présentant un état de stress post-traumatique

Comme il est impossible d'étudier toute la population, cette recherche portera sur un échantillonnage de cette population. L'échantillonnage peut être défini comme « une petite quantité d'un produit destinée à en faire connaître les qualités ou à les apprécier ou encore une portion représentative d'un ensemble, un spécimen » (Aktouf, 1987).

Ainsi, l'échantillonnage représentera un certain nombre de personnes (inférieur à la population) qui répondra aux critères d'inclusion et d'exclusion définis. La recherche portera sur ces individus. Les résultats obtenus seront ensuite considérés comme pouvant être généralisés à la population définie par les critères d'inclusion et d'exclusion.

#### **4.2) La prise de contact**

Les ergothérapeutes ciblés par les critères d'inclusion sont des ergothérapeutes travaillant dans les services psychiatriques des HIA. Les HIA sont seulement au nombre de huit en France (voir annexe VI). Par ailleurs, tous n'ont pas forcément d'ergothérapeute dans leur service de psychiatrie.

Afin d'obtenir un grand nombre de réponses, une demande d'entretien a été postée sur trois groupes regroupant des ergothérapeutes sur les réseaux sociaux. Nous nous sommes également mis en relation avec des ergothérapeutes connus pour répondre aux critères d'inclusion par les réseaux sociaux ou par emails. Enfin, le secrétariat de chacun des huit hôpitaux militaires a été joint par email, afin de demander les contacts des ergothérapeutes travaillant dans le service de psychiatrie de cet hôpital.

Les HIA sont situés dans toute la France et les déplacements sont actuellement difficiles en raison de la crise sanitaire. Par ailleurs, les réglementations des HIA peuvent parfois rendre l'entrée de public difficile, avec une nécessité de réaliser en amont une demande d'autorisation d'entrée. Pour toutes ces raisons, les entretiens se sont déroulés par téléphone. Le fait de communiquer par téléphone n'a donc pas permis d'analyser le langage corporel des enquêtés au cours de l'entretien.

Il aurait pu être intéressant d'interroger des militaires. Cependant, afin de respecter la loi Jardé, il n'était pas autorisé d'interroger des militaires actuellement pris en soin afin de ne pas interférer avec leurs soins. Par ailleurs, il est très difficile de prendre contact avec des militaires présentant un ESPT en raison de leur statut de militaire. Pour toutes ces raisons, cette recherche a été consacrée uniquement à une analyse des pratiques professionnelles des ergothérapeutes.

### 4.3) Les enquêtés

Les professionnels interrogés sont donc au nombre de quatre.

Numéro d'anonymat	Caractéristiques
E1	Ergothérapeute diplômé en 1996 Travaille depuis 25 ans en hôpital psychiatrique militaire Pas de formation complémentaire Travaille en intra-hospitalier (environ 40% de son activité) et en hôpital de jour (environ 60% de son activité) Environ 60% des patients rencontrés présentent un stress post-traumatique
E2	Ergothérapeute diplômée en 2012 A travaillé 5 ans en hôpital psychiatrique militaire A travaillé ensuite 6 mois en SSR gériatrique (non militaire), travaille désormais en SSR adulte (non militaire) Pas de formation complémentaire Travaillait en intra-hospitalier Environ 50% des patients rencontrés présentent un stress post-traumatique
E3	Ergothérapeute diplômée en 1989 Travaille depuis 32 ans en hôpital psychiatrique militaire Formation en 2010 d'art thérapie Travaille en intra-hospitalier et en hôpital de jour Environ 80-90% des patients rencontrés présentent un état de stress post-traumatique
E4	Ergothérapeute diplômée en 2014 A travaillé 2 ans en psychiatrie adulte en intra-hospitalier Travaille depuis 5 ans en hôpital psychiatrique militaire en intra-hospitalier et en hôpital de jour A suivi une formation sur les outils de réhabilitation psychosociale Environ 50% des patients rencontrés présentent un état de stress post-traumatique

Figure IV : tableau présentant les différentes caractéristiques des ergothérapeutes interrogés

## **5) Le recueil de données**

### **5.1) La technique de recueil de données**

Il existe différentes techniques de recueil de données : l'entretien, le questionnaire ou l'observation. Dans le cadre d'une enquête, le chercheur peut ainsi choisir de n'utiliser qu'une seule technique de recueil de données ou d'en cumuler plusieurs.

La technique de recueil de données choisie dans le cadre de cette recherche est une technique par entretien. L'entretien peut être défini comme une méthode qui « permet un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions, à ses représentations et permet l'exploration de la réalité vécue par la personne » (Tétreault et Guillez, 2014, cité par Bertrand et al., 2018). L'entretien n'est pas un interrogatoire, mais plutôt « une conversation ou un dialogue [...]. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur » (Imbert, 2010).

L'entretien est ainsi particulièrement adapté à une analyse de pratiques professionnelles, car elle permet au professionnel de s'exprimer sur le sujet de manière libre, contrairement au questionnaire, qui limite et oriente les réponses. Par ailleurs, dans cette situation, l'observation n'était pas possible en raison de la distance géographique nous séparant des HIA, et des contraintes internes liées au fonctionnement de ces hôpitaux.

Il existe trois types d'entretien de recherche : l'entretien libre, l'entretien semi-directif et l'entretien directif.

Dans cette recherche, nous avons choisi d'utiliser un entretien semi-directif individuel. Ce dernier est défini comme une méthode dans laquelle le chercheur « choisit et annonce au préalable le thème ou les thèmes » (Combessie, 2007). Cette méthode permet ainsi au chercheur d'avoir un grand nombre d'informations sur les sujets qu'il souhaite, et ce dans un laps de temps court, sans influencer pour autant de manière importante les réponses du professionnel (De Ketele et Roegiers, 1996, cité par Imbert, 2010).

La technique de recueil de données passe ainsi par l'utilisation d'un outil de recueil de données.

### **5.2) L'outil de recueil de données**

Lorsque le choix de la technique de recueil de données se porte sur des entretiens, l'outil correspondant est le guide d'entretien. Dans le cadre d'entretiens semi-directifs, le guide d'entretien est organisé par thèmes et permet d'orienter la conversation vers les sujets que le chercheur souhaite aborder (Combessie, 2007). Il doit ainsi « permettre à l'enquêteur de

structurer son entretien tout en restant peu directif et non linéaire dans les questions » (Bertrand et al., 2018).

Pour la construction de l'outil, j'ai commencé par rédiger un grand nombre de questions. Ces dernières s'appuyaient sur les données issues du cadre conceptuel et visaient à explorer la réalité du terrain. Certaines ont ainsi par la suite été rassemblées pour obtenir des questions ouvertes, afin de laisser une grande liberté de parole à l'enquêté.

Ce guide d'entretien s'organise donc en douze questions ouvertes réparties en cinq thèmes : l'enquêté, la prise en soin en ergothérapie, les activités signifiantes, la participation occupationnelle, et enfin le réinvestissement des activités de vie quotidienne (voir annexe VII). Les différents thèmes de l'entretien ont été classés du plus large au plus précis, mais n'ont pas forcément vocation à être abordés dans cet ordre. Cela dépend en effet de la manière dont l'entretien se déroule ; le guide d'entretien n'a en effet « pas pour objectif de déterminer ces enchaînements [...] : l'entretien doit suivre sa dynamique propre » (Combessie, 2007).

Le premier thème (l'enquêté) aborde ainsi le parcours professionnel de l'ergothérapeute, de son diplôme à son poste actuel. Cette partie permet d'ouvrir le dialogue avec l'enquêté, d'apprendre à le connaître et de comprendre son parcours professionnel. Cela permet également de vérifier que l'individu correspond bien aux critères d'inclusion de la recherche.

Le deuxième thème, la prise en soin en ergothérapie, explore le contexte de rencontre du professionnel avec la population militaire, ainsi que la prise en soin proposée par l'ergothérapeute.

Le troisième thème, les activités signifiantes, permet de comprendre l'intérêt que porte l'ergothérapeute aux activités signifiantes dans sa prise en soin.

Le quatrième thème, la participation occupationnelle, interroge les conséquences de l'ESPT sur la participation occupationnelle, ainsi que la prise en compte de la participation occupationnelle par les ergothérapeutes dans leur prise en soin.

Enfin, le cinquième thème, le réinvestissement des activités de vie quotidienne, permet de mettre en exergue les différents axes selon l'enquêté (parfois extérieur à la prise en soin en ergothérapie) permettant au militaire de réinvestir ses activités de vie quotidienne.

### **5.3) Le déroulé de l'entretien**

Afin de permettre une grande attention du chercheur durant l'entretien et de faciliter leur retranscription, les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des professionnels interrogés. Ces enregistrements ont été supprimés à la suite de leur retranscription.

La méthode utilisée pour la retranscription de ces entretiens a été la technique de « la distance moyenne ». Cette technique consiste à « employer l'orthographe et la ponctuation standard [...]. On tend à éliminer les hésitations, les reprises » (Lejeune, 1980, cité par Vuilleminot, 1985).

Lors des premières minutes de l'entretien, le sujet de mon mémoire a été présenté aux enquêtés comme suivant :

« Je m'intéresse à la prise en soin en psychiatrie en ergothérapie du militaire présentant un état de stress post-traumatique. À l'issue de mon cadre conceptuel, la problématique que j'ai construite est la suivante : au regard du modèle de l'occupation humaine, comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation occupationnelle d'un militaire présentant un état de stress post-traumatique dans ses activités de vie quotidienne ? Rassurez-vous, il n'est pas nécessaire que vous utilisiez le modèle de l'occupation humaine dans vos prises en soin ».

Afin de mettre à l'aise l'ergothérapeute interrogé, le premier thème abordé a été « l'enquêté », puis « la prise en soin en ergothérapie ». Les autres sujets se sont ensuite enchaînés en fonction du déroulement de l'entretien.

## **6) La technique d'analyse des données**

Chacune des questions du guide d'entretien vise à donner des pistes de réponses à une des deux hypothèses de recherche, voire aux deux. Certaines questions n'ont cependant pas forcément pour but direct de répondre aux hypothèses ; elles visent plutôt à mettre l'enquêté à l'aise dans l'entretien, et à comprendre sa démarche de prise en soin pour ensuite mieux analyser ses réponses.

Pour rappel, les deux hypothèses sont les suivantes :

- 1) Le militaire présentant un état de stress post-traumatique a besoin d'améliorer sa participation occupationnelle pour réinvestir ses activités de vie quotidienne ayant été impactées par l'ESPT.
- 2) La prise en soin ergothérapique via l'utilisation d'activités signifiantes favorise la participation occupationnelle du militaire dans ses activités de vie quotidienne ayant été impactées par l'ESPT.

But de la question	Numéros des questions
Questions permettant de mettre à l'aise l'enquêté dans l'entretien, et à comprendre sa démarche de prise en soin	Q1, Q2, Q3, Q4, Q6
Questions visant à obtenir des éléments de réponses pour l'hypothèse 1	Q9
Questions visant à obtenir des éléments de réponses pour l'hypothèse 2	Q7, Q8, Q11
Questions visant à obtenir des éléments de réponses pour les deux hypothèses	Q5, Q10, Q12

Figure V : tableau récapitulant les différentes questions de l'entretien et les hypothèses qu'elles permettent de valider

Pour faciliter l'analyse, des indicateurs ont été définis pour chacune des questions du guide d'entretien. Les indicateurs sont des mots-clés issus du cadre conceptuel permettant l'analyse des questions. Ils vont ainsi permettre d'obtenir des résultats mesurables et concrets dans une recherche qualitative (OMS, 2003). Ils simplifient l'analyse des réponses et la validation ou réfutation des hypothèses de recherche.

La technique choisie pour l'analyse de ces entretiens est une technique d'analyse de contenu (qui s'oppose à l'analyse de discours). L'analyse de contenu peut être définie comme « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication » (Berelson, 1978, cité par Raymond, 1968). Ainsi, cette forme d'analyse s'intéresse à « aller au-delà du récit qui nous est raconté, pour comprendre sa signification » (Jones and al., 2000).

L'analyse des entretiens s'est d'abord faite via une analyse verticale. Cette méthode consiste à étudier chaque entretien individuellement, indépendamment des autres entretiens réalisés. L'analyse verticale permet de comprendre le point de vue d'un enquêté en particulier sur l'ensemble des thèmes abordés durant l'entretien, ainsi que les spécificités de discours de chaque personne interrogée (Roche, 2009). Cette analyse est disponible pour chacun des entretiens en annexe VIII.

Par la suite, les différents entretiens ont également été analysés via une analyse thématique. Cette approche consiste à « procéder systématiquement au repérage, au regroupement, et

subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (Paillé & Muchchielli, 2012). L'analyse thématique permet de comprendre le point de vue de l'ensemble des individus sur un sujet donné de l'entretien, et ainsi de valider ou de réfuter les hypothèses de recherche.

Ainsi, les thèmes définis pour l'analyse sont ceux ayant été définis au préalable dans le guide d'entretien : l'enquêté, la prise en soin en ergothérapie, les activités signifiantes, la participation occupationnelle, et le réinvestissement des activités de vie quotidienne. L'analyse des thèmes est donc appelée codage fermé : « la grille est là pour valider les hypothèses et les théories auxquelles l'enquête se réfère » (Andreani & Conchon, 2015).

Afin de réaliser le codage des données, le discours de chacun des enquêtés est découpé en petites parties, appelées unités d'analyse. Il existe plusieurs manières de définir les unités d'analyse. Dans le cadre de cette recherche, j'ai fait le choix de découper en unités sémantiques, qui permettent ainsi d'explorer les idées clés ressortant du discours de l'enquêté (Andreani & Conchon, 2015).

## **V- Présentation et analyse des résultats**

Cette partie sera consacrée à la présentation des résultats des différents entretiens réalisés ainsi qu'à leur analyse.

### **1) La prise en soin en ergothérapie**

#### **1.1) Le profil des patients rencontrés**

Les militaires présentant un état de stress post traumatique sont décrits comme prostrés, isolés socialement. E2 et E3 évoquent également une hypervigilance, des reviviscences de jour ou de nuit, des troubles du sommeil (que ce soit des cauchemars ou des insomnies). Ces symptômes sont similaires à ceux décrits par le DSM V. E3 aborde par ailleurs les sentiments ressentis par les militaires « beaucoup de colère, un gros sentiment d'injustice, la culpabilité d'être survivant qui est très présente », ainsi que le développement de certains mécanismes de défense. E2 et E4 décrivent aussi dans certains cas des troubles cognitifs tels que des troubles de l'attention ou de la concentration.

Au niveau occupationnel, l'ensemble des enquêtés mentionnent un déséquilibre occupationnel dans toutes les activités sociales, et selon l'importance de l'ESPT, un déséquilibre occupationnel dans les activités de vie quotidienne chez certains patients. Les troubles de l'attention ou de la concentration que décrivent E2 et E4 peuvent selon E2 « entraver le quotidien du militaire », et donc avoir des conséquences sur son équilibre occupationnel. Ainsi, selon le MOH, la présence de symptômes modifie toute l'organisation de l'individu.

Au sujet des comorbidités, les professionnels interrogés relatent des comorbidités physiques et psychiques présentes chez un très grand nombre de ces patients. E2 et E4 décrivent spécifiquement des comorbidités addictives. E3, quant à elle, évoque en outre des syndromes dépressifs associés, des troubles anxieux ainsi que des troubles somatoformes conversifs. Ces comorbidités sont similaires à celles décrites dans la littérature. Elles doivent être connues et prises en compte par l'ergothérapeute car elles peuvent influencer la prise en soin proposée.

#### **1.2) L'orientation vers l'ergothérapeute**

Que ce soit en intra-hospitalier ou en hôpital de jour (HDJ), les militaires sont orientés vers l'ergothérapeute à l'issue d'une consultation auprès du psychiatre chez tous les enquêtés. Un travail en équipe pluridisciplinaire est donc réalisé dans les services : les militaires sont donc pris en soin de manière holistique.



### **1.3) Les modèles conceptuels**

E1 et E3 n'utilisent pas de modèle conceptuel. E2 utilise le modèle conceptuel du PPH (processus de production du handicap) « parce que c'est celui avec lequel j'étais le plus à l'aise ». E4, quant à elle, s'est inspirée de plusieurs modèles conceptuels « pour me trouver une prise en soin qui me correspond et qui correspond aux patients que j'accompagne ». Ainsi, dans cet échantillon, les ergothérapeutes diplômés avant la réforme des études en ergothérapie n'utilisent pas de modèle conceptuel, alors que ceux diplômés après la réforme de 2010 en utilise un ou partiellement. La prise en soin via un modèle conceptuel en ergothérapie n'est donc pas systématique.

### **1.4) Les évaluations**

Les quatre professionnels réalisent des entretiens individuels en premier lieu. Cette évaluation permet au militaire d'exprimer les difficultés qu'il ressent et d'évaluer ses capacités de rendement subjectives et son ressenti militaire. E4 ajoute à cela une ELADEB (échelle lausannoise d'auto évaluation des difficultés et des besoins), « car c'est vraiment en fonction des résultats de l'ELADEB que je vais orienter ma prise en soin, mes objectifs, et aussi mes autres évaluations ». E2 et E4 font également passer des bilans cognitifs (notamment le MOCA, Montreal Cognitive Assessment pour E4) lorsqu'il y a des suspicions de troubles de l'attention / concentration.

Une évaluation non normée est donc utilisée pour évaluer les capacités de rendement subjectives de l'individu et un bilan normé pour l'évaluation des capacités de rendement objectives. Cependant, tous les ergothérapeutes n'utilisent pas de bilan normé, et n'évaluent donc pas forcément les capacités de rendement objectives du militaire.

### **1.5) Les objectifs de prises en soin**

Les objectifs de prises en soin sont spécifiques à chaque patient. Ils dépendent selon l'ensemble des professionnels interrogés des entretiens réalisés en début de prise en soin. En effet, comme le dit E2 « notre entretien permet de mettre en avant les difficultés ressenties et de là peut en découler un objectif ». E3 cite notamment comme objectifs possibles « réanimer la pulsion de vie, exprimer l'horreur s'ils le souhaitent, retrouver un sentiment de valeur personnel, retrouver de l'estime de soi, apaiser l'anxiété, restaurer un ancrage identitaire et de sécurité pour apaiser le sentiment d'hypervigilance ».

## 1.6) Les moyens de prises en soin

L'activité signifiante fait partie de la prise en soin de chacun des ergothérapeutes interrogés. Néanmoins, comme le précisent E1 et E4, cela peut varier selon le militaire. Selon E1, « au départ, on ne fait pas forcément des activités signifiantes, on fait souvent des activités pour leur permettre de s'exprimer, d'adhérer à l'ergothérapie ». E1, E3 et E4 proposent donc pour débiter la prise en soin une activité non signifiante, car selon E3 « les médiations artistiques ou artisanales permettent de tisser le lien. Ces médiations permettent aussi de mobiliser la concentration et l'attention ». E1 le souligne également dans son entretien « ça ne demande pas non plus une technicité hors du commun, et ça les oblige à une concentration qui permet de sortir un peu des ruminations qu'ils peuvent avoir ». Les médiations proposées peuvent être diverses : pyrogravure pour E1, bracelets brésiliens, poterie, coloriage, arts plastiques pour E3, ou encore peinture ou collage d'images pour E4. L'utilisation d'activités non signifiantes a donc un but de création d'une alliance thérapeutique dans la prise en soin.

Selon E3, au début de la prise en soin, le fait d'accepter de travailler avec l'ergothérapeute pour le militaire présentant un ESPT est déjà une reprise d'un lien social.

Une fois la relation créée, les activités peuvent s'orienter vers l'autonomie et le réinvestissement des activités signifiantes chez l'ensemble des ergothérapeutes interrogés, comme des ateliers cuisines, aller faire les courses, ou prendre les transports en commun. Dans le cas de E3, ces médiations s'effectuent en collaboration avec les infirmiers et les aides-soignants. Il y a donc l'intervention de plusieurs professionnels dans le réinvestissement des activités signifiantes. Dans le cadre des prises en soin en HDJ (qui sont réalisées par E1, E3 et E4), elles ont lieu majoritairement en groupe. Ces activités visent notamment à permettre aux militaires de retrouver un lien social, et ainsi à réinvestir des activités sociales. D'autres activités dirigées vers l'autonomie peuvent notamment être réalisées en HDJ, notamment par E1 « comme les gens sont à l'extérieur, ils peuvent nous dire : là ça me pose problème pour sortir faire les courses, ou aller chercher les enfants à l'école ... Et nous ensuite on peut travailler là-dessus ». L'HDJ permet ainsi selon E1 de cibler de manière plus spécifique les difficultés que rencontre le militaire dans son quotidien et d'avoir des objectifs de prise en soin dirigés sur ces dernières. E1, E2 et E3 soulignent néanmoins le fait que les militaires ont souvent peu d'activités signifiantes en dehors de leur métier de militaire, comme le précise E2 « les patients militaires, ce sont des patients qui ont peu de passions, peu de loisirs, et on a limite l'impression qu'ils sont nés pour faire ce métier-là et qu'il n'y a que ça dans leur vie ». Même les AVQ sont moindres, car comme le souligne E2 « quand on leur proposait de faire de la cuisine

thérapeutique [...] ils ouvraient grand les yeux : cuisiner ? Ah oui non mais en fait au régiment on cuisine pour moi donc je ne sais pas cuisiner ».

### **1.6.1) L'environnement**

E2 souligne notamment pour les patients présentant un état de stress post-traumatique le fait d'être attentif à l'environnement de la séance d'ergothérapie « on va être vigilant à ne pas le mettre dans une pièce où il ne va pas se sentir confortable, avec beaucoup de monde dedans, parce que chaque bruit peut entraîner des sursauts ». L'environnement immédiat peut donc être un obstacle à la prise en soin. Il peut donc être aménagé pour faciliter la participation dans l'activité, comme l'explique E2 « on va essayer de favoriser un endroit de travail plus propice à ce qu'il puisse se concentrer, où il va y avoir le moins de bruit possible ».

## **2) La participation occupationnelle**

### **3.1) L'impact sur la participation occupationnelle**

L'ensemble des professionnels interrogés soulignent le fait que la participation occupationnelle du militaire présentant un ESPT est impactée dans les activités de vie sociale.

Ils expliquent par ailleurs que selon l'intensité de l'ESPT, l'ensemble des activités peut être touchée, comme l'expose E3 « ils peuvent être tellement prostrés qu'ils ne font plus rien, donc là oui, la participation est massivement impactée ». Dans ce cas, les symptômes affectent l'ensemble de l'organisation de la personne, et notamment sa participation. Par ailleurs, selon E4, les traitements médicamenteux peuvent également jouer un rôle sur la participation occupationnelle, car ils peuvent rendre les patients très apathiques.

E2 et E4 évoquent en outre le fait que les militaires présentant des troubles cognitifs liés à l'ESPT sont en difficultés dans un plus grand nombre d'activités.

### **3.2) L'évaluation de la participation occupationnelle et de son évolution au cours de la prise en soin**

Aucun des enquêtés n'évalue par un outil spécifique la participation occupationnelle. Cette évaluation passe par l'entretien. L'ensemble des ergothérapeutes de cet échantillon échangent cependant régulièrement avec les patients à ce sujet, notamment en HDJ pour E4, afin de se rendre compte des progrès ou des difficultés encore présentes. C'est le ressenti du militaire, et donc les capacités de rendement subjectives, qui sont majoritairement prises en compte. Tous les ergothérapeutes interrogés évoquent aussi les discussions au sein de l'équipe

pluridisciplinaire, car selon E1 « on n'est pas tout le temps avec eux, finalement on les voit qu'une heure ou deux par semaine [...] du coup d'échanger ça permet d'avoir une vision plus globale ». La participation occupationnelle est donc analysée de deux points de vue : le point de vue du militaire et le point de vue de l'ensemble de l'équipe soignante.

### **3.3) L'action des ergothérapeutes sur la participation occupationnelle**

Pour E1, E2 et E3, la participation occupationnelle peut faire partie d'un objectif de prise en soin, mais selon E3 « c'est plus un objectif à long terme ».

La participation occupationnelle est travaillée selon l'ensemble des professionnels interrogés via les activités signifiantes, notamment via des mises en situation mais E1 précise qu'« on le travaille un peu avec tout, parce que quand on travaille sur les activités, on travaille sur la participation ». E1 intègre parfois les proches dans cet objectif de prise en soin « quand ça a du sens, par exemple emmener les enfants à l'école, là on intègre les enfants si c'est possible et la femme ».

E3 précise néanmoins qu'elle s'occupe moins de cette partie-là de la prise en soin « c'est beaucoup les infirmiers et les aides-soignants qui s'en occupent, mais c'est à venir, parce que pour moi l'ergo a pleinement sa place là-dedans ».

### **3) Le réinvestissement des activités de vie quotidienne**

Les moyens nécessaires au réinvestissement des activités de vie quotidienne cités par les professionnels interrogés sont divers. Selon E3, cela passe d'abord par le fait de « suivre une thérapie, en ayant la possibilité d'exprimer ses sentiments comme la colère, l'injustice, etc., pour retrouver un équilibre ». Le réinvestissement des activités de vie quotidienne est donc une action qui se réalise en équipe pluridisciplinaire, et non pas seulement par l'ergothérapeute. L'ensemble des enquêtés précisent d'ailleurs que cela n'est pas abordé qu'en ergothérapie, mais par l'ensemble des professionnels qui suivent les militaires.

E1 et E2 évoquent notamment les groupes de paroles et les échanges entre les différents participants, qui permettent selon E1 de « comparer ce qu'il se passe ailleurs, de désacraliser les tâches à domicile [...], et de se rendre compte de comment on arrive à faire ».

E2 aborde également le thème des traitements médicamenteux « si les symptômes sont trop importants, pour aider à gérer sur le moment, parce que le traitement c'est souvent qu'un temps ». E1 évoque l'environnement, qui peut être plus ou moins facilitant vers ce retour aux

activités de vie quotidienne « c'est plus facile d'accompagner tes enfants à l'école si tu habites à la campagne où il y a juste une route à traverser que si tu habites en pleine ville ».

Selon E1, le réinvestissement des activités de vie quotidienne est complexe de par leur statut de militaire :

« le militaire, on lui demande d'être militaire. Les AVQ, pour lui, elles sont assez basiques, et l'armée fait en sorte qu'il soit disponible pour son rôle [...]. L'accompagnement vers les AVQ quand ils reviennent au pays, c'est même plus un accompagnement qu'un réaccompagnement ».

Le militaire a donc peu de rôles sociaux en dehors de son rôle de militaire, et ses occupations sont donc majoritairement centrées sur ses activités de productivité.

## **VI- Validation ou réfutation des hypothèses**

Pour rappel, les deux hypothèses de recherche étaient les suivantes :

- Le militaire présentant un état de stress post-traumatique a besoin d'améliorer sa participation occupationnelle pour réinvestir ses activités de vie quotidienne ayant été impactées par l'ESPT.
- La prise en soin ergothérapique via l'utilisation d'activités significatives favorise la participation occupationnelle du militaire dans ses activités de vie quotidienne ayant été impactées par l'ESPT.

### **1) Première hypothèse**

Cette recherche a permis de mettre en évidence le fait que les symptômes de l'ESPT entraînent chez les militaires un déséquilibre occupationnel. Leur participation peut ainsi être impactée dans les activités de vie quotidienne ou dans l'ensemble des activités. Néanmoins, selon une partie des ergothérapeutes interrogés, la participation occupationnelle est surtout un objectif à long terme de la prise en soin. Par ailleurs, les professionnels ne citent pas spontanément l'amélioration de la participation occupationnelle comme moyen de réinvestir les activités de vie quotidienne pour un militaire présentant un ESPT. Cette hypothèse ne peut donc pas être validée, car elle est à nuancer : l'amélioration de la participation occupationnelle peut permettre au militaire présentant un ESPT de réinvestir ses activités de vie quotidienne. Cependant, ce n'est pas le seul élément qui influence le réinvestissement des activités de vie quotidienne. Le réinvestissement des activités de vie quotidienne ayant été impactées par l'ESPT passe davantage par d'autres éléments tels que :

- L'expression des sentiments ressentis par les militaires : la colère, la culpabilité, l'injustice
- « La réanimation de la pulsion de vie » selon E3
- Le fait de retrouver « un ancrage identitaire » selon E3
- Les échanges en groupe notamment via des groupes de paroles en HDJ entre les différents militaires. Ces échanges entre pairs jouent selon certains des ergothérapeutes interrogés un rôle particulièrement important dans le réinvestissement des activités de vie quotidienne

Enfin, un des ergothérapeutes interrogés souligne le fait que les militaires n'ont pas forcément un grand nombre d'activités significatives. Les AIVQ comme la cuisine ou l'entretien du logement ne sont pas forcément réalisés par les militaires. Cet accompagnement vers la vie

autonome, notamment pour les militaires devant quitter l'armée en raison d'un ESPT, peut donc parfois consister en un investissement des activités de vie quotidienne plus qu'en un réinvestissement. En effet, ces activités peuvent ne jamais avoir été investies par l'individu en raison de son rôle social de militaire.

## **2) Deuxième hypothèse**

Les différents entretiens réalisés ont permis de montrer que l'activité signifiante est utilisée par chacun des professionnels interrogés dans la prise en soin ergothérapique. Néanmoins, ces activités signifiantes ne sont pas utilisées tout au long de l'accompagnement. Certains des professionnels de cet échantillon utilisent en effet des activités non signifiantes au début de la prise en soin pour créer l'alliance thérapeutique.

Par ailleurs, les ergothérapeutes interrogés pensent que la participation occupationnelle est travaillée en ergothérapie via les activités signifiantes. Mais certains enquêtés expriment le fait que la participation occupationnelle est impactée par toutes les activités réalisées, et non pas seulement par les activités signifiantes.

Cette hypothèse est donc invalidée, car la prise en soin en ergothérapie peut favoriser la participation occupationnelle, mais cela ne passe pas nécessairement par des activités signifiantes. En outre, les ergothérapeutes n'utilisent pas d'outil validé pour évaluer la participation occupationnelle. L'expression « amélioration de la participation occupationnelle » n'a donc pas la même signification pour tous les ergothérapeutes interrogés, ni pour les membres de leur équipes soignantes.

Selon certains des enquêtés, les militaires ont souvent peu d'activités signifiantes en dehors de leur métier de militaire. Leur principal rôle social est celui de militaire, et leurs occupations principales sont leurs activités de productivité. Il est donc difficile, notamment pour ceux hospitalisés à temps complet, de travailler en ergothérapie sur des activités qui ont du sens pour eux. Cela est facilité lorsqu'ils sont en HDJ. Ils sont en effet confrontés au quotidien à leur domicile, et peuvent faire des retours aux professionnels les suivant sur les activités qu'ils ne peuvent plus réaliser et qui sont pour autant importantes pour eux.

## VII- Discussion

### 1) Réflexions

Les réponses développées par les différents professionnels ouvrent vers d'autres perspectives de réflexion. En effet, certains des ergothérapeutes interrogés n'utilisent pas exclusivement l'activité signifiante au cours de leur prise en soin, mais emploient fréquemment des activités non signifiantes telles que des médiations artistiques ou artisanales. Ces derniers servent, selon les enquêtés, à créer une alliance thérapeutique avec le militaire, ainsi qu'à lui permettre d'adhérer à la prise en soin. Les ergothérapeutes peuvent dans la suite de la prise en soin réaliser des activités signifiantes.

Selon le troisième paradigme de l'ergothérapie, les moyens utilisés par l'ergothérapeute dans sa prise en soin sont les activités signifiantes (Meyer, 1990). L'activité signifiante permet ainsi au patient d'adhérer à sa prise en soin et de s'engager ou de se réengager dans sa participation à la société. L'utilisation de l'activité signifiante est même une des spécificités de l'ergothérapie (Meyer, 2007).

Cependant, les activités signifiantes semblent présenter des limites dans cette situation, et ne sont pas utilisables au début de la prise en soin selon les ergothérapeutes interrogés. Pouvons-nous donc considérer que ces ergothérapeutes ne réalisent pas d'acte d'ergothérapie, à partir du moment où ils n'utilisent pas d'activité non signifiante ?

Selon Meyer :

« l'occupation ne se limite pas au « faire », elle est aussi « être » et « devenir », non pas pour les autres, mais pour soi-même. Ainsi, par ses occupations, l'individu existe et se fabrique en permanence [...]. Dans cette perspective, le principal n'est pas l'action » (Wilcock, 2006, cité par Meyer, 2013).

Dans ce cadre, les activités non signifiantes permettent aux militaires de se remettre en action dans des activités, et ainsi d'exister à travers ces activités. Ces activités leur permettent de retrouver une organisation propre ayant été morcelée par l'évènement traumatisant et l'ESPT.

Dans ce cadre :

« l'ergothérapie s'attache à favoriser chez ses usagers la réalisation de diverses occupations non pas seulement pour les performances immédiates qu'elles représentent et leurs résultats, mais aussi pour tout ce qu'elles permettent : se sentir compétent, faire plaisir à soi et aux autres, se soumettre aux règles sociales, conserver des amitiés, dépenser son énergie [...], etc. » (Meyer, 2013).



Ainsi, dans le cadre de militaires ayant un déséquilibre occupationnel très important, qui sont désengagés de leurs occupations, le fait de passer par des activités non significantes leur permet de se réengager dans des activités. Les activités significantes seraient en effet parfois trop complexes à réaliser pour ces personnes en vue du grand désinvestissement occupationnel qu'il présente (E3, communication personnelle).

## **2) Critiques**

Les activités significantes sont définies comme des activités ayant du sens pour la personne. Les occupations sont catégorisées en trois groupes : les activités de vie quotidienne, les activités de loisirs et les activités de productivité. Nous avons choisi de centrer cette recherche sur les activités de vie quotidienne, car ce type d'activités paraissait fortement impacté dans les lectures qui ont permis de construire le cadre conceptuel, et s'inscrit dans la catégorie d'activités significantes.

Néanmoins, selon les ergothérapeutes interrogés dans la recherche, les activités instrumentales de vie quotidienne ne sont pas forcément des activités significantes pour les militaires. En effet, la vie en régiment, que ce soit dans les bases entre les opérations ou en Opex, est différente de la vie quotidienne d'une personne civile. A la base, les repas sont pris en collectivité en self : les militaires n'ont donc pas à préparer eux-mêmes leurs repas. En Opex, les repas sont fournis sous la forme de ration individuelle (Ministère des armées, 2020). De même, le militaire, lorsqu'il vit sur la base ou lorsqu'il est en Opex, n'a pas nécessairement besoin de faire des achats en magasin.

Ainsi, le fait de s'intéresser aux AVQ et aux AIVQ durant cette recherche a amené une divergence entre le cadre conceptuel et les résultats durant les entretiens. En effet, les AIVQ sur lesquelles nous nous sommes basés dans le cadre conceptuel sont celles pratiquées par les personnes civiles, or elles ne sont pas forcément pratiquées par les militaires.

Il aurait donc pu être intéressant de s'intéresser aux activités de productivité, qui sont pratiquées et communes pour tous les militaires, afin que la recherche permette de retrouver de manière plus précise les données du cadre conceptuel. Dans ce cas, il aurait pu être intéressant d'interroger des ergothérapeutes travaillant en CREBAT (centre de réentraînement des blessés de l'armée de terre) ou encore des professionnels travaillant en CABAT (cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre).

### 3) Biais

Cette étude comporte néanmoins certains biais, que nous allons exposer dans la suite de ce développement.

En premier lieu, un grand nombre d'articles utilisés dans le cadre conceptuel sont des articles en anglais, provenant d'Angleterre ou des Etats Unis. Différentes données diffèrent entre ces pays et la France. La prévalence de l'ESPT chez la population militaire n'est en effet pas la même en France et aux USA. Il est difficile d'obtenir des études sur la prévalence de l'ESPT dans l'armée en France, mais une étude estimait la prévalence de l'ESPT aux USA entre 14% et 19%, et estimait que cela était jusqu'à deux fois supérieur à la France (Rouillère Le Lidec et al., 2015 ; Rousseau & Nicolas, 2018). Par ailleurs, la reconnaissance de l'ergothérapie n'est pas la même en France et dans les pays anglophones (Meyer, 2007).

En outre, certains articles dataient d'il y a plusieurs années. Les pratiques ont donc pu évoluer depuis leur écriture.

Une autre des limites pouvant être relevées dans cette recherche est le manque de données de la part de l'armée française. En effet, peu d'études sont disponibles sur le sujet, que ce soit sur des chiffres ou encore sur l'ergothérapie pratiquée dans les HIA.

Dans un second temps, un des biais que nous pouvons relever de cette étude est le faible nombre de personnes interrogées. En effet, certains ergothérapeutes ayant été sollicités par emails n'ont pas répondu. Certains HIA n'avaient par ailleurs pas ou plus d'ergothérapeutes qui travaillaient dans leur service de psychiatrie. Un ergothérapeute ayant été sollicité par email n'a pas pu se libérer du temps pour réaliser un entretien en raison des contraintes temporelles liées à la crise sanitaire. Ainsi, seuls quatre ergothérapeutes ont pu être interrogés, ce qui représente un petit échantillon, difficilement généralisable à l'ensemble de la population, et ce malgré le faible nombre d'ergothérapeutes exerçant en France dans ce domaine.

En raison de la loi Jardé et des difficultés d'accéder aux militaires, il n'a pas été possible d'interroger des militaires sur leur vécu de l'ESPT et de la prise en soin en ergothérapie. Cela aurait néanmoins pu être intéressant pour acquérir davantage d'informations sur la manière dont les militaires vivent cette pathologie, et avoir leur point de vue sur les difficultés de participation occupationnelle qu'ils peuvent rencontrer dans leur quotidien. Le fait de passer par les ergothérapeutes, notamment pour interroger la participation occupationnelle, ajoute un intermédiaire, et peut donc amener une vision biaisée par rapport au ressenti des militaires.

Par ailleurs, comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, un grand nombre de militaires se font soigner dans des institutions pour civils. Nous n'avons pas de retour dans cette enquête sur la prise en soin de ces militaires, et si leurs difficultés occupationnelles diffèrent de celles des militaires soignés en HIA.

Enfin, comme cela a été évoqué plusieurs fois par les professionnels interrogés, le réinvestissement des activités de vie quotidienne et la participation occupationnelle ne concernent pas que les ergothérapeutes. Ces éléments sont aussi pris en compte par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Il aurait donc pu être intéressant d'interroger d'autres membres de l'équipe suivant les militaires. Cela aurait notamment pu être intéressant d'échanger avec des psychologues ou des psychiatres, car certains des enquêtés ont abordé le sujet de la thérapie pour permettre de surmonter le traumatisme. En outre, l'orientation vers le service d'ergothérapie est réalisée par le psychiatre : il aurait pu être intéressant d'interroger les raisons qui motivent ou non une demande de prise en soin ergothérapique.

Par ailleurs, nous aurions pu échanger avec des infirmiers ou des aides-soignants, qui, selon E3, participent également au réinvestissement des activités de vie quotidienne. Les infirmiers et les aides-soignants des HIA possèdent une formation militaire, ce qui les différencie des ergothérapeutes. Ils présentent aussi la caractéristique de passer une grande partie de leur temps avec les militaires, et ainsi de posséder de nombreuses informations par rapport aux ergothérapeutes sur la participation occupationnelle des militaires.

#### **4) Perspectives**

Cette recherche a permis de mettre en évidence différents éléments : en premier lieu, peu d'ergothérapeutes utilisent des modèles conceptuels pour structurer leurs prises en soin. Ils n'utilisent par ailleurs que peu d'outils d'évaluations normés ou standardisés, que ce soit pour le bilan initial ou pour évaluer la participation occupationnelle. Le fait d'utiliser des modèles conceptuels pourrait permettre d'avoir des outils normés associés au modèle, tels que les différentes évaluations découlant du MOH. Il pourrait être intéressant d'étudier les raisons pour lesquelles les ergothérapeutes n'utilisent pas de modèle conceptuel : cela ne convient-il pas à leurs méthodes de prises en soin ou ne sont-ils pas suffisamment formés ou informés sur ces sujets ?

Les entretiens, notamment celui de E3, ont également permis de mettre en lumière le fait que certaines activités étaient réalisées par l'équipe soignante, mais que c'était un domaine dans lequel les ergothérapeutes avaient leur place à l'avenir. Tous les ergothérapeutes interrogés sont seuls dans leur service, avec le plus souvent un service à la fois intra-hospitalier et un HDJ. La

reconnaissance de l'ergothérapie auprès de la population militaire en psychiatrie semble donc encore faible. Le développement d'un plus grand nombre d'ergothérapeutes dans ce domaine pourrait permettre une prise en soin plus approfondie des militaires. Cela pourrait également permettre un investissement plus important des ergothérapeutes de l'ensemble des activités du militaire, telles que les activités de productivité, qui ne sont actuellement pas travaillées par les ergothérapeutes interrogés.

Par ailleurs, il a pu ressortir dans les entretiens avec les enquêtés que seul E1 associait parfois les proches (notamment le ou la conjoint.e ainsi que les enfants) lors des prises en soin. Nous pourrions nous intéresser aux raisons pour lesquelles les autres ergothérapeutes n'associent pas les proches dans la prise en soin : n'est-ce pas réalisable en raison des emplois du temps des proches et de la temporalité de la prise en soin ? L'ESPT peut être difficile à vivre pour la famille du militaire également, car ils ne reconnaissent plus forcément la personne qu'ils connaissaient (Ferreri et al., 2011). La communication et les relations familiales peuvent en être profondément modifiées (Colas & Lahutte, 2009 ; Baubet et al., 2020). Il pourrait donc être envisagé dans les prises en soin d'associer les proches du militaire lorsque cela est possible.

## Conclusion

Un militaire confronté à un évènement traumatisant peut par la suite développer un état de stress post-traumatique. Cette pathologie peut ainsi amener différents symptômes et engendrer un déséquilibre occupationnel, qui peut impacter la participation de l'individu. Ce déséquilibre occupationnel et ces difficultés de participation peuvent ainsi se manifester dans les activités de vie quotidienne et les activités instrumentales de vie quotidienne.

L'ergothérapeute est un professionnel de santé paramédical qui intervient pour permettre aux personnes en situation de handicap, quelles qu'elles soient, de réaliser leurs occupations. Il peut ainsi utiliser dans sa prise en soin des modèles conceptuels comme le modèle de l'occupation humaine, qui permettent d'analyser le fonctionnement d'un individu et de comprendre l'impact des symptômes d'une pathologie sur l'ensemble de son organisation.

Ainsi, nous avons pu nous demander : au regard du modèle de l'occupation humaine, comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation occupationnelle d'un militaire présentant un état de stress post-traumatique ? De cette problématique, nous avons élaboré deux hypothèses de recherche. La première postulait sur un besoin du militaire présentant un état de stress post-traumatique à améliorer sa participation occupationnelle pour réinvestir ses activités de vie quotidienne. La seconde visait à étudier l'impact de l'utilisation d'activités significatives en ergothérapie sur la participation occupationnelle du militaire dans ses activités de vie quotidienne. À travers une étude qualitative utilisant l'approche hypothético-déductive, nous avons pu réaliser quatre entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes travaillant dans des services de psychiatrie au sein d'hôpitaux d'instruction militaire. Ces entretiens ont permis d'apporter différents éléments de réponses aux hypothèses formulées. Ainsi, la première hypothèse n'a pas pu être validée, car les professionnels interrogés n'ont pas évoqué l'amélioration de la participation occupationnelle comme principal élément permettant de réinvestir les activités de vie quotidienne. L'amélioration de la participation occupationnelle était même considérée par les enquêtés comme un objectif à plus long terme de la prise en soin. La seconde hypothèse n'a également pas pu être validée, car certains des ergothérapeutes de l'échantillon ont formulé le fait qu'ils n'utilisent pas l'activité significative en début de prise en soin. Ils utilisent davantage des activités non significatives comme des médias artistiques ou artisanaux afin de faire adhérer le militaire à la prise en soin.

Par ailleurs, les différents ergothérapeutes ont explicité le fait qu'ils travaillent en équipe pluridisciplinaire, et que la participation occupationnelle et le réinvestissement des activités de vie quotidienne sont pris en compte par tous les professionnels gravitant autour du militaire.

Cette recherche a permis de prendre conscience d'un certain nombre de difficultés que peut rencontrer le militaire présentant un ESPT, et de la nécessité d'une prise en soin en ergothérapie pour réinvestir ses activités de vie quotidienne.

Dans cette recherche, aucun des ergothérapeutes n'a évoqué la reprise du travail de militaire, les aménagements de poste, ou encore la reprise d'un travail dans un autre domaine que l'armée.

Pourtant, à en croire les études, la question des activités de productivité concerne une part non négligeable des militaires présentant un état de stress post-traumatique. Il pourrait donc être intéressant d'explorer cette part du réinvestissement des activités du militaire, dans lequel l'ergothérapeute a un grand rôle à jouer.

## Bibliographie

- Alami S., Desjeux D., Garabuau Maussaoui I. (2019). Chapitre I : l'approche qualitative. *Les méthodes qualitatives*. Presses Universitaires de France. Pages 9 à 32. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives--9782130817154-page-9.htm>
- Albernhe T., Bourgeois D., Coutanceau R. (2018). Chapitre 2. Identifier et soigner les victimes présentant des troubles de stress post-traumatique (T.S.P.T.). Dans Coutanceau R., Damiani C., *Victimologie : évaluation, traitement, résilience*. Pages 12 à 18. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/victimologie--9782100784660-page-12.htm#no2>
- Aktouf O. (1987). *Méthodologies des sciences sociales et approche qualitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique*. Les Presses de l'Université du Québec.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier-Masson.
- Andreani J.-C., Conchon F. (2015). *Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing*. Consulté à l'adresse : [https://www.researchgate.net/publication/238711815\\_METHODES\\_D'ANALYSE\\_ET\\_D'INTERPRETATION\\_DES\\_ETUDES\\_QUALITATIVES\\_ETAT\\_DE\\_L'ART\\_EN\\_MARKETING](https://www.researchgate.net/publication/238711815_METHODES_D'ANALYSE_ET_D'INTERPRETATION_DES_ETUDES_QUALITATIVES_ETAT_DE_L'ART_EN_MARKETING)
- Angers M. (1997). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. CEC.
- Annette S., David A., Marion L., Jacques A. E., Carfantan C., Colas M. D. (2019). Les évacuations médicales stratégiques pour troubles psychiques en opération : étude sur l'évolution des motifs d'hospitalisation dans le service de psychiatrie *Médecine & Armées*, volume 47 (numéro 1), page 25 à 33. Consulté à l'adresse : <https://fr.calameo.com/read/0003547850cc21fb9dce6>
- Armée de terre [Armée de terre] (2019, 27 mars). *Retour d'opération extérieure : le SAS* [Vidéo en ligne]. Visionnée à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=Jev4wwXD4Hw&t=19s>
- Article L4331-1 du code de la santé publique

- Armée de terre (2020). Les valeurs de l'armée de terre. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/web-documentaire/les-valeurs-de-l-armee-de-terre/index.html>
- Arvers P., Vallet D. (2006). Étude exploratoire sur l'état de stress post-traumatique dans 2 unités opérationnelles de l'armée de Terre. *Dimension humaine dans le cadre d'opérations militaires – stratégies des chefs militaires pour gérer le stress et le soutien psychologique*. Pages 30-1 à 30-8. Consulté à l'adresse : [file:///C:/Users/etern/Downloads/Etude\\_Exploratoire\\_sur\\_lEtat\\_de\\_Stress\\_Post-Traum.pdf](file:///C:/Users/etern/Downloads/Etude_Exploratoire_sur_lEtat_de_Stress_Post-Traum.pdf)
- Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) (non daté). *L'ergothérapie et le trouble de stress post-traumatique (TSPT)*. Consulté à l'adresse : <https://www.psychanalyse.com/pdf/L%20ERGOTHERAPIE%20ET%20LE%20TSPT%20-%20ARTICLE%20CAOT%20ACE%20CANADA%20%281%20page%20-%2020176%20ko%29.pdf>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) (2015). *Démographie et activités des ergothérapeutes au 1<sup>er</sup> janvier 2015 en France : enquête nationale ANFE-CATEL*. Consulté à l'adresse : <https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Enquete%20nationale%20ANFE-CATEL.pdf>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) (2019). *L'ergothérapie, définition*. Consulté à l'adresse : <https://www.anfe.fr/index.php/definition>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) (2020). *Tout savoir sur l'ergothérapie et les ergothérapeutes*. Consulté à l'adresse : [https://anfe.fr/qu\\_est\\_ce\\_que\\_l\\_ergotherapie/](https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/)
- Baubet T., Molenda S., Nohales L., Prieto N. (2020). *Quelles sont les conséquences psychologiques d'une exposition à un événement traumatisant comme les attentats ?* Consulté à l'adresse : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/articles/quelles-sont-les-consequences-psychologiques-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats>



- Belrose C., Duffaud A. M. Dutheil F., Trichereau J. et Trousselard M. (2019). Challenges Associated with the civilian reintegration of soldiers with chronic PTSD : a new approach integrating psychological resources and values in action reappropriation. *Frontiers in psychiatry, volume 9* (article 737), page 1 à 11. Consulté à l'adresse : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00737/full>
- Bertrand R., Kühne N., Pellerin M.-A. (2018). L'enquête narrative en recherches en sciences de l'occupation : l'art de raconter des histoires. *Revue francophone de recherche en ergothérapie, volume 4* (numéro 2), page 138 à 144. Consulté à l'adresse : <https://www.rfre.org/index.php/RFRE/article/view/117/117>
- Blake D., Weathers F., Nagy L., Kaloupek D., Klauminzer G., Charney D., Keane T. (1990). Guide national center for PTSD, *échelle de l'ESPT administrée par le clinicien (CAPS)*. Consulté à l'adresse : [https://www.istss.org/ISTSS\\_Main/media/Documents/CAPSManualFrenchVersion.pdf](https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/CAPSManualFrenchVersion.pdf)
- Blevins C. A., Weathers F. W., Davis M. T., Witte T. K. Domino J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM V : development and initial psychometric evaluation. *Journal of traumatic stress, volume 28* (numéro 6).
- Bobbera C. (2013). *Retour d'Afghanistan : un sas pour décompresser*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/actualites/articles/un-sas-pour-decompresser>
- Boisseaux H. (2010). Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique. *Médecine et armées, volume 38* (numéro 1). Page 29 à 36.
- Bonnetain F. (non daté). Chapitre 9 : échantillon et population [présentation Powerpoint]. Repéré dans l'environnement eCampus : [https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23861/mod\\_resource/content/1/co/Module\\_Statbase\\_13.html](https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23861/mod_resource/content/1/co/Module_Statbase_13.html)
- Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. (2000). Meta analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, volume 68* (numéro 5). Pages 748 à 766.
- Brimes P., Carreras D., Ducassé J.-L., Charlet J.-P., Warner B.-A., Lauque D., Schmitt L. (2001). Peritraumatic dissociation, acute stress, and early posttraumatic

stress disorder in victims of general crime. *The Canadian journal of psychiatry*, volume 46 (numéro 7).

- Bunnell B. E., Davidson T. M., Ruggiero K. J. (2018). The peritraumatic distress inventory : factor structure and predictive validity in traumatically injured patients admitted through a level I trauma center. *Journal of anxiety disorders*, volume 55. Pages 8 à 13. Consulté à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618517306278>
- Caire J. M. (2008). *Nouveau guide de pratiques en ergothérapie : entre concepts et réalités*. De Boeck Solal
- Carhon P. (2020, 3 septembre). Faire appel à l'armée comme solution à tout est soit de la démagogie soit une preuve d'ignorance. *Le salon belge*. Consulté à l'adresse : <https://www.lesalonbeige.fr/faire-appel-a-larmee-comme-solution-a-tout-est-soit-demagogique-soit-la-preuve-de-lignorance-des-responsables-politiques/>
- Claude G. (2020). Méthodes inductives et déductives : définition, méthodologie et exemples. *Scribbr*. Consulté à l'adresse : <https://www.scribbr.fr/methodologie/methodes-inductives-deductives/>
- Clervoy P., de Montleau F., Andruétan Y. Vers de nouveaux paradigmes en psychiatrie militaire ... *Perspectives psy*, volume 49 (numéro 1), page 53 à 56. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-1-page-53.htm>
- Centre de référence du modèle de l'occupation humaine (CRMOH) (non daté). *Outils d'évaluation*. Consulté à l'adresse : <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/>
- Chidiac N., Crocq L. (2010). Le psychotrauma (II) – La réaction immédiate et la période post-immédiate. *Annales médico-psychologiques*, volume 168. Page 639 à 644.
- Chidiac N., Crocq L. (2011). Le psychotrauma (III) - Névrose traumatique et état de stress post-traumatique. *Annales médico-psychologiques*, volume 169. Pages 327 à 331.
- Colas M.-D., Lahutte B. (2009). Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique. *Médecine et armées*, volume 37 (numéro 5). Pages 399 à 410.

- Combessie J. C. (2007). Chapitre 2 : l'entretien semi-directif. Dans *La méthode en sociologie*. Pages 24 à 32. La Découverte. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-page-24.htm>
- Cottraux J., De Mey Guillard C., Mollard E., Note I., Ventureyra V., Yao S.-N. (2003). Évaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS. *L'encéphale*, volume 29 (numéro 3). Pages 232 à 238.
- Daudin M., Rondier J-P. (2014). Traumatisme de guerre, conduites addictives : une illustration du concept lacanien de jouissance. *L'information psychiatrique*, volume 90 (numéro 6), pages 471 à 476. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-6-page-471.htm>
- Devillières P. (2013). *Numéro écoute défense*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/stress-post-traumatique>
- Direction des ressources humaines de l'armée de terre (DRHAT) (2017). *Le soutien psychologique dans l'armée de terre : partout, pour tous, par tous*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/fre/actualites/la-vie-du-ministere/le-soutien-psychologique-dans-l-armee-de-terre-partout-pour-tous-par-tous>
- Doucet H. (2002). L'éthique de la recherche. *Presses de l'Université de Montréal*. Consulté à l'adresse : <https://books.openedition.org/pum/13750>
- Duclos-Grisier et al. (2019, 15 janvier). *Les opérations militaires extérieures de la France (OPEX)*. Consulté à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18474-les-operations-militaires-exterieures-de-la-france-opex>
- Ducrocq F., Vaiva G. (2014). Confrontation traumatique, stress aigu et ESPT. Dans Boulenger J.-P., Lépine J.-P., *Les troubles anxieux*, page 219 à 230. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/les-troubles-anxieux--9782257204080-page-219.htm>
- Edgelow M. M., Mac Pherson M. M., Arnaly F. Tam Seto L., Cramm H. A. (2020). *Occupational therapy for military personnel and military veterans experiencing post-traumatic stress disorder : a scoping review*. Consulté à l'adresse : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1440-1630.12684>
- État-major des armées (2020). *Déploiements opérationnels des formes armées françaises*. Consulté à l'adresse : [https://www.defense.gouv.fr/operations/rubriques\\_complementaires/carte-des-operations-et-missions-militaires](https://www.defense.gouv.fr/operations/rubriques_complementaires/carte-des-operations-et-missions-militaires)

- Ferreri F., Agbokou C., Peretti C. S., Ferreri M. (2011). Psychotraumatismes majeurs : état de stress aigu et états de stress post-traumatique. *Psychiatrie, volume 1* (numéro 16). Consulté à l'adresse : <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/264658/resultatrecherche/1>
- Gagné L. (2014). Détresse des militaires. *Perspective infirmière, volume 11* (numéro 5). Pages 32 à 34. Consulté à l'adresse : <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol11no5/11-sante-mentale.pdf>
- Gindi S., Galili G., Volovic-Shusan S. et Adir-Pavis S. (2016). Integrating occupational therapy in treating combat stress reaction within a military unit : an intervention model. *Work – a journal of prevention, assessment and rehabilitation, volume 55* (numéro 4). Page 737 à 745.
- Globalfirepower (2020). *2020 Military Strength Ranking*. Consulté à l'adresse : <https://www.globalfirepower.com/countries-listing.asp>
- Handirect (2016). *La cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT)*. Consulté à l'adresse : <https://www.handirect.fr/la-cellule-daide-aux-blesses-de-larmee-de-terre-cabat/>
- Haute autorité de santé (HAS) (2007). *Affections psychiatriques de longue durée – troubles anxieux graves*. Consulté à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide\\_medecin\\_troubles\\_anxieux.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf)
- Hernandez H. (2010). L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de réadaptation médicale : pratique et formation en médecine physique et de réadaptation, volume 30* (numéro 4). Pages 194 à 197. Consulté à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0242648X10001301>
- Hernandez H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation* (2<sup>e</sup> édition). De Boeck supérieur.
- Houel J. G., Tourinel G. (2012). *Un dispositif de soins des ESPT dans une unité parachutiste*. Consulté à l'adresse : <file:///C:/Users/etern/Downloads/Prise%20en%20charge%20unit%C3%A9%20parachutiste%20MCS%20TOURINEL%20et%20MC%20HOUEL.pdf>
- INSERM (2020). *Troubles du stress post traumatique*. Consulté à l'adresse : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-stress-post-traumatique>

- Imbert G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers, volume 3 (numéro 102)*. Pages 23 à 34. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>
- Jeanneau-Tolila P. (2012). Chapitre 21 : pathologies traumatiques et réactions pathologiques aux événements de vie. Dans Kapsambelis V., *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Pages 359 à 376. Presses Universitaires de France. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/manuel-de-psychiatrie-clinique-et-psychopathologi--9782130572107-page-359.htm>
- Jehel L. (2013). 11. Les échelles actuarielles. Dans Cédile G., Lopez G., Labadie D. *L'aide-mémoire de l'expertise civile psychiatrique et psychologique*. Dunod. Pages 79 à 88. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-l-expertise-civile-psychiatrique--9782100584949-page-79.htm>
- Jones R. A., Burnay N., Servais O. (2000). Chapitre 4. L'exploitation de documents et l'analyse de contenu. Dans Jones R. A. (direction), *Méthodes de recherche en sciences humaines*. De Boeck Supérieur. Pages 103 à 136. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/methodes-de-recherche-en-sciences-humaines--9782804128005-page-103.htm>
- Kédia M., Sabouraud-Séguin M. et al (2008). *Psychotraumatologie*. Dunod.
- Kerr N. C., Ashby S., Gerardi S. M., Lane S. J. (2020). Occupational therapy for military personnel and military veterans experiencing post-traumatic stress disorder : a scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal, volume 67 (numéro 5)*. Consulté à l'adresse : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1440-1630.12684>
- Kok B., Herell R., Thomas J., Hoge C. (2012). Posttraumatic stress disorder associated with combat service in Iraq or Afghanistan. *The Journal of Nervous and Mental Disease, volume 200 (numéro 5)*. Page 444 à 450.
- Lebigot F. (2016). *Traiter les traumatismes psychiques, clinique et prise en charge*. Dunod
- Love D., Edgecombe K., Sheen M., Currie S. (2011). *Évaluation de la clinique de traitement en résidence des traumatismes lié au stress opérationnel*. Consulté à l'adresse : [http://www.publications.gc.ca/collections/collection\\_2016/acc-vac/V32-322-2011-fra.pdf](http://www.publications.gc.ca/collections/collection_2016/acc-vac/V32-322-2011-fra.pdf)

- Marcoux C. (2019). *Instruments de mesure selon le MOH*. Consulté à l'adresse : <https://crmoh.ulaval.ca/wp-content/uploads/2020/03/Instruments-de-mesure-selon-le-MOH.pdf>
- Marcoux C. [Centre de référence du MOH] (2019, 6 novembre). *Modèle de l'occupation humaine partie 1*. Visionnée à l'adresse : [https://www.youtube.com/watch?v=tVb6IFyngKk&feature=emb\\_title](https://www.youtube.com/watch?v=tVb6IFyngKk&feature=emb_title)
- Marcoux C. [Centre de référence du MOH] (2019, 11 novembre). *Modèle de l'occupation humaine partie 2*. Visionnée à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=1Rhmg5SFH0c>
- Marcoux C. [Centre de référence du MOH] (2019, 19 juin). *Environnement et MOH partie 1*. Visionnée à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=QGxy-2SWb5o>
- Marcoux C. [Centre de référence du MOH] (2019, 19 juin). *Environnement et MOH partie 2*. Visionnée à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=rygFNrMHkbl>
- Marcoux C. [Centre de référence du MOH] (2019, 11 novembre). *Modèle de l'occupation humaine, habitation partie 1*. Visionnée à l'adresse : [https://www.youtube.com/watch?v=QtQUaEwuxs8&feature=emb\\_title](https://www.youtube.com/watch?v=QtQUaEwuxs8&feature=emb_title)
- Marcoux C. [Centre de référence du MOH] (2019, 11 novembre). *Modèle de l'occupation humaine habitation partie 2*. Visionnée à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=ldRKeSwSMhA>
- Meyer S. (1990). *Le processus de l'ergothérapie*. Les cahiers de l'EESP.
- Meyer S. (2007). *Démarches et raisonnement en ergothérapie* (2<sup>e</sup> édition). Cahier de l'EESP.
- Meyer S. (2013). *De l'activité à la participation* (1<sup>e</sup> édition). De Boeck Supérieur
- Mignet G. (2015). Le MOHOST : un outil d'aide au diagnostic ergothérapique ? Dans IZARD M-H., *Expériences en ergothérapie, 28<sup>e</sup> série*. Sauramps Médical
- Mingasson N. (réalisateur) (2020). *Le souffle du canon* [film]. Look at Sciences.
- Ministère des armées (2020). *Armée de terre, qui sommes-nous ?* Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/terre/l-armee-de-terre/qui-sommes-nous>
- Ministère des armées (2020). *Découvrir l'armée de terre en chiffres*. Consulté à l'adresse : <https://www.sengager.fr/en-chiffres>
- Ministère des armées (2020). *Les missions de l'armée de terre*. Consulté à l'adresse : <https://www.sengager.fr/les-missions-de-larmee-de-terre>

- Ministère des armées (2020). *Les Opex et les Opint*. Consulté à l'adresse : <https://www.sengager.fr/les-opexopint>
- Ministère des armées (2020). *La vie en régiment*. Consulté à l'adresse : <https://www.sengager.fr/vie-en-regiment>
- Ministère des armées (2020). *Missions*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/sante/le-ssa/missions/missions>
- Ministère des armées (2019). *Civils de la défense*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/sga/le-ssa-en-action/ressources-humaines/recrutements-civils/civils-de-la-defense>
- Ministère des armées (2019). *Évacuations médicales*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/sante/operations-exterieures/evacuations-medicales/evacuations-medicales>
- Ministère des armées (2019). *Les chiffres clés de la Défense*. Consulté à l'adresse : <file:///C:/Users/etern/Downloads/CCles+2019-FR+02+08+19.pdf>
- Ministère des armées (2019). *Soigner le blessé de guerre*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/sante/operations-exterieures/soigner-le-blesse-de-guerre/prise-en-charge-d-un-blesse-de-guerre>
- Ministère des armées (2019). *Soutien médical opérationnel*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/sante/operations-exterieures/chaîne-de-soutien-medical/soutien-medical-operationnel>
- Ministère des armées (2018). *Effectifs et composantes*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/sante/le-ssa/chiffres-cles/effectifs-et-composantes>
- Ministère des armées (2018). *MITHA : les hôpitaux militaires recrutent des paramédicaux et des psychologues diplômés*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/sante/recrutement/professions-paramedicales/recrutement-hopitaux-militaires>
- Ministère des armées (2018). *Guide du parcours du militaire blessé et de sa famille*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/content/download/541509/9282286/Guide%20blesse-s-oct18.pdf>
- Ministère des armées (2016). *Soutien psychologique*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/sante/operations-exterieures/prise-en-charge-psychologique/soutien-psychologique>



- Ministère des armées (2015). *Contacts – écoute défense*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/sante/dossiers-complementaires/classeur-stress-post-traumatique/contacts-ecoute-defense>
- Ministère des armées (2011). *Présentation du sas de fin de mission à Chypre*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/terre/actu-terre/archives/presentation-du-sas-de-fin-de-mission-a-chypre>
- Ministère des armées (2010). *Le dispositif de soutien psychologique dans l'armée de terre*. Consulté à l'adresse : <https://www.defense.gouv.fr/fre/terre/actu-terre/archives/le-dispositif-de-soutien-psychologique-dans-l-armee-de-terre>
- Molenda S. (2009). L'état de stress post-traumatique et ses troubles associés. *Stress et trauma, volume 9* (numéro 4). Pages 205 à 209. Consulté à l'adresse : [http://www.traumapsy.com/IMG/pdf/S\\_T2009-205-209\\_Molenda.pdf](http://www.traumapsy.com/IMG/pdf/S_T2009-205-209_Molenda.pdf)
- Morel Bracq M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux (2<sup>e</sup> édition)*. DeBoeck Supérieur
- Morel Bracq M. C., Trouvé E., Offenstein E., Quevillon E., Riguet K., Hernandez H., Ung Y., Gras C. (2015). *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* De Boeck Solal.
- Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) (2010). *Compte rendu de l'audition des ergothérapeutes du 7 avril 2010*. Consulté à l'adresse : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu\\_de\\_l\\_audition\\_des\\_Ergotherapeutes.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Ergotherapeutes.pdf)
- Olivier de Sardan J. P. (2000). Le « je » méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue française de sociologie, volume 3* (numéro 41). Pages 417 à 445. Consulté à l'adresse : [https://www.persee.fr/doc/rfsoc\\_0035-2969\\_2000\\_num\\_41\\_3\\_5289](https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_2000_num_41_3_5289)
- Ordre des Ergothérapeutes du Québec (OEQ) (2009). *L'ergothérapie en santé mentale*. Consulté à l'adresse : [https://www.oeq.org/DATA/CHRONIQUE/12~v~sante\\_mentale.pdf](https://www.oeq.org/DATA/CHRONIQUE/12~v~sante_mentale.pdf)
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (1948). *Rapport Flajolet*. Consulté à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2003). *Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé : guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique*. 2<sup>e</sup> édition



- Paillé P., Mucchielli A. (2012). Chapitre 11 – l’analyse thématique. *L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Pierce D. (2016). *La science de l’occupation pour l’ergothérapie*. DeBoeck Supérieur
- Raymond H. (1968). Analyse de contenu et entretien non-directif : application au symbolisme de l’habitat. *Revue française de sociologie, numéro 9 (volume 2)*. Pages 167 à 179. Consulté à l’adresse : [https://www.persee.fr/doc/rfsoc\\_0035-2969\\_1968\\_num\\_9\\_2\\_1378](https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1968_num_9_2_1378)
- Richardson J. D., Thompson J. M., Boswall M. Col Rakesh Jetly L. (2010). Quand l’horreur nous rejoint : le trouble de stress post-traumatique chez les anciens combattants. *Canadian Family Physician, volume 56 (numéro 5)*. Pages 169 à 173. Consulté à l’adresse : <https://www.cfp.ca/content/cfp/56/5/e169.full.pdf>
- Roche D. (2009). *Réaliser une étude de marché*. Eyrolles.
- Rouillère Le Lidec C., Rouhard E., Crocq L. (2016). La continuité des soins pour les militaires atteints de syndrome de stress post-traumatique : projet d’un centre de référence interministériel. *Annales médico-psychologique, revue psychiatrique, volume 174 (numéro 7)*. Pages 530 à 538. Consulté à l’adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448715003856>
- Rousseau P. F., Nicolas F. (2018). Psychiatrie et armée. *EMC Psychiatrie*, Elsevier Masson.
- Service de santé des armées, Ministère de la Défense (2013). *Plan d’action « troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées », 2013-2015 « lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique »*. Consulté à l’adresse : [file:///C:/Users/etern/Downloads/PLAN-Action-ESPT-Web%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/etern/Downloads/PLAN-Action-ESPT-Web%20(1).pdf)
- Solomon Z., Mikulincer M. (2006). Trajectories of PTSD : a 20-year longitudinal study. *The American Journal of Psychiatry, volume 163 (numéro 4)*. Page 659 à 666. Consulté à l’adresse : <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.2006.163.4.659>
- Tarquinio C., Montel S. (2014). Les psychotraumatismes : histoire, concepts et applications. *Dunod*. Consulté à l’adresse : <https://www.cairn.info/les-psychotraumatismes--9782100705207-page-21.htm>
- Trombly C. A. (1995). Occupation : purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. *The American Journal of Occupational Therapy, volume*

49 (numéro 10). Consulté à l'adresse :

<https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=2174873>

- Trouvé E. (2016). *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. DeBoeck Supérieur.
- Trouvé E., Clavreul H., Poriel G., Riou G., Caire J.-M., Guilloteau N., Exertier C., Marchalot I. (2019). *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. ANFE
- Ursano R. J., Bell C., Eth S., Friedman M., Notwood A., Pfefferbaum B., Pynoos R. S., Zatzick D. F., Benedek D. M. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Consulté à l'adresse :  
[https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd.pdf)
- Vartin M., Germain V., Marchand A. (2006). Chapitre 3: facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. Dans Guay S. et Marchand A., *les troubles liés aux événements traumatiques : dépistage, évaluation et traitement*. Les presses universitaires de Montréal.
- Vasterling J. J., Aslan M., Proctor S. P., Ko J., Marx B. P., Jakupcak M., Schnurr P. P., Gleason T., Huang G. D., Concato J. (2016). Longitudinal examination of posttraumatic stress disorder as a long-term outcome of Iraq war deployment. *American Journal of Epidemiology*, volume 184 (numéro 11). Pages 796 à 805.
- Vuilleminot B. (1985). La genèse de « l'histoire de vie ». De l'enquête au texte. *Pratiques*, numéro 45. Pages 65 à 80. Consulté à l'adresse :  
[https://www.persee.fr/doc/prati\\_0338-2389\\_1985\\_num\\_45\\_1\\_1335](https://www.persee.fr/doc/prati_0338-2389_1985_num_45_1_1335)

## Sommaire des annexes

Annexe I : critères de diagnostic de l'ESPT selon le DSM V.....	I
Annexe II : tableau I : les facteurs de vulnérabilité de l'ESPT .....	IV
Annexe III : tableau II : les facteurs de protection de l'ESPT .....	V
Annexe IV : tableau III : différents outils d'évaluation provenant du MOH.....	VI
Annexe V : les différents types de congés dans l'armée après un état de stress post-traumatique.....	VII
Annexe VI : carte des hôpitaux d'instruction militaires en France.....	VIII
Annexe VII : guide d'entretien.....	IX
Annexe VIII : analyse verticale des différents entretiens réalisés .....	XII

## Annexe I : critères de diagnostic de l'ESPT selon le DSM V

### **Critères diagnostiques du DSM-5 (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, 2015*) pour le trouble de stress post-traumatique 309.81 (F-43-10)**

**Pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus de 6 ans**

#### **Critères A :**

**Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :**

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

**Remarque :** *Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.*

#### **Critères B :**

**Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :**

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. *NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;*
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. *NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;*
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). *NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;*
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

### **Critères C :**

**Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :**

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

### **Critères D :**

**Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :**

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente ») ;
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

### **Critère E :**

**Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :**

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hypervigilance ;
4. Réaction de sursaut exagéré ;
5. Problèmes de concentration ;
6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

### **Critère F :**

La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

### **Critère G :**

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

### **Critère H :**

La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

### **Spécifier le type :**

#### **Avec symptômes dissociatifs :**

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. **Dépersonnalisation** : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;
2. **Déréalisation** : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

*Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).*

#### **Avec manifestation différée :**

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

(American Psychiatric Association, 2015)

## Annexe II : tableau I : les facteurs de vulnérabilité de l'ESPT

Facteurs sociodémographiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexe féminin</li> <li>- Individu jeune</li> <li>- Bas niveau socio-économique</li> <li>- Niveau éducatif bas</li> <li>- Niveau intellectuel bas</li> <li>- Minorités raciales</li> </ul>
Facteurs pré traumatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence ou antécédents de troubles psychiatriques</li> <li>- Antécédents d'exposition à des traumatismes ou antécédents d'ESPT</li> <li>- Personnalité antisociale</li> <li>- Personnalité vulnérable aux situations traumatiques</li> </ul>
Facteurs péri traumatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nature de l'agression</li> <li>- Sévérité de l'agression</li> <li>- Menace mortelle et violence durant le traumatisme</li> <li>- Présence de blessures physiques et sévérité de ces blessures, en particulier étendue des brûlures</li> <li>- Survenue d'un état de dissociation pendant le traumatisme</li> </ul>
Facteurs post-traumatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence ou faible soutien sociofamilial</li> <li>- Pas ou peu de stratégies d'adaptation</li> <li>- Perte d'un proche durant ce traumatisme</li> <li>- Exposition à des rappels de ce traumatisme</li> </ul>

Tableau I : les facteurs de vulnérabilité de l'ESPT

(Ferreri et al., 2011 ; American Psychiatric Association, 2015 ; Martin et al., 2006)

## Annexe III : tableau II : les facteurs de protection de l'ESPT

Facteurs pré-traumatiques	<ul style="list-style-type: none"><li>- Personnalité endurente, résistante au stress</li><li>- Présence de stratégies de gestion du stress</li><li>- Sentiment d'efficacité personnelle</li><li>- Formations sur la réaction à avoir lors des situations traumatiques</li><li>- Soutien social</li></ul>
Facteurs péri-traumatiques	<ul style="list-style-type: none"><li>- Adaptation</li></ul>
Facteurs post-traumatiques	<ul style="list-style-type: none"><li>- Résilience</li><li>- Soutien social</li></ul>

Tableau II : les facteurs de protection de l'ESPT

(Martin et al., 2006 ; Ferreri et al., 2011 ; American Psychiatric Association, 2015)



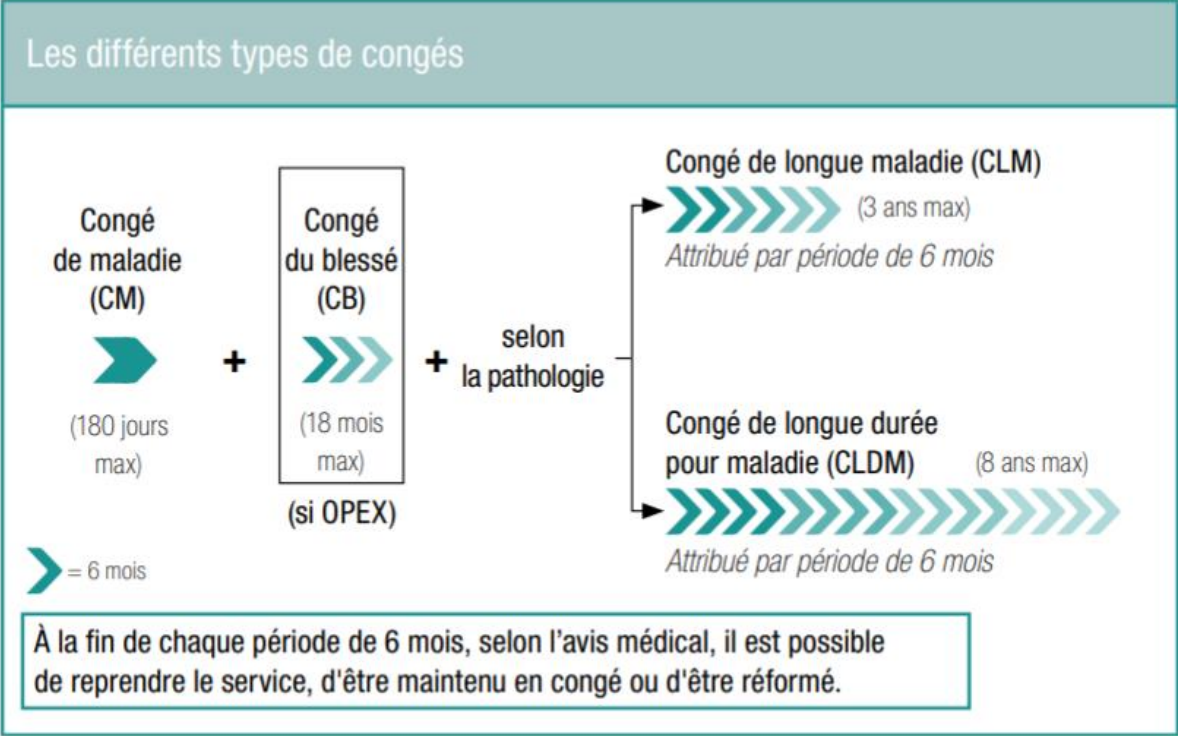
## Annexe IV : tableau III : différents outils d'évaluation provenant du MOH

Cette liste est non exhaustive et il existe d'autres outils d'évaluations provenant du MOH.

Catégories	Noms des outils
Outils basés sur l'observation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACIS (Assessment of Communication and Interaction Skills)</li> <li>- VQ (Volitional Questionnaire)</li> <li>- AMPS (Assessment of Motor and Process Skills)</li> </ul>
Outils d'auto-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- OSA (Occupational Self-Assessment)</li> <li>- OQ (Occupational Questionnaire)</li> <li>- Liste des intérêts</li> </ul>
Outils s'appuyant sur l'entretien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- OCAIRS (Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale)</li> <li>- OPHI II (Occupational Performance History Interview)</li> <li>- WEIS (Work Environment Impact Scale)</li> </ul>
Outils combinant différentes approches	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool) : associe l'observation et les entretiens</li> </ul>

(Morel-Bracq, 2017 ; Taylor, 2017, cité par Marcoux, 2019 ; Hernandez, 2016 ; Mignet, 2015).

Annexe V : les différents types de congés dans l'armée après un état de stress post-traumatique



Annexe VI : carte des hôpitaux d'instruction militaires en France



## Annexe VII : guide d'entretien

Catégories	Question principale	Indicateurs
L'enquête	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel (année de diplôme, lieux de travail, formations complémentaires) ?</li> <li>2. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès d'une population militaire ?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Année de diplôme / nombre d'années de travail, domaines de travail précédents, formations complémentaires</li> <li>2. Nombre d'années de travail auprès de la population militaire, nombre d'années de travail en psychiatrie auprès de la population militaire</li> </ol>
La prise en soin en ergothérapie	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Comment la prise en soin en ergothérapie d'un militaire atteint d'un ESPT débute-t-elle ?</li> <li>4. À quelle fréquence rencontrez-vous des militaires présentant un état de stress post-traumatique ?</li> <li>5. Comment l'ESPT se manifeste-t-il dans le quotidien des militaires que vous rencontrez ?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Orientation par le psychiatre du service</li> <li>4. Fréquence, nombre de patients par mois / année</li> <li>5. Impact professionnel : changement de poste, arrêt de travail ou arrêt longue maladie, inaptitude temporaire ou permanente à l'Opex Impacts personnels : changements d'humeur, colères inexplicables, difficultés dans les relations intimes, arrêt ou diminution de la conduite Impact social : difficultés relationnelles, isolement social, séparation Difficultés occupationnelles : désinvestissement des activités de productivité, de loisirs ou des activités de vie quotidienne, restriction de participation dans les activités de productivité, de loisirs ou</li> </ol>

	<p>6. Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer dans la prise en soin des militaires présentant un ESPT ?</p> <p>7. Quelle prise en soin proposez-vous à vos patients présentant un état de stress post-traumatique (évaluations, objectifs, modèles conceptuels, moyens de prise en soin) ?</p>	<p>de vie quotidienne, déséquilibre occupationnel</p> <p>6. Présence ou non de comorbidités physiques : brûlures, amputation, fracture ou autres Présence ou non de comorbidités psychiques : troubles dépressifs, troubles addictifs, troubles anxieux, ou autres, pensées suicidaires</p> <p>7. Entretiens, outils d'évaluation du MOH, outils d'évaluation de la MCRO, ELADEB Réinvestissement des activités de vie quotidienne / de loisirs / de productivité, reprise d'une activité signifiante, favoriser la participation dans les occupations, permettre une réinsertion socioprofessionnelle Utilisation ou non de modèle.s conceptuel.s, en partie ou totalement, combinés ou non ; MCRO, MOH, CIF, Kawa Mises en situation, mises en activité, activités individuelles ou en groupe, environnement de prise en soin, temporalité de la prise en soin</p>
Activités significantes	8. Quelle place occupe l'activité signifiante dans votre prise en soin ?	8. Évaluation dans les entretiens, MCRO, outils du MOH Prise en compte des activités significantes dans la prise en soin : mises en situation via les activités significantes
La participation occupationnelle	<p>9. Selon vous, dans quelle mesure la participation occupationnelle des militaires présentant un ESPT peut-elle être impactée ?</p> <p>10. Comment prenez-vous en compte la participation</p>	<p>9. Impact de l'ESPT sur la participation ou non, dans toutes les activités ou seulement dans certaines Dans les activités de vie quotidienne (AVQ et AIVQ), activités de loisirs, activités de productivité</p> <p>10. Évaluation par le MOH (MOHOST ...), observations,</p>

	<p>occupationnelle dans votre prise en soin (outils d'évaluation, objectifs, moyens, évolution au cours de la prise en soin) ?</p> <p>11. Selon vous, en quoi l'utilisation d'activités significantes lors de la prise en soin en ergothérapeute peut impacter la participation occupationnelle ?</p>	<p>entretien avec le patient        upaPrise en compte ou non de la participation occupationnelle dans les objectifs        Mises en situation, mises en activité, activités de groupe ou individuelles, en situation écologique ou non, utilisation des activités significantes</p> <p>11. Utilisation ou non des activités significantes pour améliorer la participation occupationnelle        Fréquence d'intégration dans la prise en soin : à toutes les séances, occasionnellement, jamais        Avec intégration des proches ou non        Toutes les activités significantes ou seulement une partie sont intégrées</p>
<p>Le réinvestissement des activités de vie quotidienne</p>	<p>12. Selon vous, comment un militaire présentant un ESPT peut-il réinvestir ses activités de vie quotidienne ?</p>	<p>12. Mises en situation écologiques        Mises en activité        Traitement médicamenteux pour gérer les différents symptômes        Environnement (physique, social)</p>

## Annexe VIII : analyse verticale des différents entretiens réalisés

### Analyse horizontale E1 :

L'enquête	Diplômé en 1996. Travaille depuis son diplôme en hôpital militaire, en intra hospitalier (environ 40% de son activité) et en hôpital de jour (environ 60% de son activité). Pas de formation complémentaire.
Le début de la prise en soin en ergothérapie	Patients d'abord adressés au psychiatre, que ce soit en hospitalisation ou en consultation, et après en fonction ils sont orientés vers l'ergothérapie
Fréquence de rencontre de patients ESPT	60% de patients qui présentant un stress post-traumatique
Manifestation de l'ESPT au quotidien	Repli (à domicile), isolement
Difficultés rencontrées dans la prise en soin	Patients avec ou sans comorbidités, même taux de comorbidités que dans la population active
Prise en soin proposée	2 types de prises en charge : prise en charge hospitalière et prise en charge en HDJ (permet de voir des militaires en ambulatoire sans forcément passer par l'hospitalisation). L'HDJ tourne beaucoup autour de l'ergothérapie, et a un groupe de parole photolangage (mais tous les militaires n'intègrent pas forcément le groupe de parole) Echelles au niveau médical pour le diagnostic. Pas d'évaluation spécifique à l'ergothérapie : ce que le patient rend compte, amélioration de son quotidien, progrès ou rechutes qu'il fait, pas de bilan officiel. Pas d'utilisation des modèles conceptuels. Prise en charge individuelle et en groupe. Activités proposées : cuisine. « Globalement c'est compliqué parce que le patient militaire au départ il est plus branché sport que activités manuelles ». Pyrogravure : permet parfois d'accrocher les patients au départ, car oblige à une concentration qui permet de sortir des ruminations.
Activités significantes	Au départ pas forcément d'activités significantes, plutôt des activités pour permettre de s'exprimer, d'adhérer à l'ergothérapie. HDJ : permet de plus travailler sur les activités significantes et le quotidien, avec parfois des mises en situation cuisine, sorties sociales pour aller chercher les enfants à l'école ou faire des courses.
Impact de l'ESPT sur la participation	La participation est un peu impactée dans toutes les activités, mais surtout dans les activités sociales, à cause du repli social. Difficile pour eux de sortir, d'aller faire des courses
Prise en compte de la participation	Pas d'évaluation spécifique : par l'entretien. Bilan régulier sur comment les militaires le ressentent. Aussi discutée en équipe pluridisciplinaire. Pas un objectif formulé réellement « on le travaille un peu avec tout, parce que quand on travaille sur les activités, on travaille sur la participation ».

Impact des activités significantes sur la participation	La participation est travaillée dans tous les domaines d'activités proposés. Parfois intégration des proches quand cela a du sens « par exemple, emmener les enfants à l'école, là on intègre la femme et les enfants »
Réinvestissement des AVQ	Complexe car les AVQ sont basiques pour un militaire. L'accompagnement vers les AVQ est réalisé en ergothérapie mais pas que. Echanges entre les différents patients : peut aider à réinvestir les activités.



Analyse horizontale E2 :

L'enquêté	Diplômée en 2012. A travaillé 5 ans en hôpital psychiatrique militaire (avec intervention ponctuelle dans d'autres services en qualité d'ergothérapeute), puis 6 mois en SSR gériatrique (non militaire). Travaille désormais en SSR adulte (non militaire)
Le début de la prise en soin en ergothérapie	Patients d'abord adressés au psychiatre, que ce soit en hospitalisation ou en consultation, et après en fonction orientés vers l'ergothérapeute
Fréquence de rencontre de patients ESPT	Environ 1 patient sur 2 présente un stress post traumatique
Manifestation de l'ESPT au quotidien	Séquelles psychologiques importantes du vécu de l'accident. Dépend aussi du stade de l'ESPT. Patients fermés, avec un visage figé, peu d'émotions qui vont passer, avec un contact particulier. Séquelles possibles : insomnies, cauchemars, flashes, retentissement cognitif avec difficultés attentionnelles, qui peuvent entraver le quotidien du militaire.
Difficultés rencontrées dans la prise en soin	Parfois comorbidités psychiques ou physiques. Si comorbidités physiques, sont plus souvent en MPR puis transférés ensuite en psychiatrie s'ils ont toujours besoin.
Prise en soin proposée	Pas d'évaluation particulière. Entretien à l'arrivée pour mettre en avant les difficultés ressenties. Moyens de prise en soin : activités de socialisation, remettre le patient sur des activités de groupe, d'abord en cuisine thérapeutique pour qu'il y ait un début de création de lien social, puis l'amener vers l'activité qui pose problème. Attention particulière sur l'environnement d'installation du patient. Si du fait de l'ESPT, des troubles cognitifs (mémoire, attention) sont présents : évaluation. Modèle conceptuel du PPH.
Activités significantes	Essaie de rattacher l'activité signifiante à la prise en soin, mais parfois difficile car les militaires ont peu d'activités significantes en dehors de leur profession
Impact de l'ESPT sur la participation	Impact dans les activités sociales voire parfois dans toutes les activités de vie quotidienne, notamment s'il y a des difficultés d'attention / de concentration.
Prise en compte de la participation	Pas d'évaluation spécifique, évaluée dans l'entretien.
Impact des activités significantes sur la participation	Utilisation des activités significantes pour explorer les difficultés puis travailler dessus (parfois en plusieurs étapes). « les activités significantes c'est ce qui va permettre d'améliorer la participation occupationnelle »
Réinvestissement des AVQ	Groupes de parole, travail en ergothérapie. Travail avec tous les professionnels de santé.

Analyse horizontale E3 :

L'enquêté	Diplômée en 1989. Embauchée dès la sortie de l'école en hôpital militaire. Formation en 2010 en art-thérapie
Le début de la prise en soin en ergothérapie	Prescription par le médecin psychiatre en début de séjour
Fréquence de rencontre de patients ESPT	Majorité de la population, environ 90%, très rarement des patients autre que stress post traumatique
Manifestation de l'ESPT au quotidien	Symptômes : hypervigilance, reviviscences (flashbacks et cauchemars), inhibition relationnelle, repli. Beaucoup de colère, sentiment d'injustice, culpabilité d'être survivant. Certains mécanismes de défense.
Difficultés rencontrées dans la prise en soin	Les ¾ des patients avec un ESPT rencontrés ont des comorbidités d'addiction. Autres comorbidités : syndrome dépressif associé, troubles anxieux, troubles somatoformes.
Prise en soin proposée	Evaluation clinique à partir d'un entretien d'accueil en individuel. Première séance : présentation de la salle d'ergothérapie. Au début : médiations surtout artisanales, artistiques, avec différents médias en fonction des besoins et des envies. Ces médiations permettent de tisser le lien, de mobiliser l'attention et la concentration. Puis vers l'autonomie sociale, via une prise en charge en groupe notamment. L'autonomisation dans la vie quotidienne (ateliers cuisine ...) : se fait en collaboration avec les infirmiers et les aides-soignants, surtout sur l'HDJ. Objectifs : réanimer la pulsion de vie, exprimer l'horreur s'ils le souhaitent, retrouver un sentiment de valeur personnelle, retrouver l'estime de soi, apaiser l'anxiété, restaurer un ancrage identitaire. Travailler avec le thérapeute en début de prise en soin c'est déjà une reprise de lien social.
Activités significantes	Surtout en équipe pluridisciplinaire, n'est pas fait que par l'ergothérapeute. Mises en situation cuisine, ré-autonomisation vers les activités sociales, notamment en groupe.
Impact de l'ESPT sur la participation	Dépend des patients : la participation peut être massivement impactée, ou n'être impactée que dans certaines activités. Mais elle est généralement impactée.
Prise en compte de la participation	Evoquée avec le militaire lors du bilan initial, ainsi que durant des échanges avec l'équipe. Objectif à long terme, souvent plus en HDJ.
Impact des activités significantes sur la participation	« oui ça a un impact, parce que c'est comme ça qu'ils vont reprendre leurs activités ». Plutôt géré par les infirmiers et les aides soignants, mais c'est à venir, car l'ergothérapeute a pleinement sa place là dedans.
Réinvestissement des AVQ	Suivi d'une thérapie pour permettre l'expression des sentiments. Peut passer par un traitement médicamenteux si les symptômes sont trop importants, mais ce n'est souvent qu'un temps

Analyse horizontale E4 :

L'enquêté	Ergothérapeute diplômée en 2014. A travaillé 2 ans en psychiatrie adulte en intra hospitalier. Travaille maintenant depuis 5 ans en hôpital psychiatrique militaire en intra hospitalier et en hôpital de jour. A suivi une formation sur les outils de réhabilitation psychosociale.
Le début de la prise en soin en ergothérapie	N'agit que sur prescription médicale, que ce soit en intra hospitalier ou en HDJ.
Fréquence de rencontre de patients ESPT	A peu près la moitié des patients rencontrés ont un ESPT.
Manifestation de l'ESPT au quotidien	Patients assez renfermés, peu ouverts au dialogue, prostrés. Sur les ESPT importants, il peut y avoir des troubles cognitifs qui leur posent problème dans le quotidien. Confiance en soi souvent meurtrie. « Ce sont des patients qui au niveau de l'équilibre occupationnel vont se retrouver très isolés socialement ».
Difficultés rencontrées dans la prise en soin	Si blessure physique, l'ESPT est pris en soin par les ergothérapeutes MPR, puis si besoin, les patients sont ensuite en HDJ psychiatrie. Enormément de comorbidités avec des addictions.
Prise en soin proposée	ELADEB au début de la prise en soin, sur lequel va s'appuyer la prise en soin, les objectifs et les autres évaluations. Si troubles cognitifs : MOCA. Prise en soin : au départ, en individuel, média artistique pour « leur permettre de faire quelque chose de leurs mains [...] ». Et puis une fois qu'ils ont bien accrochés, on peut travailler sur le quotidien ». Travail via des mises en situation. En intra hospitalier : prise en soin majoritairement individuelle. En HDJ : prise en soin majoritairement en groupe. Pas d'utilisation de modèle conceptuel précis, utilisation d'éléments de certains modèles.
Activités significantes	Dépend des besoins et des ressources du patient. Si le patient a besoin d'exprimer ses souffrances : peut rester très longtemps sur des médias artistiques. L'HDJ permet davantage de se rendre compte de ce qui pose problème dans le quotidien.
Impact de l'ESPT sur la participation	Dépend de chacun, mais les relations sociales sont presque toujours impactées, avec quasiment pas de relations sociales. Certains sont très apathiques à cause des médicaments, donc leur participation est massivement impactée.
Prise en compte de la participation	Pas d'évaluation spécifique. Le sujet est évoqué au début de chaque séance de groupe d'HDJ. Discuté avec le patient et le reste de l'équipe.
Impact des activités significantes sur la participation	Les activités significantes peuvent aider certains patients. Au début de la prise en charge, certains patients ont surtout besoin de s'exprimer, et les activités significantes en début de prise en charge les militaires ne sont pas du tout dedans.
Réinvestissement des AVQ	Travail avec tous les professionnels, pas que de l'ergothérapeute. « Ce sont des patients qui sont vraiment très éclatés [...] ». Donc il faut travailler dessus, pour leur permettre de retrouver un équilibre ».

## Résumé

### **Traumatisme de guerre et ergothérapie : l'accompagnement du militaire présentant un état de stress post traumatique**

L'état de stress post-traumatique est une pathologie psychiatrique (ESPT), définie dans le DSM V (manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux). Elle peut survenir à la suite de la confrontation avec un évènement traumatisant. Les militaires, régulièrement confrontés à des évènements traumatisants lors d'opérations extérieures, ont une prévalence de l'ESPT plus élevée que celle de la population générale. Cette pathologie peut entraîner d'importantes conséquences occupationnelles ou une diminution de la participation occupationnelle. Une prise en soin en ergothérapie peut donc être proposée à ces militaires pour améliorer leurs difficultés occupationnelles.

Une recherche qualitative selon une approche hypothético-déductive a donc été menée afin d'étudier l'impact de la prise en soin en ergothérapie, notamment via l'utilisation d'activités signifiantes, sur la participation occupationnelle du militaire présentant un ESPT dans ses activités de vie quotidienne. Quatre entretiens semi-directifs ont ainsi pu être menés auprès d'ergothérapeutes. Ils ont permis de mettre en évidence les possibilités d'accompagnement en ergothérapie chez les militaires présentant un ESPT.

Mots clés : ergothérapie – militaire – état de stress post-traumatique – participation occupationnelle – activités de vie quotidienne

## Abstract

### **War trauma and occupational therapy: supporting soldiers with post-traumatic stress disorder**

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a psychiatric disorder, defined in the DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), which can arise after being confronted to a traumatic event. Soldiers are regularly confronted to traumatic events during external operations. Therefore, they have a higher prevalence of PTSD than general population. This disorder can lead to significant occupational consequences or an occupational participation's decrease. Those soldiers can therefore receive occupational therapy care to improve those occupational difficulties.

A qualitative research according to a deductive hypothetic approach was led with occupational therapists. This research aims study occupational therapy care's impact in particular with significant activities, on occupational participation of soldiers who suffered from a PTSD in their activities of daily living. Four semi-structured interviews were realized with occupational therapists. They allow to highlight their points of view of occupational therapy care's possibilities for soldiers who suffered from a PTSD.

Key words: occupational therapy – soldiers – post traumatic stress disorder – occupational participation – activities of daily living