



Région



Provence-Alpes-Côte d'Azur

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE DE L'IFPVPS
– HYERES

L'ELADEB en ergothérapie : un outil d'évaluation de la volition du patient souffrant d'Etat de Stress Post-Traumatique

Présenté par :

Sophie DEBUYST

*Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat en
Ergothérapie : unités d'enseignements de recherche*

Promotion 2015-2018

Juin 2018

Référent professionnel : Mme Josselyne GUIRAUD

Référent pédagogique : Mme Véronique TERRIEN

Remerciements

Je tiens à remercier, en premier lieu, tous les professionnels qui ont contribué à ce travail, en m'accordant de leur temps. Je remercie ainsi Mme Béatrice Koch, ergothérapeute et formatrice de l'outil ELADEB, qui a été une personne ressource.

Merci à Mme Josselyne Guiraud, ma référente professionnelle, qui m'a fait confiance, m'a encouragée et s'est rendue disponible pour me suivre tout au long de cette année.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique et particulièrement Mme Terrien, pour ses conseils méthodologiques et ses remarques pertinentes qui m'ont guidée dans les moments de doutes.

Merci à mes camarades de promotion pour leur aide et spécialement mon amie Océane, pour avoir été présente chaque instant où j'en ai eu besoin, pour m'avoir supportée et m'avoir apporté tant de bonheur durant ces trois ans.

Je souhaite enfin remercier ma famille et particulièrement ma mère, ma sœur ainsi que mon compagnon, qui m'ont toujours soutenue et sans qui je n'en serais pas là.

Sommaire

1. Introduction	1
2. Phase exploratoire	3
2.1 L'état de stress post-traumatique	3
2.1.1 Rappel historique	3
2.1.2 Définition et diagnostic	4
2.1.3 Epidémiologie.....	6
2.1.4 Evolution de l'ESPT	8
2.1.5 Les moyens d'évaluation	9
2.1.6 Les traitements.....	9
2.2 L'accompagnement de l'ESPT en ergothérapie	12
2.2.1 Définition de l'ergothérapie.....	13
2.2.2 Des symptômes de l'ESPT aux impacts sur la vie quotidienne	13
2.2.3 Le rôle de l'ergothérapeute.....	14
2.3 Pré-enquête	15
3. Question centrale.....	16
4. Théorisation.....	17
4.1 L'évaluation ergothérapique	17
4.1.1 Une démarche actuelle en santé mentale.....	17
4.1.2 Les moyens d'évaluation de l'ergothérapeute	18
4.2 La théorie du MOH.....	19
4.2.1 Les dimensions de l'Etre	21
4.2.2 Les conséquences de l'Etre sur l'Agir	21
4.2.3 Les conséquences de l'Agir sur le Devenir	22
4.3 Intérêts du MOH avec l'ESPT	22
4.4 Les outils d'évaluations du MOH	24
4.5 De la question centrale définitive à la formulation de l'hypothèse	25

5.	Mise en place d'une expérimentation.....	26
5.1	Objectifs.....	26
5.2	L'échantillonnage	26
5.2.1	Population mère.....	26
5.2.2	Choix technique d'échantillonnage	27
5.3	Devis de recherche.....	28
5.3.1	Choix de la méthode.....	28
5.3.2	Choix de l'outil.....	28
5.4	Conception du questionnaire	28
5.4.1	Construction d'une matrice théorique	29
5.4.2	Organisation du questionnaire	29
5.4.3	Formulation des questions.....	30
5.4.4	Validation de l'outil.....	31
5.5	Conditions d'opérationnalisation.....	31
5.6	Présentation des résultats et analyse	32
5.6.1.	Analyse des participants.....	32
5.6.2.	Analyses de nos variables	32
6.	Discussion	35
6.1	Analyse des biais méthodologiques	35
6.2	Analyse du travail de recherche.....	36
6.3	De nouvelles perspectives.....	37
7.	Conclusion de la recherche	39
	Bibliographie	41
	Annexes	
	Abstract	

1. Introduction

Le choix du thème étudié dans ce travail d'initiation à la recherche émane de situations vécues lors d'un stage, au contact d'une population ciblée. Les patients accompagnés présentaient, pour la majorité, des traumatismes physiques et blessures médullaires dans les suites d'accidents de la voie publique. Nous constatons au cours de cette expérience que certains d'entre-eux se disent incapables de monter de nouveau dans une voiture ni de reprendre la conduite malgré leur volonté. C'est ainsi que nous nous sommes intéressés aux conséquences psychologiques de ce type d'évènement. L'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) est rapidement apparu comme un trouble majeur dans les suites d'évènements potentiellement traumatisants. Plusieurs questionnements émergent alors. Qui ce trouble concerne-t-il ? Quelles peuvent être ses conséquences sur la vie quotidienne des personnes ? En quoi le rôle de l'ergothérapeute auprès de celles-ci est-il légitime ? La pratique en ergothérapie auprès de ce syndrome est, en effet, encore peu connue et peu développée en France. Ce sont autant de questions qui ont motivé notre recherche sur l'accompagnement du patient en état de stress post-traumatique en ergothérapie.

L'ESPT est un trouble particulièrement étudié dans le domaine de l'armée comme le confirme le Ministère des Armées, en 2015 : « Les traumatismes psychiques sont connus depuis de longues dates dans les armées. Dès la première guerre mondiale, des réflexions ont été menées sur la manière de les prendre en charge ». Suite à ces réflexions, des dispositifs et actions ont été mis en place par le Service de Santé des Armées (SSA) afin d'améliorer la précocité et la qualité de prise en charge de ces psychotraumatismes. Parmi ceux-ci, nous retrouvons le plan d'action « Troubles psychiques post traumatiques dans les forces armées » créé en 2011 ainsi que le numéro d'appel national « Ecoute Défense » lancé en janvier 2013 (Ministère des Armées, 2015). Néanmoins, l'état de stress post-traumatique dépasse le cadre de l'armée, il touche également la population civile. Le MGI Godart, directeur central adjoint du SSA, souligne ainsi que ce trouble est devenu un « problème de santé publique » (Ministère des Armées, 2013). En effet, suite aux nombreux attentats survenus en Ile-de-France en janvier 2015, Santé publique France et l'Agence Régionale de Santé (ARS) ont mis en place l'enquête épidémiologique IMPACTS, soit Investigation des Manifestations traumatiques Post-Attentats. Cette enquête a notamment pour objectif d'estimer l'impact des attentats sur la santé mentale des personnes exposées. Parmi la population civile, 18% présentaient un ESPT et 20% des troubles anxieux et dépressifs. Après les nouveaux évènements de novembre 2015 survenus

également dans la région parisienne, faire face aux attentats est également devenu un enjeu des pouvoirs publics. Le dispositif de surveillance basé sur les données OSCOUR (Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences, 2015) a donc été renforcé avec la mise en place d'une procédure d'étiquetage des passages en lien avec les événements. 324 passages ont ainsi été enregistrés pour stress au niveau national. Environ 70% des cas correspondaient à des états de stress post-traumatiques. Enfin, la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2004) présente les résultats de l'enquête Santé mentale en population générale menée, en France, entre 1999 et 2003. Cette enquête estimait la prévalence d'un ESPT complet à seulement 0,7%. Cette prévalence minime, peut cependant devenir très importante au sein des populations au décours des événements catastrophiques, comme nous l'avons vu précédemment. Elle peut alors concerner 25 à 70% des victimes selon la Drees (2004). L'organisme ajoute que suite à ces événements, l'état de stress post-traumatique fait l'objet de l'attention particulière des épidémiologistes.

Ainsi, suite aux derniers événements touchant la France, le syndrome de stress post-traumatique est malheureusement devenu un sujet d'actualité. Il semble que nous puissions tous être concernés, au cours de notre vie, par ce syndrome. C'est pourquoi la recherche sur celui-ci constitue une vraie utilité sociale. Nous venons également de démontrer que ce trouble est un enjeu de la santé publique en France. C'est ainsi que nous décidons de poursuivre notre recherche sur le sujet afin de faire ressortir les apports de l'ergothérapie dans l'accompagnement de l'ESPT. Cette pratique étant peu développée en France, auprès de ce trouble, ce travail d'initiation à la recherche s'intéresse particulièrement à la première étape du processus d'intervention : l'évaluation. A travers le filtre de la théorie du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), nous faisons émerger l'impact de l'ESPT sur la motivation de la personne, qui se répercute sur les occupations de celle-ci. Au fil de nos recherches nous nous focalisons sur les intérêts d'un outil d'évaluation actuel, l'ELADEB (Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins) dans le domaine de la santé mentale.

Pour l'élaboration de ce travail, nous présentons une phase exploratoire suivie d'une phase théorique, ainsi qu'une expérimentation par le biais de questionnaires. Cette démarche hypothético-déductive est effectuée dans le but d'explorer l'intérêt d'une évaluation adaptée au patient souffrant d'ESPT. Notons qu'afin de faciliter la lecture, l'état de stress post-traumatique est nommé « ESPT » tout au long de cet écrit. Seules les citations tirées du DSM-V (Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux), dans lequel ce trouble est dénommé Trouble de Stress Post-traumatique, comprennent l'acronyme « TSPT ».

2. Phase exploratoire

La phase exploratoire ou phase pratique consiste à réaliser un état des lieux approfondi de notre question de départ. A travers la littérature, nous recueillons et présentons des données probantes de l'état de stress post-traumatique et de son accompagnement en ergothérapie. Nous confrontons également dans cette partie l'avis d'experts interrogés sur le terrain afin de compléter ces données.

2.1 L'état de stress post-traumatique

La première partie de cette phase pratique a pour objectif de présenter l'état de stress post-traumatique (ESPT) dans sa globalité, étape indispensable avant d'avancer notre recherche. Après un bref rappel historique, nous présenterons les critères diagnostic de l'ESPT, l'épidémiologie, son évaluation en psychiatrie ainsi que les différents traitements adaptés.

2.1.1 Rappel historique

L'état de stress post-traumatique ou ESPT est l'appellation la plus récente pour désigner un ensemble de symptômes observés et étudiés depuis la fin du XIX^{ème} siècle. Nous revenons sur le contexte d'apparition du terme.

Ferreri, Agbokou, Peretti, et Ferreri (2011) rappellent les premiers philosophes et psychiatres ayant étudié les troubles survenus des suites d'un traumatisme. Pinel, Oppenheim, Charcot Janet ou encore Freud sont autant d'auteurs ayant fait avancer les prémices des psychotraumatismes. Divers termes sont alors introduits pour décrire les symptômes suivant un traumatisme psychologique comme la « névrose de la circulation », le syndrome du « vent du boulet », la « névrose traumatique », ou encore la « dissociation de la conscience ». Toujours d'après Ferreri et al (2011), l'étude de ce type de névrose est poursuivie par les études de psychiatrie militaire lors des première et seconde guerres mondiales avec le « choc des tranchées », « la névrose de guerre » ou encore la « traumatophobie ». Parmi tous ces syndromes « post-guerres », nous retenons particulièrement celui des vétérans du Vietnam dans les années 1970, qui est à l'origine de l'apparition de l'état de stress post-traumatique dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM III) en 1980 (Ferreri & al., 2011). Il existe deux modèles principaux de classification internationale des troubles mentaux. D'abord, le DSM est publié par l'American Psychiatric Association (APA). Puis, la CIM (Classification Internationale des Maladies), est éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Or, comme l'affirme Lempérière (2006), ce n'est qu'en 1980, suite au retour des

Vétérans de la guerre du Vietnam, que le terme d'Etat de Stress Post-traumatique apparaît dans le DSM-III et est également adopté dans la CIM-10. Josse (2013) reprend l'évolution des affections psychotraumatiques du DSM-I au DSM-V. En effet, si dans le DSM-I, le diagnostic de « réaction de stress majeur » existait dans la catégorie des troubles transitoires de la personnalité, celui-ci disparaît dans le DSM-II rendant le tableau clinique de « réaction d'adaptation à la vie adulte » le plus approchant. Le diagnostic d'« Etat de Stress Post-traumatique » apparaît donc dans la classe des troubles anxieux dans le DSM-III. Selon Josse (2013), la reconnaissance spécifique de ce syndrome est une victoire parce qu'elle a permis d'introduire la notion de traumatisme psychique auprès d'un large public. Elle ajoute que « Son plus grand mérite aura été, [...] de « normaliser » les réactions post-traumatiques trop longtemps attribuées à une vulnérabilité individuelle et en conséquence, considérées comme l'attribut des faibles. ». Un autre terme apparaît dans le manuel en 1994, celui d'Etat de Stress Aigu, qui se distingue de l'ESPT par la durée des symptômes, inférieure à un mois. Ce diagnostic peut précéder ou non celui d'ESPT. L'évolution de la classification continue en 2013, avec l'édition du DSM-V où un chapitre distinct est dédié aux troubles consécutifs aux traumatismes et au stress.

Nous nous appuyons ainsi sur cette dernière version pour présenter la définition et les symptômes de l'ESPT.

2.1.2 Définition et diagnostic

Dans le DSM-V (2013), l'ESPT est dénommé Trouble de Stress Post-Traumatique ou TSPT. Les critères de diagnostic sont légèrement différents pour les enfants de moins de six ans. Nous présentons ici les critères concernant les enfants dépassant cet âge, les adolescents et adultes. Le TSPT est caractérisé par « le développement de symptômes caractéristiques après l'exposition à un ou des événements traumatiques ». Parmi ces événements y figurent : l'exposition à la guerre en tant que combattant ou civil, les menaces d'agression ou les agressions physiques effectives, les menaces ou violences sexuelles effectives, le fait d'être enlevé, pris en otage, les attaques terroristes, la torture, l'incarcération en tant que prisonnier de guerre, les catastrophes naturelles ou causées par l'homme ou encore les accidents graves de la route. L'exposition à l'un ou plusieurs de ces événements est un des critères de diagnostic du TSPT. Cependant, cette liste est non exhaustive.

Le deuxième critère figurant dans le DSM-V est la présence d'un ou plusieurs des symptômes envahissants suivants :

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'évènement traumatique provoquant un sentiment de détresse
- Rêves répétitifs en lien avec l'évènement et provoquant un sentiment de détresse
- Réactions dissociatives (flashbacks ou scènes rétrospectives, dépersonnalisations, déréalisations) pendant lesquelles le sujet se sent ou agit comme si l'évènement allait se reproduire ; l'expression la plus extrême de ce symptôme peut amener le sujet à une perte totale de conscience de son environnement
- Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes rappelant un aspect de l'évènement traumatique
- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à ces mêmes indices

Le troisième critère regroupe les conduites d'évitement des stimuli associés à l'évènement traumatique. Le sujet met en place des évitements ou des efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou encore les « rappels externes » (personnes, endroits, conversations, objets, activités) pouvant être associés à l'évènement traumatique.

Le quatrième critère est la présence d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur comme en témoignent deux ou plus des éléments suivants :

- Incapacité de se rappeler d'un aspect important de l'évènement (due à l'amnésie dissociative)
- Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même
- Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences de l'évènement poussant le sujet à se blâmer ou blâmer d'autres personnes
- Etat émotionnel négatif persistant (crainte, horreur, culpabilité, colère, honte)
- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou même de la participation à celles-ci
- Sentiment de détachement d'autrui
- Incapacité d'éprouver des émotions positives

L'un des derniers critères sont les altérations marquées de l'éveil et de la réactivité, comme l'hypervigilance, les comportements irritables ou accès de colère, les comportements autodestructeurs, les sursauts exagérés, les difficultés de concentration et les troubles du

sommeil. Enfin, pour que le diagnostic soit posé, il faut que ces symptômes durent plus d'un mois et que ce trouble entraîne « une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants » (DSM-V, 2013).

Comme nous pouvons le remarquer, la liste des symptômes de l'ESPT est conséquente et la présentation clinique de ce trouble peut varier d'une personne à une autre. Nous nous intéressons ainsi, dans la partie suivante, aux facteurs influençant l'apparition de l'ESPT.

2.1.3 Epidémiologie

2.1.3.1 Prévalence

Le diagnostic de l'ESPT ayant été en constante évolution depuis les années 1980, les études épidémiologiques ont également dû se développer. Les premières ciblent essentiellement les vétérans et les populations à risques avant de s'étendre sur des populations générales. La National Comorbidity Survey (NCS) est une enquête menée sur près de 6000 personnes de population générale, qui montre un pourcentage d'exposition à un événement traumatique de 60,7 % pour les hommes contre 51,2 % pour les femmes (Kessler, Sonnega, Hughes & Nelson, 1996). Parmi les 6000 participants, la NCS fixe également le taux de prévalence global de l'ESPT à 7,8 %. D'autres enquêtes aux Etats-Unis donnent une prévalence aux alentours de 8% avec des taux deux fois plus élevés chez la femme que chez l'homme. Concernant les études menées en Europe, les taux sont plus faibles. Evoquons l'ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), conduite sur six pays et regroupant un total de 21425 sujets (Alonso & al., 2004). Cette étude à grande échelle établit une prévalence de l'ESPT à 1,9 %. Notons que les données de l'ESEMeD rapportent une prévalence plus élevée pour la France que pour les cinq autres pays avec un pourcentage de 3,9% sur la population globale. Si la prévalence semble minime, les enquêtes plus récentes présentées dans notre introduction montre que celle-ci est multipliée en cas d'évènements catastrophiques.

2.1.3.2 Facteurs de risques

Comme nous avons pu le voir précédemment, tout individu ayant été exposé à un événement traumatique ne développe pas inéluctablement d'ESPT. Le DSM-V (2013) présente différents facteurs de risques favorisant l'apparition du trouble.

Parmi les facteurs prétraumatiques, le DSM-V (2013) présente les facteurs tempéramentaux qui comprennent les difficultés émotionnelles rencontrées durant l'enfance ainsi que les antécédents psychiatriques de l'individu. Des facteurs environnementaux sont également

considérés comme énonciateurs d'ESPT : un statut socio-économique bas, un faible niveau éducatif, l'exposition à des traumatismes antérieurs, des circonstances défavorables durant l'enfance (séparation ou mort parentale par exemple) ou encore des caractéristiques culturelles. Cela s'explique, d'une part, car certaines cultures sont plus exposées que d'autres à des évènements traumatiques. D'autre part, la culture peut influencer la perception des symptômes et la capacité du sujet à en parler. Enfin, nous retrouvons des facteurs génétiques parmi les facteurs prétraumatiques. D'abord le genre féminin, comme nous l'ont montré les études présentées précédemment, le risque d' ESPT est deux fois plus élevé chez la femme que chez l'homme. L'âge jeune d'exposition à l'évènement est un autre facteur influençant l'apparition du trouble. Toujours d'après le DSM-V (2013), certains génotypes peuvent augmenter le risque d'ESPT ou au contraire être protecteurs. Les facteurs péritraumatiques sont liés aux particularités de l'évènement : la sévérité du traumatisme et le type d'évènement. Le risque le plus élevé concerne les agressions interindividuelles, les viols et attentats (Lemperière,2006). Pour le professionnel militaire, tuer l'ennemi, être l'auteur de violences ou le témoin d'atrocités sont des facteurs de risques particuliers. Enfin, les facteurs post-traumatiques incluent l'ensemble des stratégies d'adaptation inadéquates après l'évènement traumatique, l'impact physique associé et le développement d'un trouble de stress aigu. Cependant, l'environnement après le traumatisme est là encore un facteur de risque comprenant l'ensemble des pertes associées (décès d'un proche, perte financière, destruction de l'habitation...).

2.1.3.3 Facteurs protecteurs et notion de résilience

Nous venons de présenter l'ensemble des facteurs de risques favorisant le développement de l'ESPT. Cependant, un même facteur peut constituer un risque ou une protection. Par exemple, le contexte social, présenté précédemment parmi les facteurs de risques, peut être considéré comme un facteur protecteur comme l'affirme Lemperière (2006), « un bon fonctionnement familial et un support social satisfaisant sont des facteurs de bon pronostic ». D'autre part, nous avons montré que la sévérité de l'expérience traumatique était un des facteurs de risques prépondérant, mais comment se définit cette sévérité ? La perception de l'évènement traumatique est propre à chaque individu et l'intensité de la réaction émotionnelle est également subjective. Se pose ainsi la question des ressources personnelles de l'individu face à un évènement déstabilisant ou traumatisme. Il s'agit là de ce que définit la notion de résilience. Evoquons la définition de Manciaux, Vanistendael, Lecomte et Cyrulnik, citée par Anaut (2005), la résilience est la « capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie

difficiles, de traumatismes sévères ». Ce concept s'intéresse donc aux ressources des personnes qui, bien que présentant des facteurs de risques, ne développent pas de trouble. La notion de résilience défend l'idée d'un retentissement affectif du traumatisme, variable selon chaque individu. Le degré de sévérité d'un évènement traumatique relève ainsi de la subjectivité et non seulement l'exposition du sujet à l'évènement (Anaut, 2005).

2.1.4 Evolution de l'ESPT

Après avoir découvert les facteurs favorisant l'apparition de l'ESPT, nous nous intéressons à l'évolution de ce trouble. Dans un premier temps, nous présentons l'évolution classique puis nous développons les comorbidités associées qui participent à la complexité clinique de l'ESPT.

2.1.4.1 Evolution classique

Les premiers symptômes de l'ESPT se développent généralement dans les trois mois suivant le traumatisme remplissant alors les critères diagnostiques du trouble de stress aigu. Néanmoins, ils peuvent également survenir quelques mois ou années plus tard. Il s'agit de ce que l'on appelle l'ESPT « à expression retardée ». Les symptômes ainsi que la prédominance de certains d'entre eux peuvent varier au cours du temps. En effet, les signes cliniques peuvent s'intensifier dans le temps en réponse à des rappels du traumatismes, de nouveaux évènements traumatisants ou encore face à des facteurs de stress de la vie quotidienne. Chez les personnes âgées, la dégradation de la santé, l'isolement social ou le déclin cognitif peuvent aussi renforcer les symptômes de l'ESPT. La durée de ces derniers est également fluctuante, allant d'un rétablissement complet en trois mois, pour environ la moitié des adultes, à des durées supérieures à 12 mois, ou même jusqu'à plus de 50 ans chez certains individus (DSM -V, 2013). Parmi les mauvais pronostics, il est à noter que l'idéation suicidaire et les tentatives de suicide représentent un risque réel et important associé au développement de l'ESPT.

2.1.4.2 Comorbidités et difficultés d'évaluation associées

Un autre point important à relever concernant l'évolution de l'ESPT est l'apparition de comorbidités. Nous remarquons, d'abord dans le DSM-V (2013), l'existence de comorbidités psychiques : « Les individus souffrant d'un TSPT ont 80% plus de risques que ceux sans TSPT d'avoir des symptômes répondant aux critères diagnostiques d'au moins un autre trouble psychique (dépressif, bipolaire, anxieux, ou de l'usage d'une substance) ». Ce pourcentage élevé a retenu notre attention, nous amenant à approfondir ce point. Les troubles anxieux et dépressifs sont très fréquents parmi les comorbidités de l'ESPT, les troubles dépressifs étant diagnostiqués chez plus de la moitié des individus souffrant d'ESPT (Lemperière,2006).

L'individu atteint, peut également présenter des troubles du comportement comme une impulsivité incontrôlée associée à un remaniement de personnalité. Selon Ferreri et al (2011), des troubles sexuels, de conversion, des affections psychosomatiques ou encore des troubles somatoformes peuvent aussi compléter les critères diagnostiques. Cet auteur évoque également les comorbidités psychiques en ajoutant l'alcoolisme, les toxicomanies ou même les pharmacodépendances qui se développent de façon majeure. Ces conduites addictives peuvent d'ailleurs masquer les troubles anxieux et dépressifs comme les symptômes de l'ESPT. Ces troubles comorbides sont donc souvent au premier plan du tableau clinique, ce qui nous amène à la question de l'évaluation de l'ESPT en psychiatrie. Comme l'affirment les psychiatres Maury, Abbal et Moro en 2016, « la clinique du psychotraumatisme est méconnue dans le domaine de la psychiatrie bien qu'elle en infiltre tous les champs, sans doute parce que sa présentation symptomatique est masquée, multiple, éloignée et à distance du traumatisme originaire. ». Les auteurs soulignent ainsi la complexité du diagnostic du trouble de stress post traumatique du fait de ses comorbidités.

2.1.5 Les moyens d'évaluation

Malgré le sous diagnostic évident de l'ESPT, nous avons recherché les moyens d'évaluation spécifiques du trouble utilisés par les spécialistes en psychotraumatologie. Il existe une multitude d'outils d'évaluation clinique. Trois d'entre-eux ont été mis à jour parallèlement à la parution du DSM-V (2013). Tout d'abord, la PC-PTSD (Primary Care-Post Traumatic Stress Disorder Screen) est un auto-questionnaire conçu pour dépister l'ESPT probable lors des soins primaires. Si les résultats de ce test sont positifs, il est recommandé de poursuivre avec une évaluation plus approfondie notamment des troubles comorbides et idéations suicidaires (Prins & al., 2003). Ensuite, la CAPS (Clinician Administred PTSD Scale) est l'outil de référence dans le dépistage de l'ESPT. En plus d'évaluer la présence ou non des symptômes du DSM-V, cet hétéro-questionnaire permet d'évaluer la durée et la sévérité de ces symptômes (Blake & al., 1995). Le troisième outil est la PCL (Post-traumatic Check list scale). Si la CAPS est l'instrument de référence, la PCL peut être utilisée en complément pour fournir un diagnostic provisoire, évaluant la sévérité de l'ESPT. Il s'agit d'un questionnaire constitué de 20 items centrés sur la majorité des critères du DSM-V (Weathers & al.,2013).

2.1.6 Les traitements

Après avoir éclairci la présentation clinique de l'état de stress post-traumatique, nous présentons ci-après les différentes thérapies utilisées.

2.1.6.1 Premiers soins

Suite à un évènement potentiellement traumatisant, il existe des interventions immédiates dispensées aux victimes mais aussi aux familles. Les premiers soins psychologiques ont pour visées de détecter les patients susceptibles de développer un psychotraumatisme et de soulager leur souffrance psychique. Les CUMP (Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques), rattachées aux équipes de SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) de leur territoire, interviennent en cas d'urgence collective (catastrophes ou évènements impliquant un grand nombre de victimes). L'arrêté du 24 février 2014 du code de la Santé Publique actualise les modalités d'interventions des CUMP ainsi que la liste des établissements de santé dotés de professionnels affectés. Parmi les soins immédiats, nous avons choisi d'évoquer le defusing et le debriefing qui sont regroupés dans le terme d'interventions psychothérapeutiques immédiates (Ducrocq, 2009). Ces soins sont prodigués dans les 72h suivant l'évènement traumatogène et consistent à verbaliser spontanément le vécu de l'évènement, dans ses dimensions factuelles, cognitives et émotionnelles. Le but est de favoriser l'abréaction (réduction de la tension émotive) et la décharge émotionnelle du sujet en état de stress.

2.1.6.2 Thérapie médicamenteuse

Dans le cadre de l'ESPT, la chimiothérapie fait l'objet d'un consensus : sont utilisés les antidépresseurs tricycliques, les IMAO, des antagonistes 5-HTE, des anticonvulsivants, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (Vaiva, Lestavel & Ducrocq, 2008). Les antidépresseurs dits sérotoninergiques sont les médicaments de première intention car « les récepteurs de la sérotonine sont impliqués dans la neuromodulation des troubles anxieux et les voies sérotoninergiques dans certains symptômes associés à l'ESPT : impulsivité, comportements suicidaires ou addictifs » (Cottencin, 2009). En ce qui concerne les anxiolytiques et hypnotiques, ils ne peuvent s'inscrire dans le traitement de l'ESPT qu'en tant que traitement complémentaire dans le cas d'une anxiété ou trouble du sommeil trop important. Cependant, compte tenu des risques élevés de comorbidités addictives chez le patient souffrant d'ESPT, il est important de noter que les benzodiazépines sont à éviter sur le long terme.

2.1.6.3 Psychothérapies

- L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou EMDR

La particularité de cette méthode est la stimulation sensorielle généralement bilatérale et alternée et le plus souvent par le biais oculaire (Association EMDR France, 2017). Cette activation alternée des deux hémisphères cérébraux facilite la reconnexion des aires de

traitement de l'information (mnésiques, émotionnelles, comportementales), ce qui accélère la « digestion » des informations traumatiques. Comme le rappelle l'association EMDR France (2017), l'efficacité de cette thérapie fondée par Shapiro en 1987, a été validée par de nombreuses autorités et associations. L'American Psychiatric Association, comme l'association des vétérans américains ont en effet reconnu les bénéfices de cette psychothérapie aux Etats-Unis. En 2013, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) préconise également cette pratique dans le traitement des psychotraumatismes. Enfin, cette thérapie est reconnue en 2007, en France, par la Haute Autorité de Santé (HAS) en tant que psychothérapie de premier lieu pour l'ESPT (Association EMDR France, 2017). Les résultats des essais cliniques randomisés sur l'EMDR montrent des pourcentages de rémission de l'ESPT allant de 77% à plus de 90 %. Afin de mieux comprendre les enjeux de cette pratique, nous nous sommes entretenus téléphoniquement avec une psychologue-psychothérapeute pratiquant cette thérapie. Nous profitons également de l'échange avec cette experte en psychotraumatismes pour aborder le potentiel de l'ergothérapie auprès du patient souffrant d'ESPT. Cet échange nous a permis de confirmer l'intérêt de notre profession auprès de cette population, nous encourageant à continuer notre recherche sur le sujet.

- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et réalité virtuelle

Le communiqué de l'OMS (2013) cité précédemment, recommande également les TCC dont l'efficacité a été démontrée, comme thérapie aux psychotraumatismes. Les TCC regroupent deux théories : la cognitive et la comportementale. Les techniques les plus utilisées sont l'exposition en imagination et in vivo, la gestion de l'anxiété ou gestion du stress et la restructuration cognitive. Cette dernière cible les dysfonctionnements de la pensée liés au vécu du traumatisme telles les pensées négatives de soi et du monde (culpabilité, honte, incompetence, dangerosité, hostilité). Ces techniques visent les principaux symptômes de l'ESPT dont les reviviscences, l'évitement et l'hyperactivité neurovégétative (Ferreri et al, 2011).

Le progrès actuel des hautes technologies ajoute un ingrédient aux techniques d'exposition dans les thérapies comportementales : la réalité virtuelle. Il s'agit d'un média permettant d'interagir en temps réel avec des environnements virtuels créés par un ordinateur (Malbos, Boyer & Lançon, 2013). Son apport dans le traitement de l'ESPT émerge à plusieurs reprises de nos recherches littéraires. A titre d'exemple, nous pouvons citer l'étude de Wiederhold et Wiederhold datant de 2010 qui s'intéresse au traitement de l'ESPT, dans les suites d'un

accident de la route, par l'utilisation d'un simulateur de conduite. Nous pouvons également ajouter l'étude de Rothbaum et al (1999) qui est l'une des premières démontrant l'apport de la réalité virtuelle auprès des vétérans de guerre souffrant d'ESPT.

- Hypnose

Selon Cottencin, (2009), certains signes cliniques de l'ESPT sont similaires à l'état hypnotique comme la modification de l'état de conscience, l'altération de la perception du temps, la focalisation de l'attention ou encore la dissociation physique et psychique. La thérapie par l'hypnose cible ainsi les phénomènes de dissociation fréquemment retrouvés dans la symptomatologie de l'ESPT. Cette approche thérapeutique vise à stabiliser et réduire les symptômes en passant par cet état de conscience modifiée. Par cette reviviscence, le thérapeute cherche à faciliter l'abréaction, travaillant sur les associations exprimées par le patient.

1. Psychanalyse

Lorsque les thérapies cognitivo-comportementales n'apportent des résultats que partiels, la thérapie psychanalytique peut être proposée. Cependant, cette thérapie est peu répandue dans le traitement de l'ESPT car la neutralité bienveillante, principe clé et impératif de la psychanalyse, est peu adaptée à ces sujets qui présentent un sentiment d'abandon important, se sentant exclu du monde. Une thérapie inspirée de la psychanalyse qui ne respecte pas obligatoirement ce principe, peut cependant permettre au sujet de faire sens avec des conflits ou traumatismes anciens et ainsi agir sur la réduction de symptômes (Ferrari & al., 2011).

Dans cette première partie de notre phase pratique, nous avons présenté l'état de stress post-traumatique dans ses aspects cliniques : son évaluation, ses symptômes, les traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques adaptés. Suite à l'échange téléphonique avec la psychologue-psychothérapeute qui nous a confirmé, par son expérience, l'intérêt d'un suivi ergothérapique avec le patient souffrant d'ESPT, nous présentons désormais le potentiel de l'ergothérapie dans l'accompagnement de ce dernier.

- 2.2 L'accompagnement de l'ESPT en ergothérapie

Afin d'augmenter l'accessibilité et la compréhension de notre écrit à d'autres professionnels que les ergothérapeutes, nous avons choisi de commencer par définir l'ergothérapie avant d'en expliciter les apports dans l'accompagnement du patient souffrant d'ESPT.

2.2.1 Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel de la santé intervenant sur prescription médicale en France. L'ergothérapie est une science faisant le lien entre la personne, son environnement et ses activités. Elle peut prendre des formes variées selon la personne, son projet de vie, le contexte institutionnel, ou le modèle conceptuel utilisé. Les ergothérapeutes peuvent en effet exercer dans les secteurs sociaux, médico-sociaux ou sanitaires au sein d'une équipe pluridisciplinaire et avec un réseau d'acteurs et partenaires. D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE, 2017), l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de 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 de la personne et de son environnement. L'ergothérapeute guide la personne vers l'identification de ses difficultés, de ses besoins, vers la récupération optimale de ses capacités fonctionnelles physiques et psychiques. Il agit également sur l'environnement préconisant des moyens de compensation ou adaptations lorsque la récupération est optimale afin de pallier les difficultés restantes.

Compte tenu du pourcentage élevé de comorbidités psychiatriques de l'ESPT, nous orientons la suite de notre cheminement sur la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie. En effet, si l'ergothérapeute peut rencontrer des patients souffrant de ce syndrome en service de rééducation, ce pourcentage augmente la probabilité de cette rencontre dans le champ de la santé mentale. Dans le domaine du handicap psychique, l'ergothérapeute évalue les retentissements fonctionnels de la pathologie sur les investissements professionnels, relationnels et de vie quotidienne visant une qualité de vie satisfaisante pour la personne. Il est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne à son environnement et les exigences de la vie en société. C'est pourquoi, nous nous intéressons dans la partie suivante à l'analyse des retentissements fonctionnels de l'ESPT sur les activités de la personne dans les dimensions sociales, professionnelles et personnelles.

2.2.2 Des symptômes de l'ESPT aux impacts sur la vie quotidienne

Si nous avons présenté précédemment l'ensemble des symptômes permettant le diagnostic de l'ESPT selon le DSM-V (2013), il nous semble indispensable de revenir sur les conséquences fonctionnelles de ces signes cliniques afin de faire émerger les principaux axes d'intervention possibles de l'ergothérapeute.

Nos différentes lectures font ressortir trois signes cliniques principaux : la répétition ou reviviscence, les conduites d'évitements et l'hypervigilance (et troubles du sommeil) comme

l'affirment par exemple Ferreri et al en 2011. Comme ces derniers le rappellent, le syndrome de répétition ou reviviscence est « constitué de la reviviscence intrusive, involontaire, itérative de la situation traumatique. Il apparaît de façon soit spontanée [...] soit réactionnelle à des indices rappelant la situation traumatique ». Quant aux conduites d'évitement, le patient les développe afin d'éviter ces reviviscences douloureuses de la situation traumatique. Il se détourne de tout indice rappelant la situation redoutée et met alors en œuvre des stratégies modifiant ses habitudes. C'est ainsi que la personne renonce à certains trajets, transports, programmes de télévision, films mais aussi, qu'elle limite ses relations professionnelles, comme amicales, fuyant les conversations anxiogènes. Le patient souffrant d'ESPT se retrouve donc fréquemment en situation d'isolement social et familial, également en rupture d'activités socio- professionnelles. Enfin, l'hypervigilance à l'environnement est source d'angoisse qui elle-même accroît l'hyper-réactivité sensorielle : « L'intégration sensorielle a perdu ses capacités de filtrage de l'environnement. Le patient perçoit tous les stimuli amplifiés et non discriminés, ce qui explique en partie les fréquentes reviviscences et réactions de sursaut. Elles sont ressenties comme une perte de contrôle qui augmente l'irritabilité avec parfois des accès de colère dans un contexte d'alerte permanente » (Ferreri & al., 2011). Ces comportements verbalement ou physiquement agressifs sont un autre élément altérant les interactions entre la personne et son environnement social. Enfin, comme l'évoquait l'un des critères de diagnostic « l'individu peut éprouver une réduction nette de l'intérêt pour des activités précédemment appréciées ou une diminution de la participation à ces mêmes activités ». Nous rappelons à ce stade que l'un des objectifs clés de l'ergothérapie est d'optimiser la participation de la personne aux activités significatives pour celle-ci. La participation réduite voire disparue de la personne souffrant d'ESPT entraînant l'isolement, l'altération des relations sociales et familiales, l'échec professionnel, sont des impacts fonctionnels des symptômes qui démontrent l'intérêt d'un accompagnement en ergothérapie.

2.2.3 Le rôle de l'ergothérapeute

Dans cette partie, nous cherchons à approfondir le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de l'ESPT. Seule la littérature anglo-saxonne nous a permis de dresser un tableau plus précis de l'intervention ergothérapeutique.

Baum (2008), mentionne les apports majeurs de l'ergothérapie depuis la première guerre mondiale auprès des vétérans. Elle affirme que : "Occupational Therapists (OT) plays a unique role in helping veterans recover from PTSD" (les ergothérapeutes jouent un rôle unique en aidant les anciens combattants à se remettre de l'ESPT). Selon elle, l'ergothérapie devrait être

explicitement incluse dans les équipes de traitement pour répondre aux problèmes de la vie quotidienne des anciens combattants et leurs familles à travers les phases de récupération et de réinsertion dans la vie civile. Elle ajoute que les ergothérapeutes aident ces vétérans à définir leurs objectifs, à développer des stratégies pour les atteindre et à obtenir les capacités qui leur permettront d'accéder à un niveau optimal de participation et d'indépendance. Enfin, elle précise que l'ergothérapeute met en place des stratégies permettant aux vétérans d'augmenter leurs performances dans les activités de la vie quotidienne, durant lesquelles des difficultés se font ressentir. Celles-ci peuvent être de l'ordre des tâches multiples, le séquençage des tâches, le maintien de la sécurité, l'appréciation de la situation ou d'autres en lien avec une fatigue cognitive. Si cette déclaration cible essentiellement les vétérans victimes d'ESPT, un document de l'AOTA (American Occupational Therapy Association, 2015) appuie le fait que les ergothérapeutes sont particulièrement qualifiés pour accompagner les personnes souffrant de ce trouble, dans toutes les phases de rétablissement en utilisant l'engagement dans des activités significatives pour atteindre leurs objectifs. Une activité est définie comme significative lorsqu'elle a du sens pour la personne (Meyer, 1990). De plus, selon l'AOTA, nos interventions peuvent avoir comme objectifs de stabiliser les symptômes en apprenant des nouvelles stratégies d'adaptation ou en entraînant le patient et les soignants à des stratégies d'auto-adaptation adaptées ou modifiées. Ces stratégies sont élaborées dans le but de ne pas déclencher par inadvertance les schémas d'hypersensibilité, dissociation, ou encore les flashbacks. L'ergothérapeute peut aussi aider la personne à accroître sa capacité à participer à des rôles et activités significatives, en l'aidant à planifier et à initier l'utilisation d'une routine quotidienne. Pour conclure, le rôle de l'ergothérapeute auprès du patient souffrant d'ESPT semble déterminé et légitime en Amérique du nord. Néanmoins, nous ne trouvons aucun article francophone sur l'accompagnement ergothérapeutique de ce syndrome.

2.3 Pré-enquête

Devant le manque de littérature française sur l'accompagnement de l'ESPT en ergothérapie, nous avons choisi de mener une enquête exploratoire sur le terrain à l'aide d'un questionnaire. Face au pourcentage élevé de comorbidités psychiatriques, nous avons ciblé les ergothérapeutes exerçant en santé mentale. Le questionnaire a donc pour but d'avoir plus d'informations sur la perception des ergothérapeutes de ce syndrome (cf. Annexe 1). Quelles sont leurs connaissances de celui-ci ? Accompagnent-ils des patients souffrant de ce syndrome ? Quelles sont les évaluations qu'ils utilisent ? Selon eux, s'agit-il d'un trouble diagnostiqué ? Six ergothérapeutes ont rempli notre questionnaire. L'analyse des résultats (cf. Annexe 2) fait ressortir que les

troubles les plus accompagnés par ces ergothérapeutes sont d'abord le trouble dépressif, puis le trouble bipolaire et enfin le trouble addictif, la psychose et le trouble anxieux. Les six ergothérapeutes ont dit ne connaître l'ESPT que partiellement alors que la moitié affirme accompagner des patients atteints. Seulement un sur six, pense que le diagnostic d'ESPT est toujours posé pour ces patients. De plus, un seul thérapeute a su citer les trois symptômes majeurs du syndrome. Concernant les outils d'évaluation qu'ils utilisent au quotidien, très peu utilisent des bilans validés, ils évaluent davantage par l'observation, l'entretien à titre qualitatif, et l'observation en situation. Par rapport à l'ESPT, aucun ne connaissait d'évaluation spécifique. Cependant, tous les ergothérapeutes interrogés ont proposé des activités à mettre en place dans le plan de traitement pour ces patients.

Pour conclure cette enquête de terrain, nous pouvons dire qu'en France, l'ESPT est peu connu par les ergothérapeutes, ceux-ci accompagnant plus souvent des patients avec d'autres troubles mentaux graves (dépression, trouble addictif, schizophrénie, etc.). Cette enquête nous a permis de confirmer que l'ergothérapeute exerçant en santé mentale est bien amené à accompagner cette population. Deux difficultés ressortent cependant. D'une part, il s'agit du manque de notions de ce trouble encore peu connu et souvent sous-diagnostiqué par la clinique de santé mentale. D'autre part, les ergothérapeutes ne connaissent pas d'évaluation spécifique pour le patient souffrant d'ESPT et proposent tous des évaluations par observation ou entretien sans outils validés.

3. Question centrale

La réalisation de notre phase exploratoire nous amène au fil de nos lectures et de notre enquête sur terrain à faire émerger l'une des premières problématiques à laquelle peut être confronté l'ergothérapeute accompagnant un patient souffrant d'ESPT : l'évaluation.

En effet, notre état des lieux révèle des complexités d'évaluation de ce trouble principalement dues à la diversité et pluralité des symptômes ainsi qu'aux comorbidités masquant souvent les signes diagnostiques. De la même manière, ces comorbidités peuvent fausser l'évaluation en ergothérapie dans le domaine de la santé mentale. Or, l'évaluation est la première étape du plan de traitement ergothérapeutique selon Meyer (1990). Suite à cette étape, l'ergothérapeute dégage les objectifs et moyens de traitement qu'il négocie avec le patient dans le but d'atteindre la finalité du projet de soin. Dans le cas de l'état de stress post-traumatique, nous retenons qu'il s'agit d'un trouble peu connu par les thérapeutes en France, ce qui implique une nécessité doublement importante de réaliser une évaluation complète et adaptée auprès de

cette population. De plus, le constat de la non existence d'outil d'évaluation spécifique en ergothérapie appuie ce besoin émergent. Concernant la visée de l'accompagnement de l'ESPT, nous retenons du balayage des retentissements fonctionnels des symptômes, une diminution générale de la participation du patient dans les activités de la vie quotidienne. Ces conclusions nous amènent à formuler notre question centrale ainsi :

En quoi l'évaluation ergothérapique peut-elle favoriser la participation du patient souffrant de l'état de stress post-traumatique dans les activités de la vie quotidienne ?

4. Théorisation

L'apport de théories à ce stade de notre cheminement a pour buts de conceptualiser et ainsi éclaircir notre problématique pratique. Nous commençons par développer l'évaluation ergothérapique en santé mentale avant de se pencher sur un modèle conceptuel pertinent dans ce domaine de pratique.

4.1 L'évaluation ergothérapique

4.1.1 Une démarche actuelle en santé mentale

Koch (2016), ergothérapeute, affirme que « se sensibiliser à une démarche évaluative en santé mentale devient incontournable ». Celle-ci explique que cette approche est actuellement en plein essor, développant l'efficience et les valeurs de l'ergothérapie. La démarche évaluative apporte, en ce sens, de la validité et crédibilité à notre profession parallèlement à l'évolution de la psychiatrie. L'auteur évoque par ailleurs l'évolution du référentiel de compétences où l'ergothérapeute a désormais pour missions d'établir un diagnostic, après une évaluation complète mais est aussi en mesure de référencer ces outils d'évaluation. L'ANFE publie un livre blanc, rédigé par Riou (2016), sur l'ergothérapie en santé mentale. Ce document a pour objectifs de définir le champ d'intervention de l'ergothérapeute dans ce domaine ainsi que de proposer des améliorations par rapport à une liste de recommandations. Dans celui-ci, les intérêts de l'évaluation sont également évoqués à plusieurs reprises. Les ergothérapeutes suivent actuellement une démarche d'évaluation constante de leur intervention afin d'en ajuster les objectifs en fonction de l'évolution de la personne. Toujours d'après ce document, les outils d'évaluation permettent également aux ergothérapeutes d'assurer la traçabilité de leurs actes, ce qui permet de s'inscrire dans le projet de soins global de l'ensemble de l'équipe.

Au-delà de ces intérêts, Koch (2016) présente également la place de l'évaluation dans l'alliance thérapeutique. Favorisant une meilleure connaissance du patient et ainsi un meilleur

accompagnement dans son projet de soin, l'évaluation ergothérapique favorise l'intégration du patient dans son parcours de soin. En effet, comme l'ajoute Riou (2016), l'évaluation en ergothérapie s'étend désormais à l'évaluation de la motivation de la personne, sa capacité à identifier ses forces et faiblesses ainsi que son engagement dans les soins.

Nous venons de démontrer que le développement d'une démarche évaluative est devenu une perspective contemporaine en ergothérapie et particulièrement dans le champ de la santé mentale. Nous présentons dans la partie suivante les différents moyens d'évaluation utilisés par l'ergothérapeute.

4.1.2 Les moyens d'évaluation de l'ergothérapeute

Le recueil de données et l'évaluation initiale constitue la première étape du processus d'intervention en ergothérapie (Meyer, 1990). Durant cette phase, l'ergothérapeute cherche à recueillir tous les éléments sur le plan clinique, environnemental et motivationnel de la personne. Ces éléments peuvent être recueillis auprès de la personne ou de son entourage, du dossier médical ou encore auprès de l'équipe pluridisciplinaire. Concernant les moyens d'évaluation, les entretiens sont de rigueur en psychiatrie permettant d'installer une relation de confiance, support fondamental pour une alliance thérapeutique. Plusieurs techniques d'entretien sont utilisées en psychiatrie comme l'entretien motivationnel initié par Miller et Rollnick dans les années 1980 (HAS, 2008). Nous évoquons cette approche car celle-ci est particulièrement utilisée dans l'accompagnement d'un processus de changement, accompagnement que l'ergothérapeute est amené à effectuer en santé mentale. Basé sur l'écoute active et une attitude empathique, son objectif premier est de susciter et renforcer la motivation personnelle à changer. L'ergothérapeute complète ces entretiens par des évaluations qualitatives et/ou quantitatives prenant la forme de bilans standardisés ou d'observation clinique notamment lors de mise en situation d'activités (Riou, 2016). Parmi ces bilans, les formes de passation sont variables, l'ergothérapeute peut utiliser des hétéroévaluations, dont il remplit les grilles en interrogeant le patient ou en l'observant lors d'une mise en situation. Une autre forme de bilan consiste en des auto-évaluations, remplies par le patient lui-même. Les apports de l'auto-évaluation en santé mentale ont le mérite d'être présentés, d'après Koch (2016). En effet, nous avons eu l'opportunité d'assister à une conférence de cette dernière, datant du 14 février 2018 et intitulée « de l'auto-évaluation au processus de changement ». Elle partage à cette occasion les conclusions de ses recherches, formations et expériences en ce qui concerne les intérêts de l'auto-évaluation. Nous retenons que ce type de bilan a l'avantage de susciter l'intérêt du patient, lui permettant de s'affirmer et d'identifier ce qui lui ressemble. Du

point de vue du patient, la passation d'une auto-évaluation lui permet de structurer ses pensées, clarifier sa situation et ainsi faire des choix. Notons que cette démarche fait ainsi écho à l'autonomisation de la personne qui constitue généralement un objectif en ergothérapie. Du point de vue du thérapeute, l'auto-évaluation permet d'élaborer le plan de traitement en fonction de la perception du patient, de ce qu'il montre et ce qu'il souhaite. Ainsi, ce type de bilan participe à rendre le patient acteur et responsable de sa prise en soin. Nous retrouvons ces intérêts de l'auto-évaluation dans la littérature, notamment dans l'écrit de Manidi (2005) où celle-ci affirme que l'auto-évaluation a « un effet rassurant car le patient devient expert de ce qu'il ressent ou de la qualité de ce qu'il fait ». Nous découvrons d'ailleurs dans le même ouvrage un outil d'auto-évaluation nommé l'Occupational Self Assessment (OSA) et découlant du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), dont les intérêts en santé mentale sont développés par Bélanger, Briand et Rivard (2005).

Le MOH, est un modèle appliqué en ergothérapie et est à l'origine d'un grand nombre d'outils d'évaluation validés. Celui-ci nous semble intéressant par rapport à notre problématique pratique ciblée sur l'évaluation de l'ergothérapeute. C'est ainsi que nous nous orientons sur la théorie du MOH pour la suite de notre théorisation.

4.2 La théorie du MOH

Comme le rappelle le livre blanc en santé mentale (Riou, 2016), l'ergothérapeute est formé à plusieurs approches théoriques de la santé mentale : les psychodynamiques, la réhabilitation psychosociale, les approches cognitivo-comportementales, systémique ou encore la psychothérapie institutionnelle. Parallèlement à ces approches, les ergothérapeutes développent également leur pratique autour de modèles plus spécifiques tels que le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) ou encore le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Ce dernier, ayant la particularité d'induire différents outils d'évaluation dont des auto-évaluations, est présenté ci-après.

Le MOH est introduit en 1980 par Kielhofner (Mignet, 2017). Ce modèle est actuellement « l'un des modèles de références les plus cités par les ergothérapeutes » et est à l'origine de nombreux travaux de recherches et études depuis ces 25 dernières années, selon Belanger, Briand, et Marcoux (2006). Ces auteurs rappellent les principes de bases qui différencient ce modèle des autres. Le MOH « s'intéresse à la nature occupationnelle de l'être humain qui donne un sens à sa vie et lui permet de s'adapter aux exigences de la vie en société » (Belanger & al., 2006). Le concept de nature occupationnelle se définit à travers 4 dimensions : la motivation de

la personne à participer aux activités, l'organisation de ses activités sous forme de routine, l'environnement et le contexte à la fois dans l'espace et dans le temps dans lequel les activités se déroulent et enfin le rendement souhaité. Ce modèle est donc une théorie centrée sur l'occupation. Belanger et al (2006) reprennent la définition de l'occupation humaine par « la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique ». D'après Mignet (2017), l'objectif du modèle est « d'expliquer les relations complexes et dynamiques de l'engagement humain dans l'occupation ; celui-ci s'expliquant à la fois par la motivation de la personne, ses habiletés, les exigences de l'environnement... ». Ils ajoutent, que la finalité des interventions ergothérapeutiques utilisant cette théorie, vise l'adaptation et la participation occupationnelle de la personne. Or, nous avons démontré dans notre phase pratique que le sujet souffrant d'ESPT ne participait plus à la majorité des activités de la vie quotidienne. Par conséquent, le développement de la participation occupationnelle est bien une finalité pour cette population. Nous poursuivons ainsi le développement de cette théorie qui ne peut qu'étayer notre problématique pratique. Dans un premier temps, nous présenterons les concepts de ce modèle puis nous les confronterons au sujet souffrant d'ESPT. La figure ci-dessous représente la dynamique du modèle du MOH où l'on peut visualiser les interactions entre les composantes de l'être avec l'environnement, puis leurs influences sur les 3 dimensions de l'agir qui génèrent enfin l'adaptation occupationnelle.

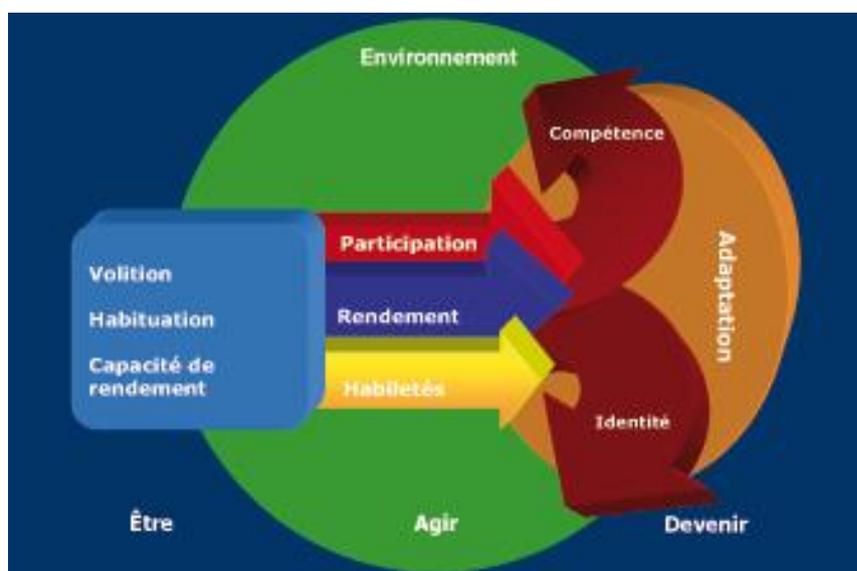


Schéma récapitulatif du Modèle de l'Occupation Humaine disponible sur le site du CRMOH
(Centre de Référence du Modèle de l'Occupation Humaine)

4.2.1 Les dimensions de l'Être

Comme le rappelle Mignet (2017), la motivation de la personne à agir dans ses occupations est ainsi au centre de cette théorie se composant de 3 concepts : la volition, l'habituatation et la capacité de rendement. Ces dernières composantes sont en interaction entre elles mais aussi avec l'environnement physique et social de la personne. Cet environnement peut être vecteur de ressources comme de contraintes selon les composantes de l'Être. Le résultat de toutes ces interactions est donc unique et propre à chaque personne. En d'autres termes, cette première partie du modèle permet au thérapeute d'analyser comment la personne se motive à agir (volition), comment elle organise sa routine (habituatation) et enfin quel est son rendement lorsqu'elle réalise une occupation (capacité de rendement) dans son environnement.

La volition se définit ainsi par la motivation de la personne à agir. Cette motivation est déterminée par trois sous-composantes qui sont les valeurs, les intérêts de la personne et les déterminants personnels qui représentent la perception de l'individu de son efficacité. Quant à l'habituatation, ce concept se réfère à l'organisation des actions sous formes semi-automatiques : elle comprend les habitudes et les rôles de la personne. Tous les comportements automatiques et répétitifs que nous développons dans des contextes environnementaux particuliers entrent donc dans ce concept. Les habitudes apprises et intégrées en fonction du contexte social (rôle de parent, ami, frère...) s'y apparentent également. Enfin, la capacité de rendement se définit par les moyens dont la personne dispose pour atteindre ses buts. Elle comprend à la fois les composantes objectives (capacités physiques et mentales) et l'expérience subjective du sujet. Les trois composantes de l'Être définies ci-dessus déterminent et soutiennent la manière d'agir du sujet.

4.2.2 Les conséquences de l'Être sur l'Agir

Comme pour l'être, trois concepts composant l'agir ou la façon dont la personne réalise ses activités : la participation occupationnelle, le rendement occupationnel et les habiletés occupationnelles. Ces composantes façonnent l'adaptation de la personne dans ses occupations ou adaptation occupationnelle. La participation occupationnelle est la dimension la plus large de l'Agir, elle correspond à l'engagement effectif de la personne dans ses occupations. Le deuxième niveau est le rendement occupationnel (ou performance occupationnelle) qui s'intéresse à la réalisation de l'ensemble des actions nécessaires à la participation occupationnelle. Enfin, les habiletés occupationnelles sont le plus petit niveau de l'Agir et représentent les actions directement observables lorsque la personne réalise une activité. Nous y retrouvons ainsi les habiletés motrices, opérationnelles, de communication et d'interaction.

4.2.3 Les conséquences de l'Agir sur le Devenir

L'adaptation occupationnelle, dernière composante visible sur le schéma du modèle, est la résultante de la dynamique établie entre les dimensions de l'être et de l'agir, en constante interaction avec l'environnement. Générée par l'identité et la compétence occupationnelle de la personne, elle permet au sujet de s'adapter à de nouvelles occupations. Comme l'expliquent Mignet (2017), l'identité occupationnelle est « un amalgame subjectif de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite devenir » en fonction de l'accumulation des expériences vécues lors des occupations. Pour Bélanger et al (2006) l'identité sert à construire un « système de valeurs basé sur le futur que nous désirons », constituant ainsi un guide pour la personne. L'identité fait référence au sens que la personne donne à sa routine, à ses rôles ainsi qu'à sa perception de l'environnement. Mignet (2017) présente le lien avec la compétence occupationnelle qui reflète l'identité : la compétence occupationnelle est « la capacité de la personne à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations cohérente avec son identité occupationnelle ».

Pour conclure, le MOH est un modèle qui permet de comprendre l'engagement de la personne dans l'occupation, en s'intéressant aux composantes motivationnelles de celle-ci, placée au centre de cette théorie. Mignet (2017) affirme qu'en utilisant ce modèle, la finalité en ergothérapie vise l'adaptation et la participation occupationnelle de toute personne. Or, cela constitue la finalité de l'accompagnement du patient souffrant de l'ESPT en ergothérapie, d'après nos conclusions de notre phase pratique. Ainsi, c'est par le filtre du MOH que nous revenons sur notre question centrale.

4.3 Intérêts du MOH avec l'ESPT

Dans le cadre de notre mémoire concernant le patient souffrant d'ESPT, nous comprenons, selon cette théorie, que la participation occupationnelle du patient dépend en premier lieu des composantes motivationnelles. Cela nous amène à revenir sur la question de la motivation du patient ayant un ESPT à participer aux activités de la vie quotidienne. Comme nous l'avons vu dans notre phase pratique, le patient souffrant de ce trouble présente fréquemment une perte d'intérêt pour les activités qui lui étaient auparavant significatives ainsi qu'une diminution de l'estime de soi l'amenant à ne plus participer aux activités de la vie quotidienne. Ces éléments sont tout à fait conceptualisables avec le MOH où la volition les inclut dans les centres d'intérêts, les valeurs et la causalité personnelle. En effet, les valeurs de la personne, ce qu'elle considère important sont bien impactées chez ce patient tout comme ses centres d'intérêts que ce dernier a perdu. Enfin, la causalité personnelle se définissant comme la connaissance que la

personne a de ses capacités est également impactée puisque l'estime de soi est diminuée. De plus, parmi les signes cliniques de ce trouble, nous avons cité les conduites d'évitement qui consistent à mettre en œuvre des stratégies modifiant les habitudes de vie, dans le but d'éviter les reviviscences douloureuses. Nous avons montré que cela a un impact social pour le patient qui limite ainsi ses routines, ses relations professionnelles, amicales ou encore sa participation dans ses activités. Ici, le sujet met en place des stratégies d'adaptation en fonction de l'environnement dans lequel il se trouve. On retrouve ainsi l'interaction entre l'être et l'environnement constant dans la dynamique du MOH. Lorsque le sujet modifie ses routines, cela se traduit, dans l'application du modèle par une modification de l'habitude, autre composante de l'Être. Selon la théorie, si les composantes motivationnelles, autrement dit les dimensions de l'Être sont modifiées, alors ce changement aura un impact sur les composantes de l'Agir dont la participation occupationnelle en constitue le premier niveau. Ainsi, nous comprenons que pour accompagner le patient à participer de nouveau à ses occupations, l'ergothérapeute doit d'abord tenter d'agir sur les composantes motivationnelles, la volition du patient.

D'après Mignet (2017), pour Kielhofner, le rôle de l'ergothérapeute est de développer la participation de la personne dans les occupations qui ont du sens pour elle. Pour cela, le thérapeute « va accompagner la personne vers un/des changements de cette structure occupationnelle, en tentant d'agir sur un ou plusieurs des facteurs identifiés grâce à l'évaluation » (Mignet, 2017). Ce principe rappelle que pour agir sur la volition du patient, l'ergothérapeute doit en amont l'identifier. D'après le schéma des six étapes du raisonnement thérapeutique de Kielhofner (2008) traduit par Mignet (2017) et présenté en annexe 3, l'évaluation constitue en effet une phase fondamentale dans le processus d'intervention, regroupant trois étapes sur six. C'est ainsi que de nombreux outils d'évaluation découlent de ce modèle.

A ce stade de notre cheminement, notre question centrale se précise grâce à l'apport des théories choisies. La démarche évaluative ainsi que l'apport du MOH font émerger le besoin d'évaluer la volition du patient afin de pouvoir agir sur ses composantes motivationnelles. Cela permet ainsi, de développer la participation occupationnelle. Par conséquent, il nous semble incontournable de se focaliser sur l'un des outils d'évaluation validés du modèle en santé mentale. L'évolution de notre réflexion, nous amène ainsi, à proposer une problématique intermédiaire :

Par quel outil d'évaluation, basé sur les concepts du MOH, l'ergothérapeute peut-il évaluer la volition du patient souffrant d'ESPT ?

4.4 Les outils d'évaluations du MOH

Face à la quantité d'outils d'évaluation découlant du MOH, un travail d'analyse de ces derniers s'est suivi de cette évolution de problématique. Suite à la découverte de l'ensemble de ces 19 outils, quatre d'entre eux nous semblent particulièrement intéressants par rapport à notre objet de recherche. Il s'agit du MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool), du QV (Questionnaire Volitionnel), de l'OPHI-II (Occupational Performance History Interview) et de l'OSA (Occupational Self Assessment). Un tableau comparatif de ces derniers (cf. Annexe 4) présente les objectifs, modalités de passation ainsi que les intérêts par rapport à notre recherche. Parmi ces quatre outils, nous remarquons que seul l'OSA a la particularité d'être une auto-évaluation. Or, comme les intérêts de ce mode de passation en santé mentale ont été présentés dans notre première partie théorique, nous choisissons ainsi de nous focaliser sur cet outil.

L'OSA (cf. Annexe 5) est un outil d'auto-évaluation général comme Koch (2016) le rappelle. S'il n'évalue pas un concept spécifique du MOH mais plutôt l'ensemble de la dynamique, il permet au patient de livrer sa perception sur l'ensemble de son fonctionnement occupationnel (Belanger & al, 2006). Le patient complète 29 énoncés relatifs à la vie quotidienne tels que « utiliser efficacement mes habiletés », « prendre des décisions à l'égard de choses que je juge importantes », « gérer mon budget ». Pour chaque énoncé, le sujet hiérarchise, dans un premier temps le degré de difficulté rencontrée. Puis, dans un second temps, il priorise ces difficultés par degré d'importance. Enfin, dans un troisième temps, il est demandé au patient de choisir quelles situations il souhaiterait changer.

Cet outil, étant général, aborde toutes les composantes du MOH dont la volition. En effet, les sous-composantes de la volition qui sont les intérêts de la personne, ses valeurs et la causalité personnelle, sont mises en question à travers plusieurs énoncés. Le fait qu'il s'agisse d'une auto-évaluation implique que le thérapeute évalue bien la perception de la personne de ses capacités (causalité personnelle). De plus, lorsqu'il est demandé de hiérarchiser ces activités par importance, cela revient à déterminer les activités qui sont importantes pour le patient (ses valeurs) ainsi que celles qu'il préfère (ses intérêts). L'OSA nous semble ainsi pertinent comme choix d'outil, afin de répondre à notre problématique. Cependant, un autre bilan apparaît à plusieurs reprises au fil de nos lectures de par ses similitudes avec l'OSA. Il s'agit de

l'ELADEB (Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins). Cet outil est également une auto-évaluation ayant pour objectifs premier d'évaluer la perception du patient de ces difficultés et des besoins d'aides. La particularité de cet outil réside dans la forme de la passation qui s'effectue par un tri de cartes, dont les images représentent chaque domaine des activités de la vie quotidienne. Notons que les deux tris principaux sont suivis d'un entretien avec le patient afin d'explicitier les raisons de ses choix. Comme pour l'OSA, il est ainsi demandé au patient de hiérarchiser ses difficultés par importance à travers tous les domaines de la vie quotidienne. Comme le souligne Koch (2016), « si d'un côté ce sont des domaines de vie « imagés » et de l'autre des énoncés concrets de tâches à effectuer, la consigne reste sensiblement identique ». Nous déduisons ainsi que l'ELADEB pourrait, au même titre que l'OSA permettre l'évaluation de la volition du patient. Nous approfondissons ainsi nos recherches sur l'ELADEB et découvrons que plusieurs études ont été récemment réalisées sur cet outil faisant de ce dernier un bilan actuel. Si l'outil a été créé pour l'évaluation des difficultés et des besoins des patients psychiatriques (Pomini, Golay et Reymond, 2008), nous remarquons que les études de cet outil s'étendent actuellement à d'autres domaines que la psychiatrie. Nous pouvons citer Roth (2015) qui s'intéresse à l'intérêt de l'utilisation de l'ELADEB en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), ou encore Tramier, Petitjean, Nouat, Tschan et Carpentier (2013) qui étudient les intérêts de l'outil dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

4.5 De la question centrale définitive à la formulation de l'hypothèse

A ce stade, une dernière évolution de notre question centrale s'impose. Rappelons que la dernière problématique posée était : Par quel outil d'évaluation, basé sur les concepts du MOH, l'ergothérapeute peut-il évaluer la volition du patient souffrant d'ESPT?

Suite à la dernière partie de notre théorisation traitant ces outils, nous pouvons affirmer que l'ELADEB est un outil actuellement en plein essor dans le domaine de la santé mentale dont le fond est similaire à l'OSA. Or, nous avons démontré que l'OSA, outil du MOH, permettait, entre autres, d'évaluer la volition du patient. Cela nous amène à préciser notre question centrale : En ergothérapie, la passation de l'ELADEB permet-elle d'évaluer la volition du patient souffrant d'ESPT ? C'est ainsi que nous parvenons à l'hypothèse suivante :

La passation de l'ELADEB permet à l'ergothérapeute d'évaluer la volition du patient souffrant d'ESPT.

Suite à la formulation de cette hypothèse, nous avons souhaité nous assurer de la pertinence de celle-ci en prenant contact avec un professionnel expert. C'est ainsi que nous avons eu un entretien téléphonique avec Madame Koch, ergothérapeute citée à plusieurs reprises de notre théorisation, qui est également formatrice de l'outil ELADEB à l'ANFE. Son expérience de l'outil ainsi que sa connaissance approfondie du modèle de l'occupation humaine lui ont permis de nous apporter un avis favorable quant à notre hypothèse. Suite à cet échange nous encourageant à poursuivre, notre hypothèse a également été validée par notre référente professionnelle et enfin notre référente pédagogique. Nous nous interrogeons ainsi sur la mise en place d'une expérimentation.

5. Mise en place d'une expérimentation

5.1 Objectifs

L'objectif de notre expérimentation est de valider ou infirmer notre hypothèse selon laquelle, l'ELADEB permet d'évaluer la volition du patient en santé mentale. Afin d'atteindre cet objectif, nous élaborons un dispositif de recherche dont les étapes sont présentées dans les sous-parties suivantes.

5.2 L'échantillonnage

5.2.1 Population mère

La première étape de notre dispositif de recherche consiste à déterminer la population mère, c'est-à-dire l'ensemble d'individus cible possédant des caractéristiques précises par rapport à nos objectifs de recherche. Notre hypothèse porte sur l'intérêt d'utiliser l'outil ELADEB pour les ergothérapeutes accompagnant des patients souffrant d'ESPT. La population mère devrait ainsi être constituée d'ergothérapeutes accompagnant cette population. Néanmoins, notre réflexion pratique ayant fait ressortir le sous-diagnostic du trouble ainsi que les importantes comorbidités psychiques pouvant masquer celui-ci, nous faisons le choix de cibler les ergothérapeutes exerçant plus globalement en santé mentale. Cette décision est également effectuée afin de pouvoir augmenter la taille de notre échantillon et ainsi la précision de nos résultats. Enfin, la volition pouvant être atteinte chez des individus souffrant d'autres troubles en santé mentale, généraliser notre population mère aux ergothérapeutes exerçant dans ce domaine apporte à notre étude plus de perspectives. Nous devons alors modifier la deuxième partie de notre hypothèse qui devient : La passation de l'ELADEB permet d'évaluer la volition du patient en santé mentale.

5.2.2 Choix technique d'échantillonnage

Après avoir ciblé notre population, nous procédons à l'échantillonnage, qui permet de sélectionner les participants dans notre population. Nous choisissons une technique non probabiliste et plus particulièrement l'échantillonnage par choix raisonné. Les autres techniques non probabilistes sont en effet exclues puisque nous ne nous intéressons pas à différentes sous-populations (par exemple : technique par quotas), mais à des caractéristiques précises dans la population d'ergothérapeutes exerçant en santé mentale.

Afin de constituer notre échantillon, nous précisons les critères d'inclusion. Les participants doivent présenter les deux critères suivants :

- Etre ergothérapeute exerçant en santé mentale
- Etre ergothérapeute utilisant l'outil ELADEB dans sa pratique

Parmi les participants présentant l'ensemble de ces critères, nous excluons seulement ceux qui connaissent notre objet de recherche ainsi que ceux dont l'expérience en santé mentale est inférieure à 1 an. Nous estimons subjectivement, que ce seuil correspond au minimum d'expérience requis.

Afin de trouver les participants correspondant à notre échantillon, plusieurs démarches ont été entreprises. N'ayant, à ce stade fait aucun stage en santé mentale, nous n'avions aucun contact pouvant répondre aux critères de recherche. Nous nous sommes donc renseignés, dans un premier temps auprès de nos collègues de promotion qui ont eu une expérience dans ce domaine. Six adresses mails d'ergothérapeutes ont ainsi été récoltées. Nous avons ensuite renouvelé notre demande, cette fois-ci, auprès de notre référente professionnelle ainsi qu'auprès de Madame Koch, qui nous avait remis son adresse mail lors de l'échange évoqué précédemment. Nous avons également effectué une recherche, par l'intermédiaire d'un réseau social ouvert à un grand nombre d'ergothérapeutes. Notons que pour cette demande directement adressée aux ergothérapeutes, nous avons pris soin de ne pas évoquer notre objet de recherche afin d'éviter un biais. Suite à cette dernière démarche, 20 contacts de plus ont été recueillis. Enfin, afin de compléter ce recueil, nous avons contacter 5 centres de santé mentale en France dont les ergothérapeutes correspondaient aux critères. Ces centres nous ont été conseillés par l'intermédiaire de la demande effectuée sur le réseau social. 4 contacts ont ainsi été ajoutés à notre sélection. En conclusion, ces différentes démarches nous ont permis d'obtenir 30 contacts d'ergothérapeutes utilisant l'outil ELADEB en santé mentale.

5.3 Devis de recherche

5.3.1 Choix de la méthode

Après avoir défini notre échantillonnage, l'étape suivante du dispositif de recherche est de choisir une méthode spécifique d'expérimentation. Notre choix se porte rapidement sur l'enquête. Ayant poursuivi une démarche hypothético-déductive depuis le début de notre recherche, cette méthode apparaît indispensable afin de recueillir de nouvelles données à la fois qualitatives et quantitatives. Le choix de l'enquête se justifie également par l'intérêt d'interroger des professionnels, ayant de l'expérience dans le domaine de la santé mentale mais aussi dans la passation de l'ELADEB pour notre étude. Puisque nous nous intéressons, dans notre hypothèse à ce que l'ergothérapeute évalue lors de cette passation, l'expérience de celui-ci semble ainsi significative. En effet, si nous avions envisagé de réaliser nous même des passations de l'ELADEB sur notre lieu de stage, notre manque d'expérience et méconnaissance pratique de l'outil ont été des facteurs influençant notre choix final de l'enquête.

5.3.2 Choix de l'outil

La méthode par l'enquête suggère un choix entre deux outils : l'entretien ou le questionnaire. Nous choisissons ce dernier pour plusieurs raisons. D'abord, cet outil permet d'interroger un plus grand nombre d'ergothérapeutes que l'entretien. A la recherche de données quantitatives, cet atout nous semble prépondérant. De plus, nos démarches de recueil de participants ayant été concluantes, la population n'est donc pas un obstacle à la faisabilité d'une expérimentation par questionnaire. Nous sommes cependant conscients des limites du questionnaire. Etant un mode de collecte indirect, celui-ci peut comporter certains biais méthodologiques. Néanmoins, compte tenu des contraintes temporelles régissant ce travail d'initiation à la recherche, l'expérimentation par entretien limiterait notre échantillonnage et ainsi la précision de nos résultats. Le questionnaire est ainsi l'outil qui nous semble le plus pertinent.

5.4 Conception du questionnaire

La conception du questionnaire est une étape fondamentale puisqu'elle a pour but de faire le lien entre la théorie et l'expérimentation à mettre en place. Ainsi, nous expliquons dans les parties suivantes comment nous avons intégré les données théoriques à cet outil. Notons que la construction de ce questionnaire a été réalisée à l'aide de l'écrit de Tétreault et Blais-Michaud (2014).

5.4.1 Construction d'une matrice théorique

Afin de valider ou réfuter notre hypothèse, nous identifions, d'abord, les variables la constituant. Nous rappelons notre hypothèse : La passation de l'ELADEB permet à l'ergothérapeute d'évaluer la volition du patient en santé mentale. La « passation de l'ELADEB » par l'ergothérapeute représente la variable indépendante, celle-ci est fixe et indispensable pour l'existence de la deuxième variable. La « volition » constitue ainsi la variable dépendante, celle-ci peut varier au fil des réponses et dépend de la passation de l'ELADEB. Afin de déterminer plus facilement les indicateurs et indices de chacune, nous avons réalisé une matrice théorique (cf. Annexe 6). Pour la variable indépendante, nous ne développons pas d'indicateurs, seule la présence de passation de l'ELADEB sera vérifiée. Cependant, pour la deuxième variable, nous précisons les indicateurs qui sont issus de la théorie du MOH. Ainsi, les indicateurs de la volition sont ses 3 composantes à savoir les valeurs, les centres d'intérêts et la causalité personnelle du patient. Pour chaque indicateur, nous avons défini des indices afin de préciser notre collecte de données. Ces indices sont tirés des définitions des composantes de la volition selon le MOH et apparaissent également dans notre matrice théorique.

5.4.2 Organisation du questionnaire

La conception du questionnaire s'organise en quatre parties. La première est une introduction qui permet de présenter le cadre de l'étude. Nous rappelons, dans celle-ci, que le questionnaire s'adresse uniquement aux ergothérapeutes exerçant en santé mentale et utilisant l'outil ELADEB dans leur pratique. Y figure également une date limite, afin de pouvoir organiser notre traitement des données par la suite dans les temps impartis. Enfin, nous assurons dans cette introduction l'anonymat des réponses récoltées. La deuxième partie est destinée à établir le profil de la personne (lieux d'exercice, années d'expérience, expérience de l'ELADEB). La partie suivante comprend les questions relatives à notre objet de recherche et interroge donc les indicateurs définis. Afin de faciliter le traitement des données, notons que les questions de cette partie sont présentées dans le même ordre que dans la matrice théorique. Nous choisissons également de rédiger une question par indice à étudier afin d'assurer la validité de notre outil. Enfin, une dernière partie est consacrée à l'expression libre des participants sur le sujet. Contrairement au reste du questionnaire, les données attendues dans cette partie sont de type qualitatif.

5.4.3 Formulation des questions

Dans cette partie, nous expliquons et argumentons la formulation de nos questions (cf. Annexe 7). Les propositions de réponses associées sont également présentées dans le questionnaire en annexe 8. Les quatre premières questions ont pour objectif d'établir le profil des participants de l'étude, notamment afin de vérifier la présence des critères d'inclusion. Nous choisissons uniquement des questions fermées, avec proposition de réponses préétablies, afin que cette partie soit la moins coûteuse possible en termes de temps et de ressources pour le participant. Pour la première question concernant le lieu d'exercice, nous proposons l'« hôpital de jour », l'« hospitalisation complète » et une troisième catégorie « Autre ». Cette dernière apparaît suite à la difficulté de répertorier tous les lieux d'exercice possibles. La deuxième question sert à valider le critère d'inclusion concernant le nombre d'année d'expérience en santé mentale. Pour la troisième question estimant le nombre de passations de l'ELADEB, nous proposons 4 réponses représentant des tranches. Enfin la dernière question est une question fermée à choix multiples.

Les 6 questions suivantes, relatives à la variable dépendante, permettent de vérifier ou non la présence des indices définies dans notre matrice. Pour celles-ci, nous choisissons également des questions fermées et essentiellement dichotomiques. Les questions de ce type sont généralement faciles à administrer, à analyser et permettent de mettre le participant en confiance (Tétreault & Blais-Michaud, 2014). Sachant que la formulation des questions relève de la même méthode pour les 5 indices étudiés, nous choisissons d'en développer qu'une dans ce corps de texte. A titre d'exemple, pour la question « La passation de cette évaluation vous permet-elle de connaître les activités appréciées par la personne ? », le participant doit cocher soit « oui » soit « non ». Pour cette partie, nous ajoutons une définition des « valeurs » ainsi que du « sentiment d'efficacité » afin d'anticiper des biais qui seront analysés plus tard dans notre travail. Les questions dichotomiques ayant l'inconvénient de limiter les options pour le participant, nous utilisons une autre forme de questions fermées pour deux des questions de cette partie. Nous nous inspirons en effet d'une échelle d'attitude nommée l'échelle de Likert. Cette échelle est une mesure représentant un niveau d'opinion avec l'affirmation proposée. Par exemple, pour la proposition « l'outil ELADEB permet d'évaluer le sentiment d'efficacité de la personne », le participant coche entre « fortement d'accord », « d'accord », « en désaccord », « fortement en désaccord ». De plus, nous souhaitons expliquer le choix de la question « l'outil ELADEB permet d'évaluer la volition (motivation à agir) du patient ». Si cette proposition ne permet pas de valider un indice, il nous semble pertinent de la poser afin d'analyser la perception des ergothérapeutes de ce concept qui constitue notre variable.

Néanmoins, nous choisissons de la placer à la fin du questionnaire afin de ne pas influencer les réponses aux questions précédentes.

Enfin, en ce qui concerne la dernière partie de l'outil ayant pour but de permettre l'expression libre des participants sur notre sujet, nous formulons deux questions ouvertes. Ce type de question permet à la personne de se baser sur son propre cadre de référence et ne pas être influencé par le concepteur du questionnaire (Tétreault & Blais-Michaud, 2014).

5.4.4 Validation de l'outil

Avant de procéder à l'opérationnalisation, une dernière étape est indispensable : la validation. Pour cela, nous proposons, dans un premier temps, à une camarade de promotion de répondre à notre questionnaire. Ensuite, nous l'avons également envoyé à notre référente professionnelle avant de le faire parvenir, enfin, à notre référente pédagogique. Suite à ces tests, deux corrections sont apportées en ce qui concerne les formes des questions (cf. Annexe 9). La première concerne la question 7 dont les propositions de réponses sont dichotomiques. Nous choisissons en effet de remplacer ces réponses pré-établies par une échelle s'approchant des échelles de croyances « toujours », « souvent », « rarement », « jamais ». Ce choix se justifie par le besoin de précision des réponses à cette question qui se trouve être la seule sur l'indicateur « valeurs ». La deuxième correction porte sur la question 8, nous appliquons à celle-ci l'échelle de Likert de la même façon que les questions 9 et 10. Ces modifications sont appliquées en vue de faciliter l'analyse des données par la suite mais aussi afin de rendre celle-ci plus pertinente quant à notre objet de recherche. Suite à ces corrections, un dernier test a été effectué auprès d'une autre collègue de promotion.

5.5 Conditions d'opérationnalisation

Après la validation du questionnaire, nous choisissons d'utiliser un logiciel intitulé « Google forms » afin de mettre en place l'opérationnalisation. Cet outil permet de créer notre questionnaire de façon à ce que les participants puissent répondre directement en ligne. Le but est donc de faciliter l'administration et le renvoi du questionnaire pour les ergothérapeutes. Un autre avantage de ce logiciel est sa capacité à enregistrer et référencer automatiquement les réponses de chaque ergothérapeute, ce qui facilite l'analyse des données par la suite. Une fois que nous avons recréé notre questionnaire sur ce logiciel (cf. Annexe 10), celui-ci est envoyé par mails aux 30 ergothérapeutes référencés lors de notre échantillonnage.

5.6 Présentation des résultats et analyse

Suite aux envois des 30 questionnaires, 18 d'entre eux nous ont été renvoyés complétés. Afin de traiter les données récoltées, nous avons réalisé des tableaux récapitulatifs des résultats visibles en annexe 11. Dans les parties suivantes, nous présentons l'analyse de ces derniers.

5.6.1. Analyse des participants

Commençons par analyser la première partie du questionnaire concernant le profil des 18 participants. Tout d'abord, nous constatons grâce aux résultats de la première question, que tous exercent bien dans le domaine de la santé mentale. Cet élément est important puisqu'il permet de valider un des deux critères d'inclusion pour la totalité des réponses reçues. Le deuxième élément qui ressort de notre tableau de résultats (cf. Annexe 11) est le nombre d'années d'expérience de chaque participant. Nous observons que cette période varie de 1,5 à 31 ans selon les ergothérapeutes. Cela implique que la totalité des participants présentent également le deuxième critère d'inclusion qui était l'expérience minimum d'un an en santé mentale. De plus, par rapport à leur expérience de l'outil ELADEB, chaque professionnel a déjà utilisé ou utilise actuellement cet outil. Nous remarquons cependant que 7 ergothérapeutes sur 18 ont moins de 10 passations à leur actif. Cela pose question : ce nombre s'approche-t-il plutôt de 1 ou de 9 ? Cette question sera approfondie plus loin dans cet écrit, lors de l'analyse des biais méthodologiques. Enfin, quant aux résultats de la dernière question, il en ressort que, selon les participants, la schizophrénie est la pathologie pour laquelle l'ELADEB est particulièrement adaptée, ayant été cochée 15 fois sur 18 participants. Cette question étant à choix multiples, nous remarquons également que la dépression et le trouble bipolaire ont également été choisis 11 fois. 8 ergothérapeutes, c'est-à-dire presque la moitié de notre échantillon, ont répondu que l'ELADEB était adapté pour toutes les pathologies dont l'ESPT.

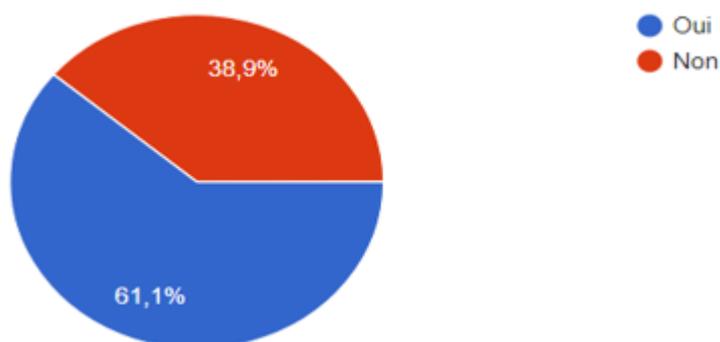
Nous concluons ainsi que nous pouvons analyser les 18 questionnaires reçus pour la suite de notre analyse, ayant retrouvé tous les critères d'inclusion fixés en amont.

5.6.2. Analyses de nos variables

Dans cette partie, nous analysons les 6 questions clés de notre questionnaire qui ont pour but de valider ou réfuter notre hypothèse. Pour rappel celle-ci est : La passation de l'ELADEB permet à l'ergothérapeute d'évaluer la volition du patient en santé mentale. Nous présentons et analysons ainsi les résultats obtenus pour chacune des questions interrogeant les indices et indicateurs de nos variables. La variable indépendante, « la passation de l'ELADEB » se retrouve dans chaque question, ce qui permet de valider sa présence. Les analyses suivantes se

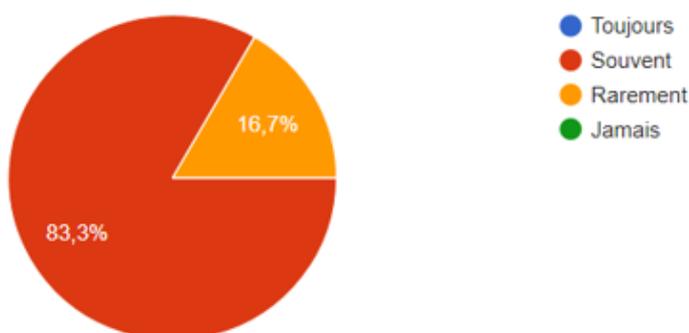
focalisent donc sur la présence ou non des indices de la variable indépendante : la volition. Pour chaque question, nous décidons de valider la présence des indices à partir de 60% de réponses positives. Notons que le choix de ce seuil est subjectif, nous l'expliquons par la simple idée qu'il constitue plus de la moitié des réponses et ainsi la majorité des ergothérapeutes interrogés.

Questions 1 : La passation de cette évaluation vous permet-elle de connaître les activités appréciées par la personne ? et question 2 : Cette évaluation vous permet-elle de déterminer ce qui rend une activité plus attirante qu'une autre pour cette personne ?



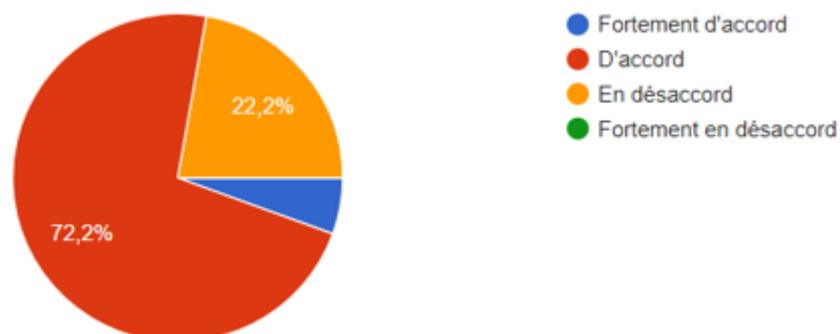
Pour ces deux premières questions, les résultats respectifs ont été représentés sous la forme d'un diagramme. Nous remarquons que les pourcentages obtenus pour chacune sont identiques d'où la représentation d'un diagramme commun ci-dessus. 61,1% des réponses sont positives pour ces questions qui concernent les deux indices de l'indicateur « centres d'intérêt » de la personne. Nous en déduisons ainsi la validation de cet indicateur.

Question 3 : Les entretiens suivant les tris de cartes vous permettent-ils de connaître les valeurs de la personne ?



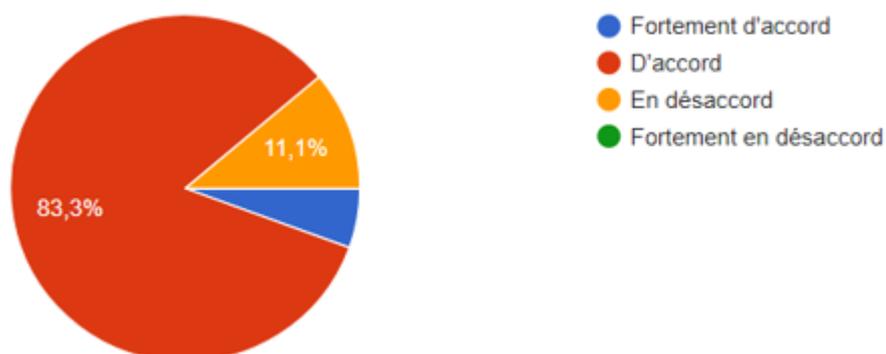
Ici, 83,3% des ergothérapeutes ont répondu que cette passation permettait souvent d'évaluer les valeurs de la personne. Aucun ergothérapeute n'a coché la réponse « jamais », mais 3 d'entre eux ont choisi la réponse « rarement ». Les valeurs représentent le deuxième indicateur de la volition selon la théorie du MOH. Ayant obtenu un pourcentage positif supérieur à 60%, nous pouvons conclure que cet indicateur est également validé.

Question 4 : L'outil ELADEB permet d'évaluer le sentiment d'efficacité de la personne.



Cette question a pour but d'étudier un indice de l'indicateur « causalité personnelle » : le sentiment d'efficacité de la personne. Nous relevons un taux de 72,2% représentant le taux d'ergothérapeutes d'accord avec l'affirmation proposée. En effet, 15 ergothérapeutes parmi les 18 interrogés, sont d'accord avec le fait que la passation de l'ELADEB permet bien d'évaluer cet indice. Nous validons ainsi la présence de cet indice.

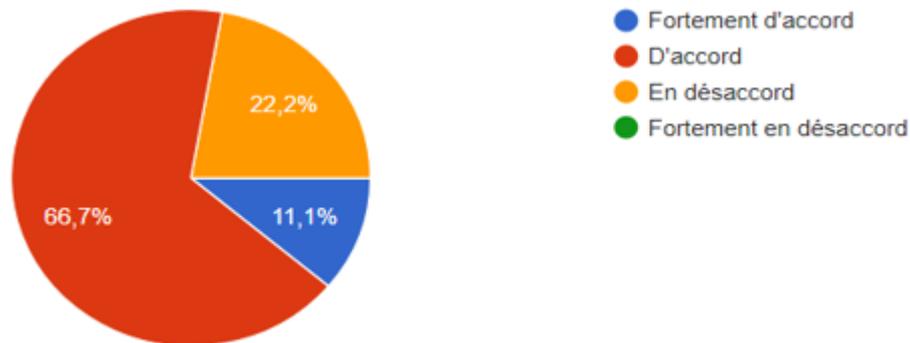
Question 5 : L'outil ELADEB permet d'évaluer la connaissance qu'a le patient de ses capacités.



Cette question permet de recueillir l'avis des participants sur le dernier indice de la causalité personnelle. 83,3% des ergothérapeutes disent être d'accord avec le fait que l'outil ELADEB

permet d'évaluer la connaissance qu'a le patient de ses capacités. Ce taux est encore une fois supérieur à 60%, ce qui nous amène à valider la présence de ce dernier indice et ainsi de l'indicateur.

Question 6 : l'outil ELADEB permet d'évaluer la volition (motivation à agir) du patient.



Cette dernière question a pour but d'étudier la perception des ergothérapeutes de notre hypothèse. C'est pourquoi cette question figure en fin de questionnaire afin de limiter les biais d'influence. En d'autres termes, elle ne permet pas de valider des indicateurs mais nous semble pertinente à analyser quant à notre objet de recherche. En effet, 66,7% des ergothérapeutes sont d'accord avec notre hypothèse. Nous remarquons cependant que si 2 participants sur les 18 sont fortement d'accord, 4 ergothérapeutes se disent en désaccord. Il serait intéressant d'approfondir la question avec ces derniers.

Pour conclure, la tendance principale qui se dégage de ces résultats est que l'outil ELADEB permet d'évaluer les indices proposés. L'analyse de ces données nous permettent alors de valider notre hypothèse selon laquelle, cet outil permet à l'ergothérapeute d'évaluer la volition du patient. Néanmoins, certains indices ont été validés à un taux très proche des 60%, ce qui reste faible. Afin d'approfondir l'analyse de ces résultats, nous choisissons d'analyser les réponses aux deux questions ouvertes qui terminent le questionnaire. Ces questions n'interrogeant plus les variables de notre hypothèse, nous les analysons dans la partie de discussion qui suit.

6. Discussion

6.1 Analyse des biais méthodologiques

Malgré que le traitement des résultats reçus nous permette de valider l'hypothèse posée, l'analyse de la méthodologie employée fait apparaître certains biais que nous évoquons dans

cette partie. Premièrement, bien que le questionnaire nous ait permis d'interroger un plus grand nombre d'ergothérapeutes que si l'on avait choisi l'entretien, la taille de l'échantillon reste faible par rapport au nombre d'ergothérapeutes exerçant en santé mentale, ce qui apporte peu de validité. La méthode par questionnaire présente également un biais important. Il s'agit de la forme indirecte. En effet, si le participant ne comprend pas la formulation de la question ou l'interprète autrement, nous ne pouvons intervenir. Cela constitue le premier biais. Néanmoins, nous avons tenté de compenser celui-ci en ajoutant des définitions des concepts en dessous des questions. Deuxièmement, le choix du questionnaire impliquant l'envoi par mail aux participants représente un second biais. De ce fait, nous ne pouvons vérifier que la personne répondant remplisse véritablement les critères d'inclusion. Troisièmement, nous nous sommes rendus compte lors de l'analyse de la question 3, sur le nombre de passation de l'ELADEB dont les ergothérapeutes disposaient, qu'un troisième critère d'inclusion aurait été pertinent. Celui-ci aurait permis de fixer un nombre de passation à partir duquel l'ergothérapeute aurait assez d'expérience pour répondre à notre hypothèse. Pour pallier ce biais, les propositions de réponses à la question 3 auraient dû être plus précises. Le quatrième biais relevé concerne la question 7. Celle-ci interroge les participants sur notre hypothèse. Or, cela peut influencer leurs réponses aux questions précédentes, malgré que nous ayons volontairement placée cette question en dernier lieu. Un cinquième biais difficilement évitable est le biais de désirabilité sociale. Ce type de biais consiste à donner des réponses socialement préférables. En effet, le questionnaire administré interroge les ergothérapeutes sur leur pratique, leur façon d'utiliser un outil validé qu'est l'ELADEB, répondre par exemple qu'ils n'évaluent aucune des composantes proposées dans nos questions remettrait en question leur pratique professionnelle. Enfin, nous tenons à évoquer les deux questions ouvertes constituant la dernière partie du questionnaire. Ces dernières ne permettant pas de répondre à notre hypothèse, nous décidons des les analyser en dehors du cadre expérimental.

L'identification de ces biais méthodologiques ne permet pas de valider pleinement notre hypothèse principalement du fait de l'échantillon peu représentatif de la population mère.

6.2 Analyse du travail de recherche

La réalisation de ce travail permet de mieux comprendre comment l'état de stress post-traumatique impacte les occupations de la personne. Si l'ergothérapie n'est pas une profession patho-centrée, une meilleure connaissance des signes cliniques de la pathologie est cependant nécessaire afin d'évaluer au mieux la personne dans son environnement et ses occupations.

C'est ainsi que la démarche évaluative prend tout son sens et se développe actuellement dans le domaine de la santé mentale.

Ce travail met également en avant la théorie du Modèle de l'Occupation Humaine, modèle spécifique en ergothérapie, qui apporte aussi une piste de lecture pour expliquer les répercussions de l'état de stress post-traumatique sur les occupations de la personne. Cette théorie qui place la motivation de la personne au centre de la dynamique interroge alors l'évaluation de la volition. Près d'une vingtaine d'outils découlant du MOH ont été développés mais la limite est de savoir lequel utiliser selon la situation. De plus, nous ajoutons que certains de ces outils n'ont pas encore été traduits en français, ce qui peut constituer une autre limite pour l'ergothérapeute.

Enfin, ce travail révèle l'intérêt de l'utilisation de l'outil ELADEB en ergothérapie et dans le domaine de la santé mentale. Cet outil, généralement utilisé en réhabilitation psychosociale, est ici étudié à travers le modèle conceptuel du MOH. Finalement, l'ergothérapeute peut se servir de cet outil comme support d'évaluation de la volition du patient. Outre le fait d'obtenir une évaluation approfondie et au plus près de la personne, évaluer la volition du patient a pour but d'agir sur celle-ci dans le plan de traitement qui s'ensuit. D'autres expérimentations explorant par quels moyens, l'ergothérapeute peut agir sur la motivation du patient sembleraient, ainsi, pertinentes dans les suites de notre étude.

6.3 De nouvelles perspectives

Dans cette partie nous souhaitons présenter l'analyse des données recueillies dans la dernière partie du questionnaire. Cette dernière comprend en effet, les questions ouvertes laissant la liberté aux ergothérapeutes d'ajouter tout point à évoquer, selon eux, par rapport à la passation de l'ELADEB. Près de 14 ergothérapeutes se sont exprimés à cette occasion. Dans les données récoltées, nous remarquons certains points qui émergent à plusieurs reprises (cf. Annexe 11). Nous avons procédé à une catégorisation afin de faire ressortir les éléments survenus deux fois ou plus dans les discours des professionnels. Cette catégorisation à l'aide mise en couleur selon les différentes catégories. Nous synthétisons ici ces données apportant de nouvelles perspectives au sujet de l'ELADEB.

D'abord, plusieurs ergothérapeutes s'accordent à dire que l'outil ELADEB permet au patient de « faire le point sur la situation ». Cette étape peut également constituer une réelle prise de conscience chez le patient, selon ces derniers. Dans ce sens, nous retrouvons l'idée que la passation peut permettre de réévaluer les attentes de la personne, les objectifs et ainsi adapter

le plan de traitement de la personne. D'autres ergothérapeutes évoquent l'avantage de cette passation dans la mise en place de la relation thérapeutique. En effet, le fait que les tris de cartes par la personne soient suivis d'entretiens avec le thérapeute, favorise la verbalisation du patient et ainsi le développement de la relation. Aussi, il ressort de cette analyse que cette évaluation peut permettre à l'ergothérapeute d'évaluer l'adhésion du patient aux soins ainsi que sa reconnaissance du personnel soignant. Selon les ergothérapeutes interrogés, l'utilisation de l'ELADEB peut donc favoriser l'alliance thérapeutique. Un autre élément est énoncé par plusieurs ergothérapeutes. Il s'agit de sa complémentarité avec l'outil AERES (Auto-Evaluation des Ressources). Cet outil, développé ces dernières années, est une nouvelle auto-évaluation également basée sur un tri de cartes mais dont l'objectif est d'évaluer les ressources du patient et non ses difficultés et besoins d'aide (objectifs de l'ELADEB). Enfin, certains ergothérapeutes présentent ce qui, pour eux, constituent les limites de l'ELADEB. D'après ces derniers, cet outil n'est pas adapté aux personnes dans le déni de leurs troubles ou présentant des difficultés d'élaboration psychique. L'intérêt de l'évaluation par l'ELADEB dépend également de la capacité du patient à échanger.

La synthèse de ces données font émerger différents intérêts de l'outil ELADEB non évoqués dans notre expérimentation. Ces derniers peuvent ainsi représenter de nouvelles perspectives à développer dans de prochaines études. Par ailleurs, nous profitons de cette partie discussion pour évoquer une expérience de stage en lien avec notre objet d'étude. En effet, lors de notre dernier stage effectué en santé mentale, nous avons eu l'opportunité de créer les cartes de l'outil ELADEB afin de le mettre en place dans le centre en question. Cela nous a permis de découvrir et nous approprier davantage cet outil. C'est ainsi que nous avons effectué trois passations de cette évaluation dont une avec un patient souffrant d'ESPT. Ces expériences nous ont permis de mieux appréhender les apports de l'outil évoqués par les ergothérapeutes. A titre indicatif, elles nous ont également convaincus des multiples intérêts de l'ELADEB en santé mentale et notamment avec le patient souffrant d'ESPT. L'ELADEB est un outil qui permet bien de faire un état des lieux de la situation actuelle, d'évaluer les difficultés ressenties par le patient dans les différents domaines de la vie quotidienne et ainsi d'adapter le plan de traitement au plus près des attentes du patient. Pour le patient, l'aspect ludique mais non infantilisant de l'outil permet de faciliter la verbalisation en offrant un support à l'échange. Ce critère fait la particularité de l'ELADEB. Notons que ces différents intérêts se sont particulièrement révélés lors des passations avec les patients et des retours de leur part.

7. Conclusion de la recherche

En tant qu'étudiante ergothérapeute, l'initiation à la recherche a représenté une source d'intérêt motivant notre implication pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'ergothérapie est une profession en constante évolution. Ce développement est notamment permis grâce à la recherche, qui ne se contente pas d'expliquer l'intérêt de cette thérapie mais s'étend à l'exploration de nouvelles missions pour l'ergothérapeute. En ce sens, le choix libre de notre thématique, l'état de stress post-traumatique, s'est confirmé, devant le constat de la pauvreté de la littérature francophone sur le sujet. Ce travail participe, selon nous, à cette évolution de la pratique professionnelle. Il permet aux ergothérapeutes, dans un premier temps, de mieux connaître et comprendre l'état de stress post-traumatique, trouble dont la présentation clinique se veut variée et complexe. Dans un second temps, la réalisation de cet écrit propose une application du Modèle de l'Occupation Humaine, comme piste de lecture pour le patient souffrant d'ESPT. Cette théorie, actuelle et spécifique à l'ergothérapie, a pour but de proposer un langage commun mais surtout une compréhension facilitée, de la dynamique existante entre les composantes motivationnelles de la personne, son implication dans ses occupations et son adaptation dans le devenir. La pertinence de cette théorie appliquée au patient en état de stress post-traumatique a fait émerger la question de la motivation du patient et de son évaluation, au premier plan de ce modèle. Si l'ESPT est un trouble peu connu des ergothérapeutes en France, l'intérêt de notre étude est de proposer un outil d'évaluation adapté à cette population dont la volition est impactée. L'expérimentation présentée a ainsi permis d'investiguer l'intérêt de l'ELADEB dans cette visée. Cet outil, habituellement utilisé en réhabilitation psycho-sociale, semble finalement avoir sa place dans le champ du MOH, ce qui offre de nouvelles perspectives non investiguées, à notre connaissance, dans le domaine de la recherche.

La réalisation de ce travail a été personnellement enrichissante, nous apportant des connaissances approfondies sur l'ESPT, le MOH ou encore sur les outils pertinents utilisés face à l'évolution de la démarche évaluative en santé mentale. Ces différents apports nous seront exploitables quant à notre future pratique professionnelle quel que soit le domaine d'exercice. Ce travail nous a également permis de nous familiariser avec la démarche de recherche et d'expérimentation, un apprentissage qui ne peut que nous être utile pour la suite de notre parcours professionnel.

Enfin, une réflexion éthique a été menée tout au long de ce travail, alors qu'il fallait faire des choix, prioriser des éléments ou au contraire abandonner d'autres points intéressants par

rapport à notre pratique. Par exemple, au moment de définir notre population mère lors de l'opérationnalisation, alors que nous nous intéressions jusqu'à cette étape uniquement au trouble d'ESPT, nous nous sommes aperçus que viser uniquement cette pathologie questionnait du point de vue éthique. Connaissant toutes les comorbidités que le patient souffrant d'ESPT peut développer, cibler uniquement le diagnostic d'ESPT reviendrait à réduire la personne à une pathologie. Or, quel que soit le trouble, la difficulté ou le besoin de la personne, l'évaluation de la volition peut aider le patient et l'ergothérapeute à adapter le plan de traitement. D'autre part, ce choix nous a permis de proposer une étude dont les résultats peuvent servir à un plus grand nombre d'ergothérapeutes. Néanmoins, n'existant pas de code de déontologie en France, faire évoluer sa pratique relève de son éthique professionnelle et non uniquement de sa pratique.

Bibliographie

- Ministère des armées (2015) Evolutions de la prise en charge des traumatismes psychiques dans les armées. *Ministère des armées*. Consulté le 10 décembre 2017 à l'adresse <https://www.defense.gouv.fr/sante/dossiers-complementaires/classeur-stress-post-traumatique/evolution-de-la-prise-en-charge-des-traumatismes-psychiques-dans-les-armees>
- Ministère des armées (2013). Stress post-traumatique. *Ministère des armées*. Consulté le 10 décembre 2017 à l'adresse <https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/stress-post-traumatique>
- Santé Publique. (2015). *Etude de cohorte IMPACTS. Première étape : juin-octobre 2015* (p.92). Consulté le 5 janvier 2018 à l'adresse <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2017/Etude-de-cohorte-IMPACTS--Premiere-etape-juin-octobre-2015>
- Santé Publique. (2015). *Bulletin national d'information OSCOUR du 9 au 15 novembre 2015* (p.16). Consulté le 6 janvier 2018 à l'adresse <http://invs.santepubliquefrance.fr>
- DREES. (2004). L'enquête santé mentale en population générale. *Etudes et résultats*, n°347, 1-12.
- Ferreri, F., Agbokou, C-S., & Ferreri, M. (2011). Psychotraumatismes majeurs : état de stress aigu et états de stress post-traumatique. *EMC Psychiatrie*, volume (45) n°37-329-A-11, 1-16.
- Lemperière, T., Féline, A., Adès, J., Hardy, R., & Rouillon, F. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson.
- Josse, E. (2013). Etat de Stress Aigu et Etat de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5 ? consulté à l'adresse : <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article46> le 14/05/2017.
- Association, A. P. (2013). Troubles liés à des traumatismes ou facteurs de stress . In J. G. M-A. Croq, *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (pp. 320-331). Paris : Elsevier Masson.
- Kessler, R. C., Sonnega, S., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1996). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *General Psychiatry*, vol (52), 1048-1060.

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S. Bryson, H., ... , Vollebergh, W.A. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project 1. *Acta psychiatrica Scandinavica*, vol (420), 38-46
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, n°82, 4-11
- Maury, C., Abbal, T., & Moro, M-R., (2016). Clinique du psychotraumatisme et erreur de diagnostic en situation transculturelle. *Annales médico-Psychologiques*. [en ligne], (consulté le 05/11/2017) <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.10.024>
- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-egwer, J., ..., Sheikh, J. I. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD) : development and operating characteristics. *Primary care psychiatry*, vol (9), 9-14.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress*, vol (8), 75-90.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P. & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). Consulté le 17/12/2017 à l'adresse www.ptsd.va.gov
- Code de la Santé Publique – Arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique et aux conditions de participation des personnels et professionnels à une cellule d'urgence médico-psychologique. Consulté le 12/02/2018 à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=179F9822BE61F584E30B63C739C04D96.tpdjo04v_2?cidTexte=JORFTEXT000028680791&dateTexte=20140729
- Ducrocq, F. (2009). Approches thérapeutiques immédiates et post-immédiates du psychotraumatisme. *Stress et trauma*, vol (9), 237-240.
- Vaiva, G., Lestavel, P., & Ducrocq, F. (2008). Quand traiter le psychotraumatisme ?. *La presse médicale*, vol (37), 894-901.
- Cottencin, O. (2009). Les traitements du psychotraumatisme. *Stress et trauma*, vol (9), 241-244.

EMDR. (2017). Qu'est-ce que l'EMDR ?. Consulté le 26/11/2017 à l'adresse <http://www.emdr-france.org/web/quest-therapie-emdr/>

OMS. (2013). *L'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme*. Consulté le 30/01/2017 à l'adresse www.who.int/mediacentre/news/releases/previews/fr/index4.html

Malbos, E., Boyer, L., & Lançon, C. (2013). L'utilisation de la réalité virtuelle dans le traitement des troubles mentaux. *La presse Médicale*. 1-12 DOI: 10.1016/j.lpm.2013.01.065

Wiederhold, B. K. & Wiederhold, M.D. (2010). Virtual Reality Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Due to Motor Vehicle Accident. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, vol (13), 21-27. DOI: 10.1089=cyber.2009.0394

Rothbaum, B. O., Hodges, L., Alarcon, R., Ready, D., Shahar, F., Graap, K., ..., Batzzell, D. (1999). Virtual Reality Exposure Therapy for PTSD Vietnam Veterans : A Case Study. *Journal of Traumatic Stress*, vol (12), 263-271.

ANFE. (2017). Définition. Consulté le 18/09/2017 à l'adresse www.anfe.fr

Baum, C. M. (2008). Post traumatic stress Disorder treatment and research : moving ahead toward recovery. Consulté le 15/09/2017 à l'adresse <https://veterans.house.gov/calendar/eventsingle.aspx?EventID=1275>

American Occupational Therapy Association (2015). *Occupational therapy's role with posttraumatic stress disorder*. Consulté le 15 octobre 2017 à l'adresse <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/MH/Facts/PTSD%20fact%20sheet.pdf>

Meyer, S. (1990). *Le processus de l'ergothérapie*. Lausanne: EESP.

Koch, B. (2016). Apport d'une démarche évaluative en santé mentale. *Ergothérapie en psychiatrie*. 111-123. Paris : De Boeck Supérieur

Riou, G. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives*. ANFE. Consulté le 12/04/2017 à l'adresse <http://docplayer.fr/42123913-Ergotherapie-en-sante-mentale-enjeux-et-perspectives.html>

HAS. (2008). L'entretien motivationnel. HAS. Consulté le 5/01/2018 à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf

Koch, B. (2018). De l'auto-évaluation au processus de changement. In Despres, G. *Semaine de conférences – Santé Mentale*. Institut de Formation en Ergothérapie, Marseille.

Manidi, M-J. (2005) 2- Thérapie cognitive et comportementale (TCC) appliquée à l'ergothérapie. *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*. (p. 75-109). Lausanne : Editions EESP

Bélangier, R., Briand, C. & Rivard, S. (2005). 3- Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). In Manidi, M-J. *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*. (p. 111-158). Lausanne : Editions EESP

Mignet, G. (2017). *MOHOST outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. Paris : De Boeck supérieur

Belanger, R., Briand, C. & Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. *Le partenaire*, vol (13), 8- 14

Université Laval (2008). *Centre de Référence du Modèle de l'Occupation Humaine – CRMoh*. Consulté le 10 février 2018 à l'adresse <http://www.fmed.ulaval.ca/crmoh/>

Pomini, B., Golay, P. & Reymond, C. (2008). L'évaluation des difficultés et des besoins psychiatriques : les échelles lausannoises ELADEB. *L'information psychiatrique*, vol(84), 895-902.

Roth, C. (2015). Parcours de vie, ruptures et vieillissement. L'hébergement des adultes présentant un handicap mental et son évolution. *Le sociographe*, vol (52), 71-84.

Tramier, V., Petitjean, F., Nouat, E., Tschan, C., & Carpentier, H. (2013). Evaluation des besoins des patients et éducation thérapeutique. *Annales Médico-Psychologiques*, vol (171), 567-573

Tétreault, S., Blais-Michaud, S. (2014). Elaboration d'un questionnaire. Tétreault, S. & Guillez, P. *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 247-267). Louvain-la-Neuve: Solal.

Sommaire des Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire pré-enquête	I
Annexe 2 : Tableau récapitulatif résultats pré-enquête	III
Annexe 3: Schéma processus d'intervention Kielhofner traduit par Mignet	VI
Annexe 4: Tableau comparatif outils d'évaluation MOH.....	VII
Annexe 5: Auto-évaluation OSA.....	IX
Annexe 6 : Matrice Théorique.....	XI
Annexe 7 : Construction Questionnaire.....	XII
Annexe 8: Premier questionnaire	XV
Annexe 9: Questionnaire après corrections	XVII
Annexe 10: Questionnaire final Google form	XIX
Annexe 11: Tableaux récapitulatifs résultats.....	XXI

Annexe 1 : Questionnaire pré-enquête

Dans le cadre de la réalisation du mémoire de fin d'études, mes recherches littéraires m'ont appris que 80% des syndromes de stress post-traumatique étaient comorbides à d'autres troubles psychiatriques. Pourtant, le rôle de l'ergothérapeute face à ce syndrome semble peu défini en France. J'ai donc choisi de mener une enquête exploratoire sur le terrain, par ce questionnaire, destiné à tout ergothérapeute exerçant en santé mentale. Les réponses à ce dernier demeureront anonymes.

1. Dans quel type de service exercez-vous ?

2. Quel trouble psychiatrique accompagnez-vous le plus souvent ?

Trouble dépressif

Trouble anxieux

Trouble bipolaire

Trouble addictif

Autre :

3. Connaissez-vous le syndrome post-traumatique ?

Complètement

En partie

Pas du tout

4. Accompagnez-vous des patients souffrant de ce trouble ?

Oui

Non

5. Si oui, le diagnostic est-il posé pour chaque patient concerné ?

II

Oui

Non

6. Sauriez-vous citer trois symptômes du syndrome de stress post-traumatique ?

7. Quelles évaluations utilisez-vous dans votre pratique ?

8. Existe-t-il à votre connaissance, une évaluation spécifique pour le syndrome de stress post-traumatique? (Si oui, veuillez préciser la quelle)

9. Quelle activité proposeriez-vous à un patient souffrant de ce syndrome ?

10. Avez-vous des commentaires à ajouter ?

Dans le cas où ma thématique de recherche vous intéresserait, envisageriez-vous de devenir mon référent professionnel ou une personne ressource pour ce travail d'initiation à la recherche ? (Si oui, veuillez me laisser un moyen de vous recontacter)

III

Annexe 2 :Tableau récapitulatif résultats pré-enquête

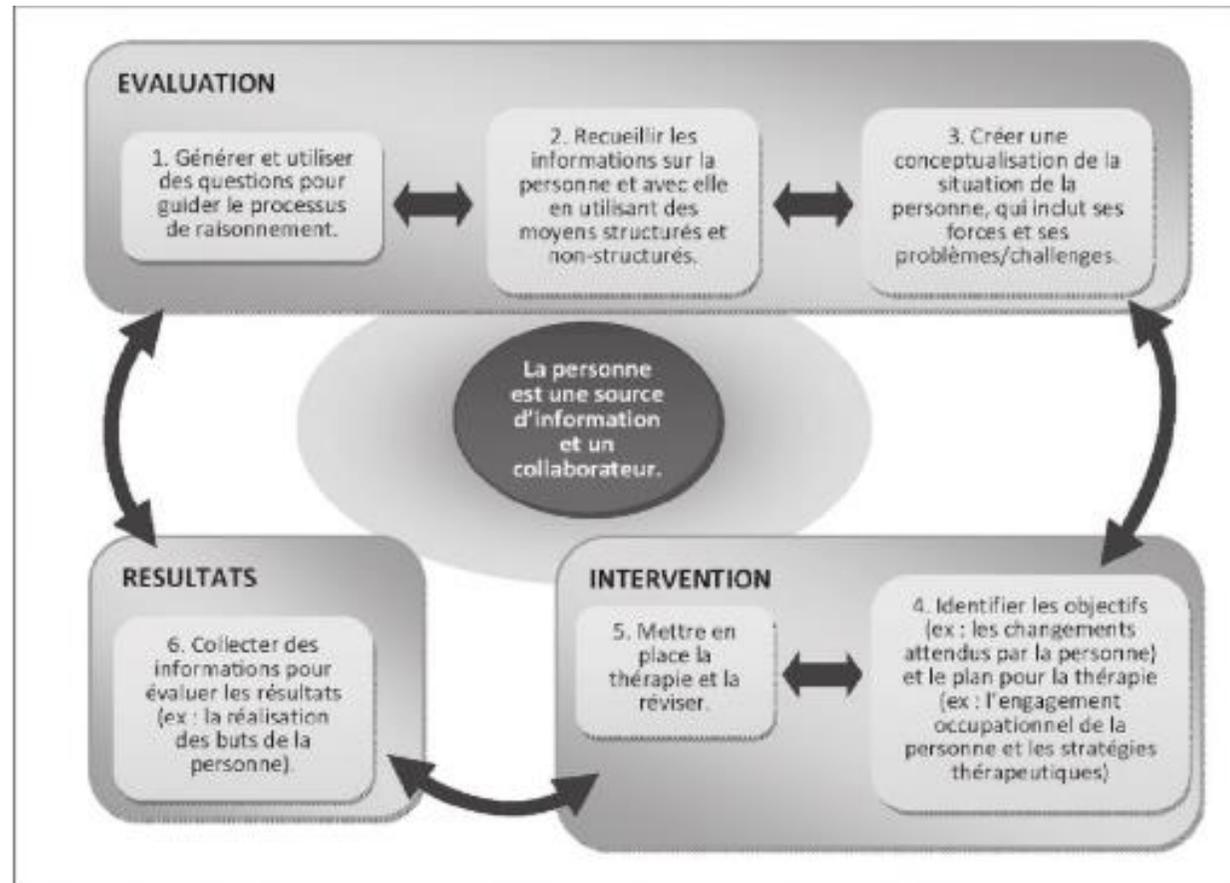
	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4	Ergo 5	Ergo 6	Synthèse
Service	Service adulte en santé mentale	EPSM	HDJ	Psychiatrie générale + unité ado	Clinique	Service psychiatrie adulte	5/6 accompagnent des adultes
Trouble le + accompagné	Trouble dépressif	Trouble bipolaire et schizophrénie	Psychose	Trouble dépressif, anxieux, bipolaire, addictif, psychoses, trouble personnalité, phobies scolaires, tb du comportement	Trouble dépressif, anxieux, bipolaire, addictif	Trouble dépressif, anxieux, bipolaire, addictif, psychotiques, du comportement alimentaire, de la personnalité	1 : trouble dépressif 2 : bipolaire 3 : psychose, addictif, anxieux
Connaissance du PTSD	En partie	En partie	En partie	En partie	En partie	En partie	Tous que partiellement
Patients avec PTSD	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	3 sur 6 en accompagnent
Diagnostic toujours posé ?				Non	Non	Oui	Seulement 1 /6 dit que le diagnostic est toujours posé

IV

3 symptômes	Cauchemars, dépression, anxiété	Anxiété, agoraphobie, tristesse de l'humeur	Angoisse, repli sur soi, insomnies	Anxiété/ angoisse, dissociation	Anxiété, dépression, peur	Flashbacks, conduites d'évitements, troubles du sommeil	Anxiété et dépression le + Un seul en connaissait les symptômes
Evaluations	Entretien, observations en situation d'act	Aucune	Evaluations cognitives : MOCA, BEC96, PECPA	ELADEB, Tem, E2FE, estime de soi	Observation et diagnostic ergo	Evaluation clinique de type qualitatif, observatoire et interrogatoire	Peu d'évaluation validées
Evaluation spécifique	« je ne sais pas » mais questionnaire anxiété, estime de soi, qualité de vie	« non connue »	« je n'en connais pas »	« je n'en connais pas »	« non connue »	« je n'en connais pas »	6/6 connaissent pas d'évaluations spécifiques
Activités proposées	Yoga, act relaxante	Act procurant bien-être, valoriser ses compétences	Orientées TCC	Médiation créative contenant (objectif réassurance), médiation expressive/	Act manuelle, groupe de parole, séance individuelle, relaxation	Médiations corporelles à visée d'abaissement des tensions psychiques et physiques +	Tous ont eu des idées d'activité adaptées

				projective+ médiations corporelles en fonction des usagers		médiations à visée projective pour faire évoluer les représentations en lien avec l'événement traumatique	
--	--	--	--	---	--	---	--

Annexe 3: Schéma processus d'intervention Kielhofner traduit par Mignet



Annexe 4: Tableau comparatif outils d'évaluation MOH

	INTERETS	PASSATION
MOHOST	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation générale des concepts du MOH: adaptation, volition, habitude, habiletés, rendement, participation • Méthode mixte : par entretien, observation • Permet d'évaluer les forces et les faiblesses de la personne • Rempli par le thérapeute après observations sur plusieurs jours ou semaines 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 items • 6 sections : <ul style="list-style-type: none"> - La volition (motivation, intérêts, valeurs, buts) - L'habitude (routines, adaptabilité, rôles) - La communication : sociabilité - Habiletés motrices - Habiletés opératoires - Environnement • Le thérapeute peut compléter le MOHOST : <ul style="list-style-type: none"> ○ Avec la personne ○ Avec un aidant ou membre de l'équipe ○ Seul et discuter des principaux résultats avec la personne ○ Seul et partager l'analyse avec la personne quand c'est approprié
OSA	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-évaluation • Permet d'obtenir la perception du patient sur son adaptation occupationnelle à travers son environnement 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 parties : • 21 énoncés sur l'ensemble du fonctionnement occupationnel • 8 énoncés sur l'influence de l'environnement <p>3 étapes :</p>

VIII

	<p>→ Evaluation générale, comprend la volition, l'habituatation, les capacités de rendements...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enoncés remplis par le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour chaque énoncé, le patient estime son degré de difficultés - Il situe la valeur de chaque énoncé - Il Sectionne jusqu'à 4 éléments qu'il souhaite changer dans sa thérapie
Questionnaire Volitionnel (QV)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation de la volition • Discerner les difficultés du patient pour déterminer sa volition (motivation à agir) 	<ul style="list-style-type: none"> • Grille d'observation • Pendant une mise en situation (AVQ, soins personnel, loisir) • 14 items : par exemple : Cherche à surmonter des difficultés, Cherche à assumer plus de responsabilités, S'investit dans des activités... • Chaque item côté selon 4 points : personne passive, hésitante, impliquée ou spontanée • Durée de remplissage : 5 min après observation de la personne pendant son activité
OPHI-II	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode mixte • Permet une compréhension vaste et détaillée de l'histoire de vie de la personne et de l'impact d'une maladie ou traumatismes • Compréhension de la relation personne/ occupation/ environnement 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 parties : <ul style="list-style-type: none"> - Entretien semi-structuré explorant l'histoire de vie du patient - Echelle de cotation mesurant l'identité, les compétences occupationnelles et l'impact de l'environnement sur les occupations - Un récit de l'histoire personnelle qui permet de repérer les évènements marquants <p>Durée : 1 heure + temps de cotation</p>

Annexe 5: Auto-évaluation OSA

Occupational Self Assessment (OSA)**Moi**Centre de référence du modèle de l'occupation humaine (www.fmed.ulaval.ca/crmoh)

NOM : _____

DATE : _____

Étape 1 : Voici des énoncés concernant des choses que vous faites dans la vie de tous les jours. Pour chaque énoncé, encerclez la réponse qui correspond le mieux à votre façon de faire. Si un énoncé ne s'applique pas à votre situation, biffez-le et passez au suivant.					Étape 2 : Pour chaque énoncé, encerclez la réponse qui représente l'importance que vous lui accordez.				Étape 3 : Choisissez jusqu'à 4 énoncés qui vous représentent et que vous aimeriez changer.
	Je le fais avec beaucoup de difficultés	Je le fais avec quelques difficultés	Je le fais bien	Je le fais très bien	Ce n'est pas très important pour moi	C'est important pour moi	C'est très important pour moi	C'est extrêmement important pour moi	J'aimerais changer
Me concentrer sur mes tâches	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Accomplir physiquement ce que je dois faire	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Entretenir l'endroit où j'habite	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Prendre soin de moi-même	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Prendre soin des personnes dont je suis responsable	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Me déplacer à l'endroit où je dois aller	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Gérer mon budget	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Répondre à mes besoins de base (alimentation, prise de médicaments)	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
M'exprimer avec mon entourage	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Bien m'entendre avec mon entourage	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	

Traduction de *Occupational Self Assessment* de K. Baron, G. Kielhofner, V. Goldhammer et J. Wolenski Université de l'Illinois, Chicago
Révision de la traduction par Monique Gillet, CRMoh, mars 2006

Occupational Self Assessment (OSA)

Moi

Centre de référence du modèle de l'occupation humaine (www.fmed.ulaval.ca/crmoh)

NOM : _____

DATE : _____

Étape 1 : Voici des énoncés concernant des choses que vous faites dans la vie de tous les jours. Pour chaque énoncé, encerclez la réponse qui correspond le mieux à votre façon de faire. Si un énoncé ne s'applique pas à votre situation, biffez-le et passez au suivant.					Étape 2 : Pour chaque énoncé, encerclez la réponse qui représente l'importance que vous lui accordez.			Étape 3 : Choisissez jusqu'à 4 énoncés qui vous représentent et que vous aimeriez changer.	
	Je le fais avec beaucoup de difficultés	Je le fais avec quelques difficultés	Je le fais bien	Je le fais très bien	Ce n'est pas très important pour moi	C'est important pour moi	C'est très important pour moi	C'est extrêmement important pour moi	J'aimerais changer
Cerner et résoudre des problèmes	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Me détendre et avoir du plaisir	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Accomplir ce que je dois faire	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Avoir une routine de vie satisfaisante	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Prendre mes responsabilités	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
M'impliquer comme étudiant, travailleur, bénévole ou membre d'une famille	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Exercer des activités que j'aime	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Travailler sur l'atteinte de mes objectifs personnels	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Prendre des décisions à l'égard de choses que je juge importantes	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Mener à terme ce que je planifie	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	
Utiliser efficacement mes habiletés	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Bien	Très bien	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	

Traduction de *Occupational Self Assessment* de K. Baron, G. Kielhofner, V. Goldhammer et J. Wolenski Université de l'Illinois, Chicago
Révision de la traduction par Monique Gillet, CRM OH, mars 2006.

Annexe 6 : Matrice Théorique

Variable dépendante : ELADEB	Indicateur : Passation de l'ELADEB	
Variable dépendante : VOLITION	Indicateur 1 : Centres d'intérêts	Indice : <ul style="list-style-type: none"> - Occupations appréciées par la personne - Préférence de la personne dans ces activités
	Indicateur 2 : Valeurs	Indice : <ul style="list-style-type: none"> - Ce que la personne considère comme important, comment elle croit devoir agir, ce qui guide son style de vie
	Indicateur 3 : Causalité personnelle	Indices : <ul style="list-style-type: none"> - Capacité personnelle ou connaissances de ses capacités - Sentiment d'efficacité

Annexe 7 : Construction Questionnaire

1) Première partie : Introduction

Objectifs	Rédaction
<ul style="list-style-type: none"> - Présenter le cadre expérimental : considérations éthiques (anonymat) - Préciser la date limite - Vérifier les critères d'inclusion 	<p>Dans le cadre de l'expérimentation de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse aux intérêts de l'outil d'évaluation ELADEB dans le domaine de la santé mentale. Ce questionnaire s'adresse donc à tout ergothérapeute utilisant ou ayant utilisé cet outil dans ce domaine. Si vous êtes concerné(e) et intéressé(e), merci de renvoyer vos réponses avant le 30 avril 2018. Celles-ci demeureront anonymes.</p>

2) Deuxième partie : profil des participants

Objectifs	Questions
1- Déterminer le lieux d'exercice de l'ergothérapeute = vérifier critère d'inclusion n°1	Dans quel type de service exercez-vous ?
2- Estimer l'expérience de l'ergothérapeute en santé mentale	De combien d'années d'expérience en santé mentale disposez-vous ?
3- Estimer l'expérience du professionnel de l'outil ELADEB	Combien de passations de l'ELADEB avez-vous effectuées en santé mentale ?
4- Connaître les pathologies pour lesquelles l'ergothérapeute utilise l'ELADEB	Selon vous, pour quelles pathologies la passation de l'ELADEB peut-elle être adaptée ?

3) Troisième partie : liens avec nos concepts

	Indicateur	Indice	Hypothèse	Question
Variable dépendante : VOLITION	Centres d'intérêts	1- Occupations appréciées par la personne	La passation de l'ELADEB permet d'évaluer l'indice	La passation de cette évaluation vous permet-elle de connaître les activités appréciées par la personne ?
		2- Préférence de la personne dans ces activités		Cette évaluation vous permet-elle de déterminer ce qui rend une activité plus attirante qu'une autre pour cette personne ?
	Valeurs	3- Ce que la personne considère comme important, comment elle croit devoir agir, ce qui guide son style de vie		Les entretiens suivant les tris de cartes vous permettent-ils de connaître les valeurs de la personne ? Nous ajoutons la définition de « valeurs » selon le MOH à la suite de cette question Valeurs : ce que la personne considère comme important, comment elle croit devoir agir, ce qui guide son style de vie
	Causalité personnelle	4- Capacité personnelle ou connaissances de ses capacités		L'outil ELADEB permet-il d'évaluer la connaissance qu'a le patient de ses capacités ?
		5- Sentiment d'efficacité		L'outil ELADEB permet-il d'évaluer le sentiment d'efficacité de la personne ? Nous ajoutons, ici aussi, la définition du sentiment d'efficacité selon le MOH Sentiment d'efficacité : la perception de la personne sur sa façon de contrôler sa propre performance et la manière dont elle réussit à atteindre les résultats désirés

4) Expression libre

Objectifs	Questions
Recueillir l'avis de l'ergothérapeute sur d'autres points que l'ELADEB pourrait permettre d'évaluer	Selon vous, cet outil permet-il d'évaluer d'autres points que ceux proposés ci-dessus ?
Donner la liberté au participant de s'exprimer sur le sujet	Avez-vous un élément à ajouter qui n'aurait pas été abordé dans ce questionnaire ?

Annexe 8: Premier questionnaire

*Obligatoire

1. Dans quel type de service exercez-vous ?*

Une seule réponse possible

- Hôpital de jour
- Hospitalisation complète
- Autre

2. De combien d'années d'expérience en santé mentale disposez-vous ?*

3. Combien de passations de l'ELADEB avez-vous effectuées en santé mentale ?*

Une seule réponse possible

- Moins de 10
- Entre 10 et 20
- Entre 20 et 50
- Plus de 50

4. Selon vous, pour quelles pathologies la passation de l'ELADEB peut-elle être adaptée ?*

Une seule réponse possible

- Dépression
- Schizophrénie
- Etat de stress post-traumatique
- Addiction
- Trouble du Comportement Alimentaire
- Trouble bipolaire
- Autre :

5. La passation de cette évaluation vous permet-elle de connaître les activités appréciées par la personne ?*

Une seule réponse possible

- Oui
- Non

6. Cette évaluation vous permet-elle de déterminer ce qui rend une activité plus attirante qu'une autre pour cette personne ?*

Une seule réponse possible

- Oui
- Non

7. Les entretiens suivant les tris de cartes vous permettent-ils de connaître les valeurs de la personne ? *
- Valeurs : ce que la personne considère comme important, comment elle croit devoir agir, ce qui guide son style de vie
- Une seule réponse possible*
- Oui
 - Non
8. L'outil ELADEB permet-il d'évaluer la connaissance qu'a le patient de ses capacités
- Une seule réponse possible*
- Oui
 - Non
9. L'outil ELADEB permet d'évaluer le sentiment d'efficacité de la personne
- Sentiment d'efficacité : la perception de la personne sur sa façon de contrôler sa propre performance et la manière dont elle réussit à atteindre les résultats désirés
- Une seule réponse possible*
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord
10. L'outil ELADEB permet d'évaluer la volition (motivation à agir) du patient *
- Une seule réponse possible*
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord
11. Selon-vous, cet outil permet-il d'évaluer d'autres points que ceux proposés ci-dessus (hormis les difficultés et besoins) ?
12. Avez-vous un élément à ajouter qui n'aurait pas été abordé dans ce questionnaire ?

MERCI DE VOTRE CONTRIBUTION !

Annexe 9: Questionnaire après corrections

*Obligatoire

1. Dans quel type de service exercez-vous ?*

Une seule réponse possible

- Hôpital de jour
- Hospitalisation complète
- Autre

2. De combien d'années d'expérience en santé mentale disposez-vous ?*

3. Combien de passations de l'ELADEB avez-vous effectuées en santé mentale ?*

Une seule réponse possible

- Moins de 10
- Entre 10 et 20
- Entre 20 et 50
- Plus de 50

4. Selon vous, pour quelles pathologies la passation de l'ELADEB peut-elle être adaptée ?*

Une seule réponse possible

- Dépression
- Schizophrénie
- Etat de stress post-traumatique
- Addiction
- Trouble du Comportement Alimentaire
- Trouble bipolaire
- Autre :

5. La passation de cette évaluation vous permet-elle de connaître les activités appréciées par la personne ?*

Une seule réponse possible

- Oui
- Non

6. Cette évaluation vous permet-elle de déterminer ce qui rend une activité plus attirante qu'une autre pour cette personne ?*

Une seule réponse possible

- Oui

Non

7. Les entretiens suivant les tris de cartes vous permettent-ils de connaître les valeurs de la personne ? *
- Valeurs : ce que la personne considère comme important, comment elle croit devoir agir, ce qui guide son style de vie

Une seule réponse possible

- Toujours
 Souvent
 Rarement
 Jamais

8. L'outil ELADEB permet-il d'évaluer la connaissance qu'a le patient de ses capacités

Une seule réponse possible

- Fortement d'accord
 D'accord
 En désaccord
 Fortement en désaccord

9. L'outil ELADEB permet d'évaluer le sentiment d'efficacité de la personne
- Sentiment d'efficacité : la perception de la personne sur sa façon de contrôler sa propre performance et la manière dont elle réussit à atteindre les résultats désirés

Une seule réponse possible

- Fortement d'accord
 D'accord
 En désaccord
 Fortement en désaccord

10. L'outil ELADEB permet d'évaluer la volition (motivation à agir) du patient *

Une seule réponse possible

- Fortement d'accord
 D'accord
 En désaccord
 Fortement en désaccord

11. Selon-vous, cet outil permet-il d'évaluer d'autres points que ceux proposés ci-dessus (hormis les difficultés et besoins) ?

12. Avez-vous un élément à ajouter qui n'aurait pas été abordé dans ce questionnaire ?

MERCI DE VOTRE CONTRIBUTION !

Annexe 10: Questionnaire final Google form

L' ELADEB en santé mentale

Dans le cadre de l'expérimentation de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse aux intérêts de l'outil d'évaluation ELADEB dans le domaine de la santé mentale. Ce questionnaire s'adresse donc à tout ergothérapeute utilisant ou ayant utilisé cet outil en santé mentale. Si vous êtes concerné(e) et intéressé(e), merci de renvoyer vos réponses avant le 30 avril 2018. Celles-ci demeureront anonymes.

Pour les questions suivantes, merci de préciser votre réponse lorsque vous cochez la réponse "autre:".

***Obligatoire**

1. Dans quel type de service exercez-vous? *

Une seule réponse possible.

- Hôpital de jour
- Hospitalisation complète
- Autre :

2. De combien d'années d'expérience en santé mentale disposez-vous? *

3. Combien de passations de l'ELADEB avez-vous effectuées en santé mentale? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 10
- Entre 10 et 20
- Entre 20 et 50
- Plus de 50

4. Selon vous, pour quelles pathologies la passation de l' ELADEB peut-elle être adaptée? *

Une seule réponse possible.

- Dépression
- Schizophrénie
- Etat de stress post-traumatique
- Addiction
- Trouble du Comportement Alimentaire
- Trouble bipolaire
- Autre :

5. La passation de cette évaluation vous permet-elle de connaître les activités appréciées par la personne? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. Cette évaluation vous permet-elle de déterminer ce qui rend une activité plus attirante qu'une autre pour cette personne? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

7. Les entretiens suivant les tris de cartes vous permettent-ils de connaître les valeurs de la personne? *

Valeurs : ce que la personne considère comme important, comment elle croit devoir agir, ce qui guide son style de vie

Une seule réponse possible.

- Toujours
 Souvent
 Rarement
 Jamais

8. L'outil ELADEB permet d'évaluer la connaissance qu'a le patient de ses capacités. *

Une seule réponse possible.

- Fortement d'accord
 D'accord
 En désaccord
 Fortement en désaccord

9. L'outil ELADEB permet d'évaluer le sentiment d'efficacité de la personne. *

Sentiment d'efficacité: la perception de la personne sur sa façon de contrôler sa propre performance et la manière dont elle réussit à atteindre les résultats désirés

Une seule réponse possible.

- Fortement d'accord
 D'accord
 En désaccord
 Fortement en désaccord

10. L'outil ELADEB permet d'évaluer la volition (motivation à agir) du patient. *

Une seule réponse possible.

- Fortement d'accord
 D'accord
 En désaccord
 Fortement en désaccord

11. Selon vous, cet outil permet-il d'évaluer d'autres points que ceux proposés ci-dessus (hormis les difficultés et besoins)?

12. Avez-vous un élément à ajouter qui n'aurait pas été abordé dans ce questionnaire?

Merci de votre contribution !

Annexe 11: Tableaux récapitulatifs résultats

1) Résultats profils des participants

Question	Réponses	Résultats
Lieu d'exercice <i>(Notons que certains ergothérapeutes exercent dans plusieurs structures, ce qui explique les résultats à virgule)</i>	Hôpital de jour	8,83/18
	Hospitalisation complète	5,5/18
	CMP	0,33/18
	Service intra-hospitalier	0,33/18
	Service intersectoriel (personnes hospitalisées ou en ambulatoire)	1/18
	CATTP	1/18
	Centre de réhabilitation	1/18
Années d'expérience en santé mentale	1,5	1 /18
	2	2/18
	4	2/18
	5	2/18
	7	1/18
	12	1/18
	13	3/18
	15	2/18
	20	1/18
	24	1/18
	27	1/18
31	1/18	
Nombre passations ELADEB	Moins de 10	7
	Entre 10 et 20	4
	Entre 20 et 50	5
	Plus de 50	2
Pathologies pour lesquelles l'ELADEB est utilisé	Dépression	11
	Trouble bipolaire	11
	Schizophrénie	15

XXIII

<i>(Question à choix multiples)</i>	Addiction	9
	ESPT	8
	TCA	8
	Toutes pathologies	8

2) Résultats partie interrogeant la présence ou non de nos indicateurs

Indicateur	Indice	Réponses	Résultats /18
Intérêts	Activités appréciées par la personne	OUI	11
		NON	7
	Ce qui rend une activité plus attirante qu'une autre	OUI	11
		NON	7
Valeurs	Ce que la personne considère comme important	Toujours	0
		Souvent	15
		Rarement	3
		Jamais	0
Causalité personnelle	Connaissance de ses capacités	Fortement d'accord	1
		D'accord	15
		En désaccord	2
		Fortement en désaccord	0
	Sentiment d'efficacité	Fortement d'accord	1
		D'accord	13
		En désaccord	4
		Fortement en désaccord	0
Volition		Fortement d'accord	2
		D'accord	12
		En désaccord	4
		Fortement en désaccord	0

3) Résultats partie expression libre

Question	Réponses	Reformulation et éléments de synthèse
Autres points évalués grâce à l'outil ?	<p>L'évaluation permet de se rendre compte de l'aide qu'attend le patient, qu'il n'exprime pas toujours en dehors. Parfois, ça permet aussi une prise de conscience de sa part, sur le fait "que c'est à lui-même de s'aider".</p> <p>Permet de faire le point de là où ils en sont. Pour certains, le passage de l'ELADEB est très révélateur de l'impact de leur maladie sur toutes les sphères de la vie quotidienne, ils font donc du lien et parfois ressortent déboussolés.</p> <p>Utile pour l'ETP</p> <p>l'adhésion à la prise en charge proposée et la (re)connaissance du personnel aidant pour une partie des patients, les progrès réalisés grâce au diagramme, cerner le cadre de vie, axer et/ou ré-axer la prise en charge lorsque nécessaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permet à l'ergothérapeute d'évaluer les attentes du patient - Permet parfois une prise de conscience de la part du patient : de son besoin d'aide, que « c'est à lui-même de s'aider » - Permet de faire le point sur la situation - Prise de conscience de l'impact de sa maladie sur les domaines de la vie quotidienne - Utilité de l'outil pour l'ETP - Permet de favoriser l'adhésion à la prise en charge et la reconnaissance du personnel aidant - Evaluer les progrès du patient - Permet d'adapter le plan de traitement - Permet d'évaluer la qualité de vie

	<p>Il permet d'évaluer la qualité de vie de la personne. Il permet de voir quels dispositifs d'aide a déjà été mis en place et si ceux ci sont efficaces.</p> <p>Adhésion au soin, capacité d'adaptation occupationnelle</p> <p>Permet de remettre à jour le projet de la personne et du coup d'orienter le travail avec la personne</p> <p>Le déni des troubles, la cohérence des propos, la prosodie et fluence verbale, la prise de décision (choix des cartes), la compréhension verbale...</p> <p>Prendre du recul sur sa situation personnel et prendre des décisions</p> <p>Insight, environnement, ressources</p> <p>Ca permet de connaître sa capacité a etre en relation</p> <p>La perception du patient concernant sa situation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permet d'évaluer l'efficacité des dispositifs d'aide mis en place - Permet d'évaluer l'adhésion au soin - Permet d'évaluer la capacité occupationnelle - Permet d'orienter / adapter le plan de traitement - Réévaluer le projet de la personne - Permet d'évaluer le déni des troubles - Permet d'évaluer les fonctions du langage - Permet d'évaluer la capacité de décision - Permet d'évaluer la capacité de décision - Faire le point sur la situation - Evaluer les ressources de la personne - Evaluer la capacité relationnelle - Evaluer la perception du patient sur sa situation
--	--	---

<p>Un élément à ajouter ?</p>	<p>En dehors d'une évaluation, ce questionnaire permet d'aborder toute sorte de sujet, d'avoir une conversation avec la personne qui permet de créer un lien pour la suite.</p> <p>Tout dépend si le patient développe ou non ses réponses. Les plus courts bilans durent 30 min les plus longs durent 4 heures. Par rapport aux activités, je suis amenée à poser pas mal de questions sinon pour les moins inspirés, ils ne font que commenter les activités que l'on retrouve sur la carte. L'AERES est plus complète par rapport aux activités.</p> <p>Le kit AERES (cf site anfe) complète bien Eladeb quand le patient a des projets. Pour ce qui est du champ occupationnel, je complète maintenant avec la MCRO pour les patients pas trop institutionnalisés.</p> <p>Je pense que l'ELADEB doit être complété avec d'autres outils d'évaluations comme des mises en situation ou d'autres bilans standardisés tel que l'inventaire de l'équilibre de vie ou l'OSA par exemple, afin d'objectiver les propos du patient. En effet, c'est une auto-évaluation qui se base sur le discours du patient qui peut ne pas être tout à fait représentatif de la réalité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permet de créer une relation avec le patient - Durée de passation très variable - Evaluation qui dépend de la capacité du patient à développer ses réponses - Complémentarité de l'AERES - Complémentarité de l'AERES - MCRO pour approfondir sur le champ occupationnel - Complémentarité avec l'OSA - Complémentarité avec mises en situations - Complémentarité avec l'inventaire de l'équilibre de vie - Vigilance car ELADEB basé sur le discours du patient
-------------------------------	---	--

	<p>L'adaptation de l'outil est moins liée à la pathologie qu'à la personne, si la personne est dans le déni ou l'anosognosie, l'ELADEB est inopérant.</p> <p>Le questionnaire m'évoque l'OSA qui paraît plus intéressant pour connaître les valeurs et le sentiment d'efficacité de la personne lorsqu'elle a de bonnes capacités d'élaboration.</p> <p>L'avantage de l'Eladeb est d'être accessible à un grand nombre de personnes. Il pourrait être utilisé ailleurs qu'en santé mentale. Je l'utilise avec des personnes qui verbalisent peu ou lorsque que j'ai besoin de faire le point sur l'objectif que nous poursuivons. Je l'ai utilisé pour des personnes souffrant de schizophrénie ou d'autisme plutôt inhibées ou qui ne pouvaient pas hiérarchiser leurs besoins et leur difficulté. J'utilise le résultat pour que mes évaluations soient en rapport avec les besoins exprimés de la personne.</p> <p>Cet outil d'autoévaluation permet à l'utilisateur de trier ses idées. Cette technique d'évaluation paraît plus ludique et laisse la parole plus ouverte et facile aux patients qu'une évaluation à</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Passation de l'ELADEB non adaptée aux patients dans le déni de leurs troubles - Complémentarité de l'OSA pour mieux évaluer les valeurs et le sentiment d'efficacité de la personne - Evaluation en fonction des capacités d'élaboration du patient - Avantage de l'ELADEB : accessibilité à un grand nombre de patients - ELADEB utilisable dans d'autres domaines que la santé mentale - Intérêt de l'outil pour les patients qui verbalisent peu - Intérêt de l'ELADEB pour faire le point sur les objectifs de l'accompagnement ergothérapeutique - Permet d'adapter au mieux la prise en charge - Permet de trier ses idées - Intérêt du caractère ludique - Permet de faciliter la verbalisation
--	--	--

	<p>questions. Il manque une partie sur le plaisir qui sont semble-t-il abordés dans l'AERES.</p> <p>Modalités de passation adaptables (possibilité de le faire passer en 2 fois = 1 fois difficultés+1 fois besoins par exemple).</p> <p>L'évaluation dépend vraiment de la personne évaluée, si elle discute avec nous pendant et du coup nous donne plus d'éléments, parce que les éléments de base ne disent pas grands choses sans explication</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Complémentarité de l'AERES - Facilité d'adaptabilité des modalités de passation - Variation des résultats de l'évaluation selon sa capacité à échanger - Importance de l'entretien prévus dans la passation
--	--	--

Catégorisation :

- Adapter le plan de traitement au plus près des objectifs du patient
- Favoriser l'alliance thérapeutique
- Faire le point sur la situation
- Favoriser la verbalisation
- Prise de conscience
- Complémentarité de l'AERES
- Lien avec l'OSA
- Limites de l'ELADEB

Abstract

Ces dernières années, l'ESPT est reconnu comme un enjeu de la santé publique en France. En effet, l'ensemble de la population peut malheureusement être confronté, au cours de la vie, à un évènement traumatique pouvant être à l'origine d'un ESPT. L'impact de ce trouble sur la participation occupationnelle de la personne justifie le rôle de l'ergothérapeute auprès de ces individus. Cependant, l'important pourcentage de comorbidités psychiatriques associé complexifie l'évaluation de ce trouble. L'ergothérapeute ne disposant actuellement d'aucun outil d'évaluation spécifique pour l'ESPT, cette étude s'intéresse à l'intérêt d'un outil d'évaluation actuellement développé en France : l'ELADEB. Les résultats montrent que la passation de cet outil permet d'évaluer la motivation à agir (volition) du patient en santé mentale. Cette composante étant perturbée chez le patient souffrant d'ESPT, cette recherche montre que l'ELADEB est un outil adapté. L'étude encourage ainsi les ergothérapeutes à utiliser l'ELADEB au-delà de son objectif premier, d'évaluation des difficultés et besoin d'aide du patient afin d'évaluer la volition de la personne.

PTSD has been recognized as a public health issue in France. Indeed, all of the population, during a lifetime, can unfortunately face a traumatic event causing PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder). The impact of this disorder on occupational participation justify the role of the occupational therapist (OT) with this population. However, the high percentage of psychiatric comorbidities complicates the PTSD's assessment. Any specific assessment tool exists in occupational therapy, that's why this dissertation focuses on an assessment tool currently used in France by OT: the ELADEB. The results show that the ELADEB use enables to assess the volition of patients (motivation to act) in psychiatry. The volition is impacted in people with PTSD and, therefore, the ELADEB is a well adapted assesement tool. To conclude, the study encourage the occupational therapists using ELADEB to assess motivation of patients, and to not only assess difficulties and needs of help.