

Institut de Formation La Musse



L'équilibre occupationnel des personnes souffrantes de
TOC : l'accompagnement de l'ergothérapeute à travers
les stratégies de compensation

Mémoire d'initiation à la recherche

VILLIERS-LEMASSON Anais
Promotion 2020-2023

HERNANDEZ Hélène
Maître de mémoire



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

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

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

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

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

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

Je soussigné-e Villiers - Lemasson Anais

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

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

Fait à Evreux.....

Le 09/05/23..... signature

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements :

Tout d'abord, je tiens à remercier mon maître de mémoire, Madame Hernandez pour son accompagnement, sa disponibilité, ses conseils ainsi que sa bienveillance tout au long de ce mémoire d'initiation à la recherche et cela jusqu'aux moments de doutes.

Je souhaiterais également remercier l'ensemble des ergothérapeutes qui ont accepté de participer à mon travail, pour le temps qu'ils m'ont accordé, mais également pour ces échanges enrichissants.

J'en profite pour remercier l'ensemble des ergothérapeutes qui m'ont accueilli en stage pour leur accompagnement, bienveillance, confiance et savoirs transmis.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut de formation en ergothérapie la Musse pour leur accompagnement durant ces trois années.

Pour finir, je remercie Benjamin, Clémence ainsi que ma famille pour leurs encouragements, les relectures et leur soutien pendant ces années de formation.

Table des matières

Introduction :	1
1 Cadre contextuel	2
1.1 Situation d'appel	2
1.2 Mon questionnement	3
2 Cadre conceptuel	4
2.1 Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC)	4
2.1.1 Les TOC qu'est-ce que c'est ?	4
2.1.2 Epidémiologie	6
2.1.3 Etiologie	6
2.1.4 Diagnostic	7
2.1.5 Les différents traitements	8
2.1.6 Les répercussions sur la vie quotidienne	9
2.2 L'ergothérapie	12
2.2.1 Définition de l'ergothérapie et l'ergothérapeute	12
2.2.2 L'ergothérapeute en psychiatrie	13
2.2.3 L'ergothérapie dans les TOC	14
2.2.4 Les stratégies de compensations	15
2.3 Le modèle de l'occupation humaine	16
2.3.1 Définition	17
2.3.2 Les différents outils du MOH	18
2.4 Les occupations	20
2.4.1 Définition des occupations	20
2.4.2 ADL	20
2.4.3 IADL	21
2.4.4 Occupation signifiante	21

2.4.5	Equilibre occupationnel	22
3	Problématique et hypothèse	22
4	Le cadre expérimental.....	22
4.1	Le choix de la méthode	23
4.2	La population cible	23
4.3	Les techniques et outils de recueil de données	24
4.4	Résultats.....	25
4.4.1	Caractéristiques et profil des ergothérapeutes interrogés	26
4.4.2	Qu'est-ce qui détermine l'intervention de l'ergothérapeute auprès d'un patient souffrant de TOC ?	26
4.4.3	Que pensez-vous de l'utilisation du MOH avec des patients souffrants de TOC ?	27
4.4.4	Comment l'objectif des activités de la vie quotidienne est apparu dans le processus d'intervention ?	28
4.4.5	Quels sont les outils d'évaluation et moyens que vous avez utilisés ? Comment avez-vous fait pour aider une personne souffrante de TOC dans ses activités de la vie quotidienne ?	29
4.4.6	Quels types de stratégies de compensation avez-vous mis en place ?	30
4.4.7	Quel a été le résultat des actions mises en place ?	31
4.4.8	En quoi l'ensemble des actions menées contribue à un équilibre occupationnel ?.....	32
4.5	Analyse	33
4.5.1	Qu'est-ce qui détermine l'intervention de l'ergothérapeute auprès d'un patient souffrant de TOC ?	33
4.5.2	Que pensez-vous de l'utilisation du MOH avec cette population ?.....	33
4.5.3	Comment l'objectif des activités de la vie quotidienne est apparu dans le processus d'intervention ?	33

4.5.4	Quels sont les outils d'évaluations et moyens que vous avez utilisés ? Comment avez-vous fait pour aider une personne souffrante de TOC dans ses activités de la vie quotidienne ?	34
4.5.5	Quels types de stratégies de compensation avez-vous mis en place ? .	36
4.5.6	Quel a été le résultat des actions mises en place ?	36
4.5.7	En quoi l'ensemble des actions menées contribue à un équilibre occupationnel ?.....	36
5	Discussion.....	38
5.1	Confrontation des données.....	38
5.2	Biais	39
5.3	Limites.....	41
5.4	Axes d'améliorations :	42
5.5	Projections professionnelles :	42
	Conclusion :	43
	Bibliographie :	
	ANNEXES	

Introduction :

Les pathologies liées à la santé mentale augmentent considérablement dans l'ensemble des pays. L'Organisation mondiale de la santé exprime qu'en 2017, « *les problèmes de santé mentale et de toxicomanie ont augmenté de 13%* » dans les dix dernières années.(OMS, 2021). Ce phénomène s'explique par une démographie qui est de plus en plus importante. Ces troubles, bien qu'ils soient mentaux entraînent des répercussions sur la vie des patients.

Si nous réfléchissons aux différentes pathologies de santé mentale, nous allons tout d'abord certainement penser à la schizophrénie, aux addictions ou encore à la dépression.

Cependant, les troubles obsessionnels compulsifs sont considérés comme la quatrième pathologie psychiatrique en France. Cela représente deux à trois pour cent de la population française. C'est une maladie que l'on retrouve peu dans les services de santé mentale, car la honte des patients est trop importante et ils ne souhaitent pas recourir aux soins de prime abord. Pourtant, les répercussions que provoque cette maladie dans la vie du patient sont nombreuses et variées, que ce soit dans la vie sociale, professionnelle, sur sa santé psychique ou encore sur ses activités de la vie quotidienne.

Alors que très peu d'études ont été réalisées sur l'ergothérapie et les troubles obsessionnels compulsifs, son accompagnement auprès de cette population peut-il être bénéfique ?

C'est ce que nous allons essayer de voir dans la suite de ce mémoire d'initiation à la recherche. Dans un premier temps, nous aborderons le cadre contextuel dans lequel sera expliqué l'ensemble de la réflexion qui a amené à ce sujet. Dans un deuxième temps, le cadre conceptuel sera consacré aux notions importantes de cette recherche. Celui-ci nous amènera au troisième temps qui est dédié à la question de recherche ainsi qu'à l'hypothèse. A la suite de celui-ci, le quatrième temps traitera le cadre expérimental. Dans celui-ci, nous évoquerons la méthodologie choisie, la présentation et l'analyse des résultats. Celle-ci sera alors suivie d'une discussion. Le dernier temps sera quant à lui la conclusion de cette recherche.

1 Cadre contextuel

1.1 Situation d'appel

Ma réflexion concernant la thématique de ce sujet ayant eu lieu lors de mon stage du semestre 4, celui-ci m'a fortement influencé. En effet, je l'ai réalisé dans le domaine de la santé mentale, ce qui m'a permis de me positionner sur le thème suivant : La prise en soin de l'ergothérapeute chez des troubles psychiatriques.

Nous avons eu les cours de psychiatrie essentiellement lors de notre deuxième année d'ergothérapie, ils m'ont énormément intéressé et plu cependant ce domaine me faisait tout de même peur dû aux différentes pathologies que l'on retrouve dans ce secteur. De plus, le rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie me questionnait toujours et j'avais besoin de concret pour comprendre ce que l'ergothérapeute réalisait auprès d'un public atteint de ce type de troubles.

Cependant, ce stage a complètement changé mon opinion sur la santé mentale, j'ai beaucoup apprécié évoluer dans ce domaine. De ce fait, je souhaitais élargir mes connaissances dans ce domaine en passant notamment par la réalisation de ce mémoire de recherche.

Dans le but d'obtenir une question de départ, j'ai réfléchi aux notions d'ergothérapie qui me questionnaient et m'intéressaient.

Durant les cours de deuxième année, nous avons davantage abordé des concepts clés comme celui d'équilibre occupationnel. Désormais, je comprends mieux ce que cela signifie, mais surtout pourquoi il est important de maintenir son équilibre occupationnel et ce qu'il permet dans nos vies. J'ai donc pensé que je pouvais me focaliser sur cet objet d'étude qui m'intéresse et qui est une approche basée sur l'ergothérapie de nos jours.

De plus, selon moi il reste pertinent de se baser sur les modèles conceptuels pour construire ses prises en soins car l'ayant expérimentée pendant mes stages, je trouve cela bénéfique autant pour le patient que pour nous. Le modèle dans lequel je me sens le plus à l'aise, que j'utilise le plus et qui représente le mieux ma pratique est le modèle de l'occupation humaine (MOH). C'est pour cette raison que j'aimerais intégrer celui-

ci dans ma recherche. Ainsi, mon objet d'étude serait l'équilibre occupationnel dans les maladies psychiatriques selon le modèle de l'occupation humaine.

Je me suis alors questionnée sur les différentes pathologies présentes en service de psychiatrie et sur lesquels je souhaiterais réaliser mon étude. Ainsi, en réfléchissant aux différentes situations que j'ai pu rencontrer durant ce stage, une m'a énormément questionnée et était en lien avec l'équilibre occupationnel. Il s'agissait d'un patient qui était présent dans le service depuis de nombreux mois et qui était diagnostiqué comme personne ayant des troubles obsessionnels et compulsifs, aussi appelé TOC. Ce patient, envahi par ses troubles, ne pouvait plus réaliser l'ensemble des activités de la vie quotidienne qu'il faisait auparavant.

Ce patient exprimait également une insatisfaction majeure de sa situation actuelle et était confronté à un déséquilibre occupationnel.

Ensuite, je pense que c'est une pathologie que l'on retrouve moins souvent dans les services de psychiatrie générale et dont nous entendons très peu parler. Pour donner des exemples, sur une quarantaine de patients, seulement un patient était diagnostiqué comme personne ayant des TOC alors que le quart était hospitalisé pour schizophrénie ou pour troubles bipolaires. C'est pour cette raison que je souhaiterais produire mon mémoire d'initiation à la recherche dessus afin de mieux connaître cette pathologie et d'identifier les différentes actions que nous pourrions réaliser en tant qu'ergothérapeute pour améliorer le quotidien du patient.

Ainsi, mon sujet serait « Le retour à l'équilibre occupationnel des adultes souffrant de trouble obsessionnel compulsif ».

1.2 Mon questionnement

Cette thématique me pose plusieurs questions. En effet quels impacts ces troubles peuvent-ils avoir sur la vie des patients ? Doivent-ils avoir un travail aménagé ? Est-il possible pour eux de les faire disparaître rapidement ? Comment l'ergothérapeute peut-il avoir un impact directement sur les troubles ? Est-ce en changeant l'environnement ou en modifiant les occupations que cela peut avoir un impact sur l'équilibre occupationnel ?

Ma question de départ serait donc la suivante : « Comment l'ergothérapeute peut-il impacter l'équilibre occupationnel des adultes souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif ? »

2 Cadre conceptuel

Dans le but d'obtenir des connaissances supplémentaires sur les concepts importants de ce mémoire d'initiation à la recherche, nous allons étudier la littérature. Ainsi, les différents concepts que nous allons aborder sont les TOC, l'ergothérapie suivie du modèle de l'occupation humaine et pour conclure, nous aborderons les occupations.

2.1 Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC)

2.1.1 Les TOC qu'est-ce que c'est ?

Un TOC est une maladie psychique qui peut se caractériser principalement par deux symptômes : Les obsessions et les compulsions. Ils peuvent se manifester individuellement ou être tous les deux présents. Selon le site de l'Assurance Maladie, « *Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) font partie des troubles anxieux graves* ». (Ameli, 2022)

Les troubles anxieux sont reconnus comme un trouble psychiatrique. Très souvent, ils sont assimilés à de la peur, de la nervosité, de l'appréhension ou encore de la panique. Cependant, ils peuvent également être associés aux troubles cardiovasculaires, au système respiratoire, gastro-intestinal ou encore sur le système nerveux. (Martin, 2003).

Tout d'abord, les obsessions se caractérisent par « *repeated thoughts, urges, or mental images that cause anxiety* ». ¹(NIMH, 2022)

Il existe plusieurs formes d'obsessions mais les principales recensées sont celles de contaminations, de doutes, d'agressivités ou de phobies d'impulsions, de superstitions et enfin celles d'ordres, de symétries. Celles-ci apparaissent sans que le patient ne le souhaite réellement et peuvent lui causer de l'anxiété.

Ensuite, les compulsions se définissent comme « *comportements répétitifs (ou « rituels ») ne pouvant pas être contrôlés. La personne se sent obligée de répéter*

¹ « *des pensées, des envies ou des images mentales répétées qui provoquent de l'anxiété* » [Traduction libre]

certaines actions ou pensées pour chasser l'obsession de son esprit ou pour faire diminuer son anxiété. » (Ameli, 2022)

Tout comme les obsessions, il existe différents modèles de compulsions et parmi les plus fréquentes, nous pouvons retrouver les rituels de vérifications, de lavages, de rangements, le collectionnisme, d'accumulations et enfin l'arithmomanie qui se définit comme « être obsédé par l'idée de compter tout ce qu'il voit (les lames d'un parquet, les barreaux d'une grille..) ou d'effectuer des opérations arithmétiques inutiles sur des nombres qu'il lit ou que l'on nomme devant lui »(Robidoux, 1976) . » (« TOC », s. d.)

Malgré ces différents modèles, on peut différencier les compulsions en deux parties. En effet, il y a d'un côté les compulsions cognitives qui sont décrites comme « les actes mentaux répétitifs et excessifs, essentiellement à visée conjuratoire ou de vérification. » (« TOC », s. d.)

De l'autre, nous avons les compulsions comportementales qui sont la répétition d'un mouvement ou de comportements.

Un individu peut avoir soit des compulsions cognitives, soit des compulsions comportementales mais il peut également être affecté par les deux.

Les comportements peuvent apparaître plusieurs heures dans la même journée. Selon l'INSERM, « Les patients sont conscients que leur trouble provient de leur propre activité mentale. ». (Inserm, 2021)

Tableau donnant des exemples d'obsessions et compulsions :

OBSSESSIONS	COMPULSIONS/ TYPES DE RITUELS
Phobique : souillure, contamination	Lavage
Idéative : folie du doute, crainte de l'erreur, du désordre ou de l'asymétrie	Vérification, rangement, symétrie
Superstition et malheur	Conjuration : rituels mentaux, comptage
Impulsives : pulsions agressives ou sexuelles	

Tableau issu du livre « Cliniques 2017/2 (N° 14) ; Prise en charge cognitivo-comportementale d'un toc chez une personne âgée : quand la répétition devient une obligation »

Pour ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai décidé de me focaliser uniquement sur les compulsions dans le but de nous concentrer sur un symptôme.

2.1.2 Epidémiologie

Selon l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le nombre de personnes étant diagnostiqué comme ayant des TOC en France est estimé entre 2 et 3 pour cent de la population. (*Inserm, 2021*)

L'Assurance Maladie évoque cependant qu'il est fortement probable qu'une partie des habitants ne soient pas diagnostiqués, car les individus souffrants de ces troubles ne souhaitent pas consulter.

Les TOC sont considérés comme la quatrième maladie psychiatrique la plus fréquente en France.

Il n'y a pas de prédominance pour un sexe particulier bien que les troubles précoces se manifestent plus régulièrement chez les garçons. Cette forme précoce augmenterait le nombre de complications avec notamment une résistance supplémentaire aux traitements et des symptômes plus considérables. (*Inserm, 2021*)

L'apparition des symptômes commence essentiellement pendant l'enfance ou au début de l'âge adulte. En effet, toujours selon l'INSERM, « *environ 25% des cas de TOC débutent avant 14 ans, 65% avant 25 ans et 15% après 35 ans.* »

De plus, « *chez 30 à 50 % des patients adultes qui ont un TOC, le trouble aurait débuté pendant l'enfance* ». (*Inserm, 2021*)

2.1.3 Etiologie

Les causes exactes de cette pathologie sont encore incertaines, mais plusieurs facteurs reviennent régulièrement et ont été sujet à des recherches.

Selon le centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) du Canada, nous pourrions avoir un facteur psychologique, « *les personnes touchées par le TOC associeraient certains objets ou certaines situations à la peur et qu'elles apprendraient à éviter ce qui les effraie ou à adopter des rites qui les aident à apprivoiser leur peur. Selon une autre théorie, les personnes atteintes de TOC interpréteraient mal leurs propres pensées, au point de les redouter.* » (*CAMH, s. d.*).

Une autre raison serait un facteur neurophysiologie, il existerait un dysfonctionnement de certains neuromédiateurs qui se manifesterait par une hyperactivité de certaines zones du cerveau ce qui entraînerait donc les TOC. (*Ameli, 2022*)

De plus, nous avons la cause génétique. En effet, si une personne souffrant de TOC est présente dans la famille, le risque d'être également affecté par celle-ci sera plus élevé. Selon l'INSERM, il est estimé entre 27% et 45% le risque de développer cette pathologie si un membre de notre famille est impacté. (*Inserm, 2021*)

Enfin, la dernière cause serait le résultat d'un traumatisme ou d'un stress trop important qui aurait déclenché la pathologie. Cependant, il s'agirait plutôt d'un élément révélateur et non d'une cause directe.

Les TOC peuvent entraîner des conséquences sur la vie du patient. Plusieurs incidences peuvent avoir lieu comme une impossibilité de travailler ou encore une rupture sociale ou une rupture de vie familiale.

C'est pour cette raison qu'un diagnostic doit être réalisé afin d'aider au mieux le patient.

2.1.4 Diagnostic

Le diagnostic des TOC peut se faire en deux temps. D'abord, le patient peut en parler à son médecin traitant. Celui-ci devra alors s'assurer qu'il s'agit réellement d'un TOC et non d'une autre pathologie. Il aura également pour rôle d'évaluer l'impact des troubles sur la vie du patient. (*Ameli, 2020*).

Pour affirmer qu'il s'agit d'un TOC, il est nécessaire d'observer des obsessions, des compulsions ou les deux lors de l'examen clinique. De plus, les symptômes doivent impacter le patient quotidiennement, pendant une heure minimum. (*Phillips. et Stein, 2021*)

Le diagnostic peut ensuite être vérifié par un psychologue ou un psychiatre.

Ultérieurement, ces spécialistes vont évaluer la gravité des symptômes à l'aide d'une échelle international nommée Yale-Brown (Y-BOCS) pour les adultes ou Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) pour les enfants. (*Moigne et al., 2018*)

Pour les adultes, elle a été créée en 1989 par Goodman et des collaborateurs. Sa durée de passation est d'environ une heure trente. Cette évaluation se compose de dix items qui mesurent la durée des troubles, la gêne dans la vie quotidienne, les angoisses, la résistance et enfin le degré de contrôle. Pour chacune d'entre elles, le patient doit estimer sur une échelle allant de zéro à quatre le degré d'importance. Zéro représente l'absence de symptômes et quatre les symptômes extrêmes.

A la fin de l'évaluation, une addition de l'ensemble des cotations données aux items est faite pour obtenir le score final. Ainsi, s'il est compris entre

- Dix et dix-huit, il s'agit de TOC léger
- Dix-huit et vingt-cinq se sont des TOC considérés comme handicapant et en situation de détresse.
- Lorsque le score est au-dessus de trente, ce sont des TOC qui handicap fortement le patient et celui-ci nécessitera une aide extérieure.

En moyenne pour les patients atteints de TOC en France, le score est estimé à 25. (Goodman et al , 1989)

L'échelle de cette évaluation se trouve en annexe I. (Chaloult, et al, 2013).

De plus selon l'INSERM, il est également fréquemment soumis au patient « *une évaluation des symptômes de l'anxiété et de la dépression* » accompagnée d'un bilan global des troubles psychiatrique pour s'assurer qu'il n'y a pas d'autres pathologies liées. (*Inserm*, 2021)

2.1.5 Les différents traitements

Comme pour toute pathologie, des traitements peuvent être proposés. Ils sont nombreux et variés. Il va être mis en place par un psychiatre ou psychologue tout en étant en alliance avec le médecin traitant.

Le traitement non-médicamenteux le plus utilisé est la thérapie comportementale et cognitive (TCC). Selon l'institut du cerveau, elle est « *basée sur l'apprentissage du patient lui permettant de repérer et comprendre les mécanismes de ses troubles et de modifier progressivement ses comportements et ses schémas de pensée.* » (Institut du cerveau., s. d)

Ensuite, il est possible que le patient ait des traitements médicamenteux tels que des antidépresseurs et plus particulièrement des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS). Son rôle est de diminuer l'anxiété et le but est d'obtenir un effet anti-obsessionnel. Pour ce faire, on va donner aux patients des doses supérieures à la moyenne. L'efficacité de ce traitement pourra être évaluée au bout de 3 mois, mais il est généralement poursuivi pendant plusieurs années, et cela même après guérison. De manière générale, la TTC et le traitement médicamenteux améliorent les troubles pour environ deux tiers et soignent 20% des patients. (*Inserm*, 2021)

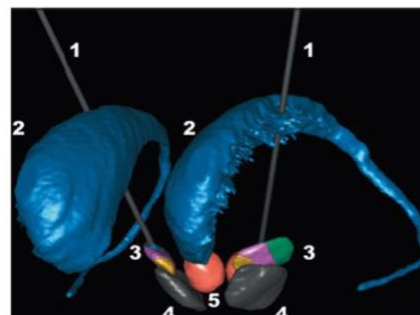
Des thérapies de groupe peuvent également être réalisées.

De plus, pour les personnes gravement atteintes et pour qui les précédents traitements n'ont pas fonctionné, un nouveau traitement peut être proposé, il s'agit de la

neurochirurgie fonctionnelle. Cette méthode consiste à réaliser une opération dans le cerveau pour corriger ses actions. Cependant, cette intervention peut se réaliser uniquement dans des services hospitaliers spécifiques.

Enfin, un protocole de recherche à lieu pour évaluer l'impact de la stimulation cérébrale profonde, cette solution n'est donc pas encore remboursée par l'Assurance Maladie. (Ameli, 2020)

Selon l'INSERM, avec cette méthode, nous implantons des électrodes dans certaines régions du cerveau pour obtenir une « stimulations électriques chroniques sur les neurones, et modifient des circuits cérébraux clés dans le TOC ». (Inserm, 2021). A ce jour, seulement une dizaine de patients ont pu bénéficier de ce traitement et pour la moitié d'entre eux, il y a eu un soulagement des symptômes.



1 : électrodes ; 2 : noyau caudé ; 3 : noyau sous-thalamique (territoire moteur en vert ; associatif en violet ; limbique en jaune) ; 4 : substance noire ; 5 : noyau rouge.

© image de l'atlas 3D histologique des ganglions de la base de Jérôme Yelnik, Eric Bardinnet et Sara Fernandez Vidal.

Figure 1 : Image publiée par l'institut du cerveau en 3 dimensions de l'implantation des électrodes du noyau

D'autres études sont aussi en cours afin de trouver les meilleurs traitements pour guérir des TOC résistants et permettre de diminuer les répercussions de ces troubles.

2.1.6 Les répercussions sur la vie quotidienne

Une étude a été menée par Yannick Ung, Sylvie Tétreault, Xavier Briffault et Margot Morgiève en 2018, celle-ci s'appelle l'exploration de l'équilibre de vie des personnes présentant des troubles obsessionnels compulsifs. Elle a été publiée dans la revue francophone de recherche en ergothérapie et est issue de la thèse de Yannick Ung. Dans cette étude, 8 patients présentant des TOC ont réalisés l'évaluation de l'inventaire de l'équilibre de vie (IEV) en 2015 et 2017. Pendant cet intervalle de temps, des adaptations ont été réalisées. Grâce à celles-ci, pour les 8 patients, il y a eu une amélioration de la qualité de vie. Cependant, pour chaque personne, le score obtenu correspond toujours à un équilibre au minimum déséquilibré voire très déséquilibré. Ensuite, l'article « Generic and Illness-Specific Quality of Life in Obsessive-Compulsive Disorder » a été publié en 2010 dans « Behavioural and Cognitive Psychotherapy ». Il s'agit d'une étude réalisée par des chercheurs sur la qualité de vie des personnes souffrantes de TOC.

Des recherches antérieures montraient que les tocs ont un impact sur le fonctionnement, le bien-être et sur la vie. De plus, il existerait une diminution de la qualité de vie chez ces patients par rapport à une population saine notamment au niveau social et émotionnel. Sur l'échelle de la qualité de vie, il arrive que les patients ayant des TOC aient un score inférieur à certaines pathologies psychiatriques comme la schizophrénie.

Cette échelle n'étant pas spécifique, l'équipe a souhaité élaborer une évaluation permettant de mesurer la qualité de vie dans le trouble obsessionnel compulsif qu'ils ont appelée QoLOC. Ainsi, il est possible d'identifier les problèmes exclusivement liés au TOC. Les évaluations faites ont été la QoLOC et un questionnaire générique nommé WHOQOL-BREF.

L'étude a recueilli 295 participants, mais seulement 123 personnes ont réellement été prises en compte.

Pour réaliser la nouvelle échelle, les auteurs se sont basés sur plusieurs évaluations déjà existantes et ont fait une compilation de 69 items. Les participants pouvaient répondre avec un score allant de 0 à 4. 0 définissant que cela ne s'applique pas pour lui et 4 que c'est extrêmement pénible. Nous allons voir par la suite les différents résultats obtenus par cette étude suivant le type de répercussion.

2.1.6.1 Répercussion sur la vie familiale/sociale

Tout d'abord, cette étude nous montre qu'avoir des TOC entraîne des répercussions sur la vie familiale et sociale. En effet, les personnes rencontrent des difficultés pour la gestion de leur maladie et leur image. A cause de leurs troubles, les individus craignent d'être rejetés ou stigmatisés. La sensation de honte est présente et il est difficile pour eux de parler de leur maladie. La peur d'être jugé est également présente, ils essaient donc de dissimuler au maximum leur trouble.

Malgré toutes ces difficultés, 24 % des individus seraient tout de même satisfaits de leur vie.

Ensuite, les TOC impactent la vie sociale des patients, notamment sur la vie avec le partenaire ou la famille. Les patients redoutent que les proches soient trop présents dans les rituels. L'agressivité étant un symptôme, il joue un rôle sur les relations sociales. (Hauschildt et al., 2010)

De plus, dans le livre « Comprendre et traiter les TOC » publié sous la direction de Anne-Hélène Clair et Vincent Trybou au chapitre 17, le témoignage de plusieurs

patients a été recueilli. Il en ressort que les troubles ont un impact sur la vie familiale et sur les relations sociales. D'après eux « *Le patient peut se replier dans la honte et le secret ou au contraire solliciter ses proches afin qu'ils se plient à ses exigences irrationnelles, faire ses rituels à sa place ou le réassurer perpétuellement : « une angoisse quasi permanente à laquelle s'ajoute celle d'être découvert et mal jugé par autrui, et qui est loin d'être sans conséquence sur la vie sociale et familiale ».* (Morgiève & Trybou, 2016).

2.1.6.2 Répercussion sur la vie professionnelle

Les TOC peuvent également avoir un impact important dans le travail du patient. En effet, il se peut que le travail réalisé entraîne des conséquences. Par exemple, si la personne réalise plusieurs répétitions pour chaque tâche, elle va perdre du temps et cela impactera forcément les autres activités. La personne devra donc effectuer des journées plus longues pour finir ce qu'elle a à faire. Cela va donc engendrer de la fatigue ou un état de stress plus important. (Ung et al., 2018)

2.1.6.3 Répercussion psychologique

Selon l'étude « *Generic and Illness-Specific Quality of Life in Obsessive-Compulsive Disorder* » que nous avons exprimée précédemment, le principal symptôme qui diminue la qualité de vie des personnes avec des TOC est la dépression. En effet, les chercheurs ont pu voir que pour au minimum 40 % des personnes interrogées, la dépression est importante dans les TOC notamment avec la fatigue, le manque d'énergie, l'inquiétude ou encore le désespoir. Dans l'étude, 87 % des répondants estiment être fatigués et épuisés.

A cela, nous pouvons ajouter que seulement 40 % des patients souhaitent se soigner. Ce phénomène s'explique par le fait que les patients ont généralement honte et ne souhaite donc pas en parler. (Hauschildt et al., 2010)

De plus, avec l'avancée de la pathologie de nombreux patients voient leur confiance et leur estime baisser. De ce fait, il est possible que du surmenage dû à la réalisation des rituels s'ajoute. (Morgiève & Trybou, 2016)

2.1.6.4 Répercussion sur les activités de la vie quotidienne

Dans l'étude de 2018, la population interrogée exprime un certain déséquilibre dans leur vie sentimentale et leur statut professionnel. Ils rencontrent également des

difficultés « *de gestion du temps pour réaliser quotidiennement leurs soins personnels, pour dormir suffisamment et pour participer aux activités communautaires* »(Ung et al., 2018).

De plus, dans la thèse de Yannick Ung, sur l'équilibre de vie des personnes souffrantes de TOC, il est inscrit que « *Les obsessions et les compulsions occupent beaucoup de temps et entravent en conséquence le fonctionnement de la vie quotidienne (Association américaine de psychiatrie [APA],2015). Par exemple, l'étude de Frost, Hristova, Stefkete & Tolin (2012) indiquent que les activités journalières peuvent être perturbées par le désordre et l'accumulation d'objets (hoarding problem). À l'aide de l'échelle de mesure ADL-H (Activities of daily living scale in hoarding disorder), la préparation d'un repas, l'utilisation des toilettes ou bien l'action de s'asseoir sur le canapé ont pu être identifiées comme des activités contraignantes qui déstabilisent l'équilibre de la vie familiale (Frost, 2012).* »(Ung, 2018)

2.2 L'ergothérapie

2.2.1 Définition de l'ergothérapie et l'ergothérapeute

Un ergothérapeute est un professionnel du paramédical exerçant l'ergothérapie. L'objectif de cette dernière 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 des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société* » selon l'union nationale des associations des étudiants en ergothérapie (UNAEE).(UNAEE, s. d.)

De plus, selon le ministère de la Santé et de la Prévention, « *Pour faciliter ces activités du quotidien, l'ergothérapeute étudie, conçoit et aménage l'environnement pour le rendre accessible. Il préconise et utilise des appareillages de série, des aides techniques ou animalières, et des assistances technologiques. Il propose notamment des solutions empruntées aux métiers manuels et aux gestes de la vie quotidienne et professionnelle.*

Les ergothérapeutes interviennent à tout âge de la vie et exercent dans des domaines d'activité variés, comme la rééducation fonctionnelle, la réadaptation professionnelle ou le maintien à domicile. » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2012)

L'ergothérapeute peut collaborer avec les différents professionnels qui l'entourent. Cependant celui-ci peut exercer uniquement sur prescription médicale.

2.2.2 L'ergothérapeute en psychiatrie

Dans le livre « Ergothérapie en psychiatrie » publiée en 2016 et sous la direction de Hélène Hernandez, il est inscrit que « *Le 21 novembre 1986, paraissait le décret d'actes des ergothérapeutes dans le code de la Santé publique. Depuis lors, les moyens de l'ergothérapie sont officiellement définis : « activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisir ou de travail » (décret n° 86-119).* »(Hernandez, 2016)

Selon Florence Klein toujours dans ce même ouvrage, les missions de l'ergothérapeute en psychiatrie sont : « *Permettre au patient la restauration d'un réseau relationnel afin de faire rupture avec son isolement, lui donner un sentiment d'appartenance à un groupe et d'y être un élément vivant ; l'aider à maîtriser son angoisse (ou à s'en accommoder) ; l'inciter à reprendre confiance en ses propres capacités ; le soutenir pour recouvrer une certaine estime de soi ; susciter un minimum de dynamisme vital, un désir de vie ; lutter contre le fonctionnement psychotique qui est de détruire, de rompre les liens, et donc de gérer le conflit terrifiant que le malade porte en lui et qui revêt parfois la forme d'une agressivité, d'une inertie ; et peut-être même à « l'occuper » sur le plan psychique, ce qui voudrait dire qu'il est parvenu à mettre de côté ses préoccupations» (Hernandez, 2016).*

De nos jours, l'ergothérapie en santé mentale se développe. En effet, le domaine de la réhabilitation psychosociale est en train d'émerger. L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) explique que grâce à ce domaine, les ergothérapeutes pourront mettre en place leurs compétences pendant la durée totale de prise en soin du patient sur l'ensemble des axes de travaux. En effet, se peut être sur les relations, sur l'habitat, les activités de vie quotidienne ou encore sur l'emploi. (ANFE,2021).

Cette évolution permet aux ergothérapeutes de mettre à profit leurs compétences à toutes les étapes du parcours de vie de la personne, que ce soit sur le plan de la vie relationnelle, affective et familiale, sur le plan de l'accompagnement vers et dans l'habitat, de la vie quotidienne et courante ou de l'accompagnement à l'emploi et à la formation. (ANFE,2021).

2.2.3 L'ergothérapie dans les TOC

Actuellement, très peu d'études ont été réalisées sur l'ergothérapie avec des patients souffrants de troubles obsessionnels compulsifs. Parmi les études réalisées, nous retrouvons principalement une intervention au domicile de la personne. C'est le cas dans la thèse de Yannick Ung, où l'ensemble de l'équipe intervient avec les patients dans leur domicile. Les principaux objectifs étaient « *déterminer les situations de déséquilibre occupationnel des personnes présentant des TOC, identifier les stratégies d'adaptation utilisées à domicile et développer et documenter l'utilisation de dispositifs techniques/technologiques pour maintenir un équilibre de vie à travers la promotion des occupations* » (Ung, 2018.) Les outils utilisés ont été la Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) et la Mesure de la Qualité de l'Environnement (MQE) qui font tous les deux partie du modèle conceptuel du Processus de production du handicap (PPH). Les chercheurs souhaitaient que le patient soit intégré dans la démarche. Ce qui découle de cette étude est que « *la formalisation d'un processus d'intervention en ergothérapie dans l'environnement domiciliaire des personnes présentant des TOC répondrait de façon pertinente aux besoins de santé, encore trop peu exprimés par les individus* » (Ung, 2018.) Ici, le processus d'intervention exclusivement liée à l'ergothérapeute consistait : « *à discuter des dispositifs techniques/technologiques proposés ; à explorer les zones de malaises qu'elles sont prêtes à dépasser ; à formuler leurs besoins occupationnels ; à identifier des stratégies d'adaptation qu'elles sont prêtes à appliquer et à évoquer les changements dans leurs routines quotidiennes qu'elles envisagent à faire.* » (Ung, 2018.)

De plus, une étude se basant sur les différents rituels de personnes souffrant de TOC et les solutions possibles pour les réduire a été réalisée et publiée par Céline Gehamy, Margot Morgiève et Xavier Briffault en 2017 dans Science du Design. Ils ont suivi une jeune femme atteinte de cette pathologie. Celle-ci consacrait en moyenne six heures par jours à ses rituels. Ses obsessions principales étaient de toujours vérifier sa boîte aux lettres. Les chercheurs souhaitaient agir sur l'environnement de la patiente pour essayer de diminuer ses troubles.

Or, nous le savons, l'ergothérapeute est un professionnel du paramédical qui peut intervenir sur l'environnement du patient. En effet, d'après la définition de l'ergothérapeute selon le Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français (SIFEF), « *L'ergothérapie (ou occupationnel thérapie) est une profession paramédicale qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé et*

prend en compte l'interaction entre la personne, l'environnement et l'activité ». (Sifef », s. d.)

Pour ces chercheurs, il est important d'évaluer le patient en situation écologique afin d'assimiler les différents éléments problématiques pour la personne.

Ici, en aménageant l'environnement de la personne à l'aide de compensation, elle a gagné 60 à 80 % pour réaliser d'autres activités. (Gehamy et al., 2017). Dans cet exemple, nous pouvons voir que les chercheurs se sont appuyés sur plusieurs points clés tels que l'environnement, mais également sur l'ensemble des activités de la personne et sur ce qui était problématique pour elle. Cela fait référence à une prise en charge dite holistique, c'est-à-dire qui s'intéresse au patient dans sa totalité. Cette démarche est donc similaire à celle réalisée par les ergothérapeutes. Cependant, il n'y a pas de notion de modèle conceptuel, or parmi les modèles conceptuels existant en ergothérapie, plusieurs évoquent l'environnement de la personne en lien avec ces occupations. C'est le cas du PPH utilisé dans la thèse de Yannick Ung ou encore du modèle de l'occupation humaine. Il n'y a pas eu de nouvelle étude réalisée depuis les travaux de Yannick Ung, nous pouvons donc nous questionner sur l'impact que pourrait avoir l'utilisation d'un autre modèle conceptuel dans l'accompagnement des personnes souffrantes de TOC.

2.2.4 Les stratégies de compensations

Dans l'ouvrage « Bulletin de psychologie » de Sandra Nicchi et Christine Le Scanff, il est inscrit que « *Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping² comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu.* » (Nicchi & Le Scanff, 2005). Au vue de cette définition, les stratégies d'adaptations chez les patients souffrants de TOC pourraient leur permettre de diminuer la durée des troubles.

Or, dans la thèse de Yannick Ung, il explique que les participants créent eux même des stratégies lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans les activités de la vie quotidienne. Selon les différentes stratégies mises en place, nous aurions six catégories différentes de stratégies d'adaptations qui seraient les suivantes :

² Adaptation [Traduction libre]

- Stratégies comportementales : « *Réduction du contrôle des rituels, diminutions des rituels visibles, délégation de certains rituels à la famille ou l'acquisition d'habitudes saines de sommeil* » (Ung, 2018.)
- Stratégies occupationnelles : « *l'ajustement des rôles occupationnels, l'adaptation du rythme des routines quotidiennes, les freins à l'avancement de carrière et la réalisation d'activités épanouissantes* » (Ung, 2018.)
- Stratégies émotionnelles : ici, il s'agit « *d'exercices de relaxation et observance des traitements et de sentiment d'efficacité personnelle et d'identité occupationnelle.* » (Ung, s. d.)
- Stratégies Sociales : ce sont les « *adaptations des relations sentimentales, la protection du fonctionnement de la vie familiale, le maintien des relations amicales ou encore le recours à une communauté de pratique.* » (Ung, s. d.)
- Stratégies cognitives : Elles comprennent « *la résistance aux rituels compulsifs, le détournement de l'attention et la gestion sûre de la fatigue.* » (Ung, 2018.)
- Stratégies environnementales : Elles sont représentées par « *les aménagements de l'environnement domiciliaire, l'utilisation d'aides techniques et l'expérimentation de dispositifs technologique.* » (Ung, 2018.)

2.3 Le modèle de l'occupation humaine

Lors de nos trois années d'ergothérapie, au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE), nous avons abordé plusieurs modèles conceptuels. D'après Marie-Chantal Morel-Bracq (2017) « *Un « modèle conceptuel » est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* ». De nos jours, de nombreux modèles conceptuels liés à l'ergothérapie existent. Cependant pour ce mémoire d'initiation à la recherche, nous allons uniquement nous centrer sur le modèle de l'occupation humaine (MOH) car comme expliquer précédemment celui-ci se base sur l'environnement de la personne et nous allons découvrir qu'il est composé de plusieurs dimensions qui vont permettre à l'ergothérapeute de prendre en compte l'ensemble de la personne.

2.3.1 Définition

Le MOH est un modèle de l'ergothérapie qui a été développé à la fin des années 1980 par le docteur et ergothérapeute Gary KIELHOFNER. Il avait été créé pour être utilisé dans le domaine de la santé mentale, mais on peut l'utiliser dans tous les secteurs d'activité. Dans le

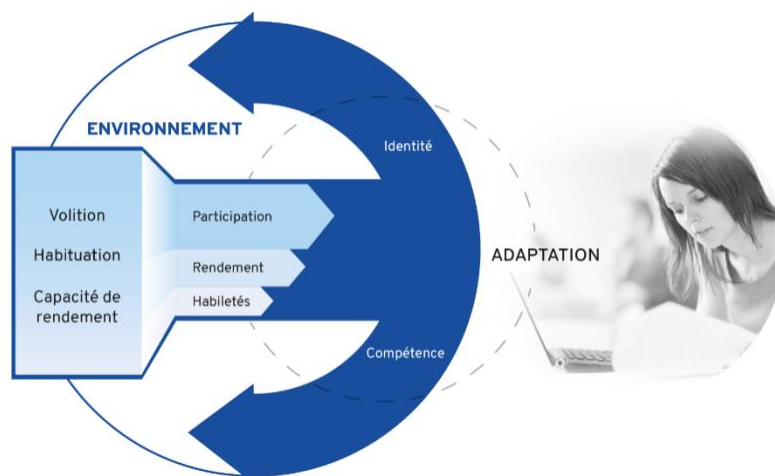


Figure 3 : Schéma du modèle de l'occupation humaine issu du site de l'université de Laval. CRMOH. (s. d.).

livre « Les modèles conceptuels en ergothérapie » dirigé par Marie-Chantal Morel-Bracq, il est indiqué qu'il s'agit du modèle avec une approche occupationnel qui est le plus utilisé. En effet, celui-ci est énormément traduit pour être pratiqué dans plusieurs pays, les outils sont également traduits.

Ce modèle est basé sur les occupations de la personne, est holistique et centré sur le patient. Il étudie l'interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation.

Celui-ci a pour caractéristique trois grandes catégories, en effet, il est composé de l'Être, l'Agir et le Devenir. Celles-ci sont toutes en interactions avec l'environnement de la personne, que ce soit l'environnement physique, social ou occupationnel.

2.3.1.1 L'être

L'être définit la personne. Il est composé de la volition, l'habituation et les capacités de rendement.

- La volition représente ce qui nous motive. D'après Kielhofner, 3 facteurs peuvent nous motiver : nos valeurs, nos intérêts et nos déterminants personnels. (Morel-Bracq, 2017)
- L'habituation, est-elle composée de nos rôles et de nos habitudes. Celle-ci correspond à « l'organisation et à l'intériorisation de comportement semi-automatique s'exécutant dans un environnement familier »(Morel-Bracq, 2017).
- La capacité de rendement désigne ce que notre corps est capable de faire pour réaliser l'action souhaitée.

2.3.1.2 L'agir

L'agir est composé de la participation, du rendement et des habiletés et fait référence à ce que l'individu réalise.

- La participation occupationnelle qui est l'engagement dans les occupations.
- Le rendement comprend l'ensemble des actions faites pour réaliser les occupations.
- Les habiletés qui peuvent être motrices, opératoires ou d'interactions sont l'ensemble des actions réalisées pour parvenir à la finalité souhaitée.

2.3.1.3 L'adaptation ou le devenir

Le devenir se traduit par l'ensemble des adaptations que peut mettre en place l'individu. Il est composé de l'identité et de la compétence occupationnel. C'est le résultat de l'interaction entre l'Etre et l'agir.

- L'identité représente la personne que je suis et que je veux devenir en fonction de mes occupations.
- La compétence occupationnel est « *la capacité de la personne à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations cohérente avec son identité occupationnel* » (Morel-Bracq, 2017)

Gladys Mignet, Aline Doussin-Antzer et Eric Sorita expliquent dans le livre des modèles conceptuels de Marie-Chantal Morel-Bracq que « *L'ensemble est en interdépendance continue avec l'environnement, et le tout évolue et se redéfinit constamment pour façonner l'individu au cours de ses expériences* » (Morel-Bracq, 2017). Par environnement, nous entendons l'environnement physique, c'est-à-dire composé des objets et des différents lieux ainsi que l'environnement social avec l'humain et le socioculturel.

2.3.2 Les différents outils du MOH

Le MOH est un modèle qui est composé de nombreux outils. Il en existe plus d'une vingtaine. Gladys Mignet, Aline Doussin-Antzer et Eric Sorita écrivent que ces outils « *permettent de structurer le recueil de données concernant la personne, de comprendre ses forces et ses difficultés quant à son engagement et à sa participation dans ses activités quotidiennes* ». (Morel-Bracq, 2017)

De plus, les outils sont divisés en 4 types. Tout d'abord, nous avons ceux qui permettent d'observer, c'est le cas pour l'Assessment of Communication and Interaction skills (ACIS). Ensuite, nous avons ceux qui sont des auto-évaluations comme l'occupational questionnaire (OQ). Le troisième type sont les outils basés sur l'entretien comme nous pouvons le retrouver dans l'occupational Performance History Interview- II (OPHI-II) et enfin nous avons les évaluations combinées avec par exemple le Model of Human occupation screening tool (MOHOST).

Certains outils peuvent être spécifiques à une activité productive. Concernant les activités de la vie quotidienne, nous pouvons avoir par exemple le MOHOST qui « *permet d'évaluer la participation occupationnelle de la personne en parcourant les différents domaines du MOH. À partir des informations recueillies lors de l'évaluation ergothérapique (observations en situation, entretiens, informations recueillies auprès de tierces personnes), le MOHOST regroupe les données sur la volition, l'habituatation, les habiletés et l'environnement de la personne pour permettre d'analyser la façon dont ces éléments influencent sa participation occupationnelle.* ». (CRMOH, s. d.)

Une seconde évaluation est l'Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS). Cet outil est une entrevue semi-dirigée qui va permettre à l'aide d'une grille de cotation de mettre en avant les difficultés et forces du patient concernant ses occupations. (CRMOH, s. d.)

Nous pouvons également retrouver l'Occupational Self-Assessment (OSA), il s'agit d'une auto-évaluation. Selon l'université de Laval, il « *permet de mesurer la compétence occupationnelle (capacité à maintenir un patron d'occupations cohérent avec l'identité occupationnelle) ainsi que la valeur accordée par la personne aux différents éléments de cette compétence* ». (CRMOH, s. d.). Cet outil présente deux versions : il y a tout d'abord une version centrée exclusivement sur les activités de la vie quotidienne et une autre sur la vie domestique. Cette dernière se nomme alors l'OSA-Daily Living Scale (OSA-DLS).

L'université de Laval, explique que « *cet outil donne également des informations sur la participation occupationnelle ainsi que sur des composantes de la volition, de l'habituatation et des habiletés / du rendement occupationnel* ». (CRMOH, s. d.)

Une autre auto-évaluation qui est en lien avec les activités de la vie quotidienne est l'Occupational questionnaire (OQ). Dans cet outil, le patient va « *indiquer les activités dans lesquelles il s'engage tout au long d'une journée de semaine ou de fin de semaine par période d'une demi-heure. Le client doit aussi indiquer s'il considère chacune des activités comme étant du travail, des tâches quotidiennes, un loisir ou du repos. Il*

qualifie aussi pour chacune des activités s'il pense plus ou moins bien la faire, s'il s'agit d'une activité plus ou moins importante et finalement s'il aime plus ou moins l'activité. » (CRMOH, s. d.)

Enfin, si nous souhaitons être plus spécifiques, il existe d'autres outils. Concernant l'environnement, nous avons le Residential Environment Impact Scale (REIS) qui « *permet d'évaluer l'environnement résidentiel selon 4 différents domaines : les espaces du quotidien, les objets du quotidien, les relations et la structure des activités.* » (CRMOH, s. d.).

2.4 Les occupations

2.4.1 Définition des occupations

Le concept d'occupation a été créé il y a plus de 30 ans, elle est fortement utilisée au Canada, en Angleterre ou encore aux Etats-Unis, mais peine à se développer en Europe. Ce terme a été conçu pour permettre à la profession d'ergothérapeute de se différencier des autres. De ce fait, les occupations sont au cœur du métier de l'ergothérapeute. (Meyer, 2018)

Dans le livre « Les modèles conceptuels en ergothérapie » dirigé par Marie-Chantal Morel-Bracq, il est inscrit que Kielhofner définit l'occupation comme « *Une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel* ». (Morel-Bracq, 2017)

Doris Pierce définit quant à elle les occupations de la manière suivante « *Une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues.* » (Pierce & Morel-Bracq, 2016).

2.4.2 ADL

Les occupations peuvent se diviser en plusieurs catégories. En effet, certaines vont être spécifiques à des activités de la vie quotidienne. D'une part nous avons, ce que nous allons appeler en anglais les activity of daily living (ADL). Celles-ci se définissent comme l'ensemble des actions de soins personnels que nous apprenons dès notre

plus jeune âge. Elles sont caractérisées suivant différentes catégories. Ainsi, dans les ADL, nous pouvons retrouver :

- « *Déambulation* : L'étendue de la capacité d'un individu à se déplacer d'une position à une autre et à marcher de façon autonome.
- *L'Alimentation* : La capacité d'une personne à se nourrir.
- *S'habiller* : La capacité de choisir des vêtements appropriés et de les enfiler.
- *Hygiène personnelle* : La capacité de se laver et de se toiletter et de maintenir l'hygiène dentaire, les soins des ongles et des cheveux.
- *Continence* : La capacité de contrôler la fonction vésicale et intestinale
- *Aller aux toilettes* : La capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, de les utiliser de manière appropriée et de se laver. » (Edemekong et al 2022).

2.4.3 IADL

D'autre part, les autres activités nécessaires pour être autonome, mais qui sont plus complexes se nomme les activités instrumentales de la vie quotidienne soit les Instrumental Activities of Daily Living (IADL) en anglais. Généralement, ce sont les activités que l'on apprend au moment de l'adolescent. Nous avons besoin de plus de réflexion pour les réaliser et il est essentiel d'avoir des compétences en termes d'organisation.

Les IADL comprennent :

- « *Utiliser le téléphone*
- *Faire les courses*
- *Préparer les repas*
- *Faire le ménage*
- *Utiliser les transports*
- *Prendre des médicaments*
- *Gérer les finances.* » (RISE,2019)

2.4.4 Occupation signifiante

Dans une étude publiée dans « South African Journal of Occupational Therapy » en 2015, il est précisé que les définitions concernant les occupations signifiantes sont nombreuses et variées pour les chercheurs. Pour certains, elles se définissent comme le fait de réaliser des activités qui sont importantes, nécessaires et qui vont permettre à l'individu de se sentir expérimenté et autonome, car il aura le choix de réaliser ou non cette occupation. Tandis que d'autres auteurs estiment que les occupations sont signifiantes lorsqu'elles donnent un but à la vie et que des objectifs sont présents.

L'autre signification serait que les occupations réalisées amènent du bonheur et de la satisfaction aux personnes et qu'elles aideraient à tirer vers le haut. (Ikiugu et al., 2015)

2.4.5 Equilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel serait la répartition du temps entre toutes ses occupations. Celle-ci est propre à chaque individu. Il n'y a pas de bon ou mauvais équilibre. (Wagman et al., 2012). L'équilibre est présent lorsque toutes les occupations, les rôles, les valeurs et modes de vie sont satisfaisants.

De plus, selon Emily Matteau « *Une troisième perspective a émergé plus récemment, proposée par Moll, Gewurtz, Krupa, Law, Larivière et Levasseur (2015). Elle considère l'équilibre occupationnel comme étant atteinte lorsqu'une personne peut s'engager dans des occupations répondant à des besoins variés en termes d'expérience* ». (Matteau, 2018)

3 Problématique et hypothèse

L'ensemble de ces recherches ont permis d'accroître nos connaissances et de continuer notre réflexion. Ainsi, nous avons émis une question de recherche qui est la suivante : En s'appuyant sur le modèle du MOH, en quoi la prise en soins par l'ergothérapeute, peut-elle permettre aux adultes souffrants d'un trouble compulsif d'agir sur leurs activités de la vie quotidienne afin de participer à l'établissement d'un équilibre occupationnel ?

Pour répondre à cette question, je vais utiliser une méthode hypothético-déductive. De ce fait, la réalisation d'une ou deux hypothèses doivent être énoncées.

L'hypothèse de recherche est la suivante : L'utilisation du MOH par l'ergothérapeute, permet la mise en place de stratégies de compensations dans les activités de la vie quotidienne de la personne pour diminuer les troubles compulsifs.

Pour répondre à la question de recherche suivante, nous avons réalisé une enquête auprès d'une population cible.

4 Le cadre expérimental

Le cadre expérimental va nous permettre de réaliser une recherche sur le terrain.

L'objectif de cette recherche est de constater que l'utilisation du modèle de l'occupation humaine permet d'agir plus facilement sur les activités de la vie quotidienne du patient dans le but d'améliorer l'équilibre occupationnel ce qui permettra de valider ou non l'hypothèse retenue et de répondre à la question de recherche.

Dans celui-ci, nous allons aborder le choix de la méthode, suivi de la population cible puis nous verrons les techniques et outils de recueil de données. Enfin, les résultats seront présentés.

4.1 Le choix de la méthode

Pour répondre à cette question de recherche, nous faisons le choix de suivre une méthode qualitative. Celle-ci se caractérise comme « *« le développement des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants » (Mays et Pope 1995) »*. (Claude, 2019)

Elle nous permet donc de nous intéresser à ce que pensent les individus de la réalité. Son but est de connaître les représentations des acteurs sociaux.

Lorsque nous utilisons une méthode qualitative, nous sommes dans une démarche dite compréhensive du fait que nous nous intéressons au sens que les acteurs donnent à ce lieu, à leurs actions, mais également à leurs relations en réalisant des interviews. Cette méthode est divisée en 2 parties, l'approche hypothético-déductive et l'approche inductive. Nous nous appuyerons uniquement sur l'approche hypothético-déductive qui est celle pour laquelle on émet une ou plusieurs hypothèses qui répondent à la question de recherche.

En effet, comme nous avons pu le voir antérieurement, nous émettons une hypothèse. C'est le choix de notre méthode et les outils utilisés qui nous permettent d'invalider ou non celle-ci.

4.2 La population cible

Pour réaliser cette méthode, nous allons devoir faire un choix de population. Cependant, à la vue de la Loi Jardé du 2 mars 2012, nous ne pouvons pas inclure des patients dans notre population cible ainsi nous suivrons des ergothérapeutes.

De ce fait, nos critères d'inclusions sont les suivants :

- Ergothérapeute diplômée d'état
- Ergothérapeute utilisant ou non le modèle du MOH

- Ergothérapeute ayant travaillé avec des personnes souffrantes de TOC dans les activités de la vie quotidienne

Le choix concernant le modèle a été fait dans l'optique de pouvoir comparer plusieurs pratiques. Ainsi, il sera possible de voir si c'est le modèle du MOH qui permet réellement d'obtenir le résultat ou si c'est le travail de l'ergothérapeute.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Ne pas être ergothérapeute diplômée d'état ou être étudiant
- Ne pas avoir travaillé avec des personnes souffrantes de TOC
- Avoir eu des patients atteints de TOC mais ne pas avoir travaillé dans les activités de la vie quotidienne.

De plus, pour répondre entièrement à la Loi Jarde, le consentement écrit de chaque individu inclus a été recueilli. Le formulaire de consentement vierge se trouve en annexe II.

Pour joindre notre population cible, nous avons publié un message sur les différents groupes d'ergothérapeutes présents sur les réseaux sociaux. L'envoi de mails aux structures accueillant des personnes souffrantes de TOC et ayant des ergothérapeutes a été réalisés. Cette méthode a également été faite pour les associations en lien avec ce public.

Enfin, nous avons contacté nos anciens lieux de stage ainsi que ceux de nos camarades.

Pour chaque mail envoyé, nous avons demandé de transférer le message aux acteurs qui pourraient répondre aux différents critères d'inclusion.

4.3 Les techniques et outils de recueil de données

Comme expliqué précédemment, nous allons suivre une méthode qualitative. Il est donc essentiel de choisir un outil qui est en corrélation avec celle-ci. Ainsi, pour ce mémoire d'initiation à la recherche, l'outil choisit est un entretien de recherche. Selon Sylvie Tétreault et Pascal Guillez dans « Guide pratique de recherche en réadaptation », « *L'entretien est une méthode qui sonne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celui-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie.* » (Tétreault & Guillez, 2014). De ce fait, grâce à l'entretien, nous pourrons connaître les actions réalisées par les ergothérapeutes dans cette question de recherche. Il existe plusieurs formes d'entretien. Pour ce mémoire d'initiation à la recherche, nous avons choisi de nous concentrer sur un entretien semi-

directif. Ce type d'entretien permet une compréhension plus aisée et permet de recueillir et d'analyser les idées que la personne évoque.

Cela permet à la personne interrogée de répondre avec ses mots et d'exprimer son propre point de vue.

Le fait que l'entretien soit semi-directif signifie qu'il sera structuré et nous permettra d'approfondir un sujet précis si nous le souhaitons, mais les interviewer devront tout de même se concentrer uniquement sur les questions posées. C'est nous qui dirigeons l'entretien. Les questions ne doivent pas induire les réponses. Bien suivre le guide d'entretien permet d'éviter de partir dans des a priori. De plus, lors d'entretien semi-directif, plusieurs thématiques sont abordées avec différentes questions pour chaque catégorie. Ainsi, il semble essentiel de préparer en amont les questions. Un outil appelé « guide d'entretien » est donc nécessaire et cadrera l'entretien. Celui-ci est présent à l'annexe III. Cela permettra à l'ensemble de la population de répondre exactement aux mêmes questions. L'avantage pour le chercheur est que l'ensemble des questions seront déjà définies. Pour la réalisation de celui-ci, nous avons suivi une méthodologie professionnelle d'ergothérapeute.

Depuis la crise sanitaire liée à la covid 19, de nouvelles manières d'échanges sont apparues dans nos habitudes. Les personnes ont appris à utiliser la visioconférence ou les appels téléphoniques. C'est pour cette raison, que les entretiens ont pu être réalisés par ces deux moyens. Cela permettra de recueillir les données d'ergothérapeutes présents sur l'ensemble du territoire français. Le choix a été réalisé en fonction de l'option qu'on choisit les ergothérapeutes interrogés.

4.4 Résultats

L'ensemble des entretiens ont été enregistrés dans le but de pouvoir les retranscrire plus facilement et de ne pas omettre certains éléments qui pourraient être importants pour la suite de ce travail. La retranscription d'un de ces entretiens se trouve en annexe IV.

Nous allons ainsi présenter les résultats des quatre ergothérapeutes que nous avons interrogés. Afin de garantir leur anonymat, nous allons les nommer respectivement E1, E2, E3 et E4.

4.4.1 Caractéristiques et profil des ergothérapeutes interrogés

E1	<ul style="list-style-type: none"> - Diplômé en 2019 de l'institut de formation de Rennes. - Tranche d'âge entre 20 et 30 ans - Travail au sein d'un établissement public de santé mentale depuis 2019 - Utilisation du MOH depuis 1 an + modèle psychodynamique
E2	<ul style="list-style-type: none"> - Diplômé en 2017 de l'institut de formation de Berck-sur-mer - Tranche d'âge entre 20 et 30 ans - Travail dans un centre hospitalier en intra-hospitalier de santé mentale depuis 2017 - Pas l'habitude d'utiliser un modèle
E3	<ul style="list-style-type: none"> - Diplômé en 2019 de l'institut de formation La Musse - Tranche d'âge entre 20 et 30 ans - Travail dans un centre hospitalier au pôle psychiatrique depuis 2019 - Pas de verbalisation du modèle, souvent MCREO
E4	<ul style="list-style-type: none"> - Diplômé en 2009 de l'institut de formation de Nancy - Tranche d'âge entre 30 et 40 ans - Entreprise solidaire d'utilité sociale depuis 5 ans mais n'intervient plus auprès de patient souffrant de TOC - Modèle utilisé le plus souvent PEO et utilisation de l'équilibre de vie

4.4.2 Qu'est-ce qui détermine l'intervention de l'ergothérapeute auprès d'un patient souffrant de TOC ?

E1	<p>« En situation de handicap avec ses TOCS »</p> <p>« Difficultés dans les occupations au quotidien »</p> <p>« Exprime besoin d'aide »</p>
E2	<p>« Patient non-autonome »</p> <p>« Intervention ergo pertinent quand on doit l'accompagner dans ses activités de la vie quotidienne »</p> <p>« Doit trouver des stratégies, compromis, en le motivant »</p>

E3	<p>« Dans mon cas, personne avec des problèmes au niveau de l'hygiène, passait beaucoup de temps et se rendait malade »</p> <p>« Intervenir pour essayer de limiter, faire en sorte que les angoisses disparaissent car devenu trop compliqué pour la personne »</p>
E4	<p>« Ergothérapeute se base sur le modèle PEO (personne environnement occupation) qui prend en compte les facteurs personnels et les caractéristiques de l'environnement par rapport à la nature des occupations »</p> <p>« Personne qui a des TOCS ou des troubles différents de la santé mentale voir somatique, la démarche de l'intervention de l'ergothérapeute doit être la même »</p> <p>« Prendre en compte l'interaction de ces trois dimensions »</p>

4.4.3 Que pensez-vous de l'utilisation du MOH avec des patients souffrants de TOC ?

E1	<p>« Intéressant »</p> <p>« Holistique, cherche des dimensions personnelles, relationnelles »</p> <p>« Utilisation de l'être et l'agir »</p> <p>« Selon moi pas d'autres modèles qui va chercher autant les dimensions de la personne et de la participation dans ses occupations »</p>
E2	<p>« Vu de loin dans mes études »</p> <p>« Collègue formée au MOH qui nous a fait une présentation »</p> <p>« Difficulté à répondre à ta question car il faudrait que je fasse des cas cliniques pour comprendre comment ce modèle fonctionne »</p>
E3	<p>« Personnellement je ne l'utilise pas du tout »</p> <p>« Bonne idée car se base sur les occupations de la personne, sa motivation »</p> <p>« A la fin va permettre de se construire »</p> <p>« Pour la personne bien de travailler sur la volition »</p>
E4	<p>« Pas la question de savoir si un modèle conviendrait à une population »</p> <p>« Comment les caractéristiques d'une personne ou d'un public particulier pourrait convenir au modèle en question ? »</p> <p>« Est-ce qu'il est question de la volition, de la motivation de la personne pour procéder à un processus de changement ? »</p> <p>« Il faut que les modèles théoriques soient dans notre poche pour sortir le bon pour la bonne personne, la bonne situation »</p>

4.4.4 Comment l'objectif des activités de la vie quotidienne est apparu dans le processus d'intervention ?

E1	<p>« Parfois conscience des troubles qui exprime qu'elle n'arrive pas à faire ceci ou cela »</p> <p>« Quand anosognosie, ça vient de l'équipe »</p> <p>« Parfois ça vient de moi, dans les activités de groupe je repère les besoins pour faire un suivi »</p>
E2	<p>« Enjeu car ne peut pas rentrer au domicile parental »</p> <p>« Cherche un hébergement »</p> <p>« Pas un souhait de sa part »</p> <p>« Attendu que le patient soit prêt à accepter la suite : contraint de respecter le rythme »</p> <p>« Dans un second temps travailler le projet »</p> <p>« Décision avec l'équipe pluridisciplinaire »</p> <p>« Patient au vu de la situation complexe à exprimer au médecin qu'il voulait tester hébergement en autonomie »</p>
E3	<p>« Patiente avait peur de se laver »</p> <p>« Fallait travailler dessus car devenait invivable pour elle au niveau anxiété »</p> <p>« Patiente vu à la base pour limiter les ruminations anxieuses »</p> <p>« Equipe avait évoqué qu'il y avait des TOCS »</p> <p>« En discutant avec elle, décider de travailler dessus d'un commun accord »</p>
E4	<p>« En tant qu'ergothérapeute il est central »</p> <p>« Comment par rapport aux obsessions et compulsions, les effets vont avoir lieu sur les activités de la vie quotidienne »</p> <p>« Patients n'avaient pas forcément eu d'autres situations de recours à des soins ou suivi de cet ordre-là »</p> <p>« Approche participative en se basant sur un Institut Hospitalier Universitaire »</p> <p>« Autre moyen a été de passé par l'Association Française de personne souffrante de Troubles Obsessionnels Compulsifs (AFTOC) »</p>

4.4.5 Quels sont les outils d'évaluation et moyens que vous avez utilisés ?
 Comment avez-vous fait pour aider une personne souffrante de TOC dans ses activités de la vie quotidienne ?

E1	<p>« Une personne, bilan ELADEB, puis MOHOST pour l'observation avec des mises en situations »</p> <p>« Activité médiatisée avec un modèle psychodynamique »</p> <p>« Faire avec la personne qui avait du mal à trier, rassurer, laisser faire »</p> <p>« Elle-même en position d'actrice »</p> <p>« Comprendre pourquoi elle était aussi ritualisée et retissant à l'idée de faire bouger les choses »</p> <p>« Utiliser un timer »</p> <p>« Des fois, il faut faire avec pour ne pas briser l'alliance thérapeutique »</p>
E2	<p>« Pas mal d'entretien, ELADEB, Occupational questionnaire pour évoquer les TOC tout au long de la journée »</p> <p>« Beaucoup de mises en situation écologique »</p> <p>« Liste des choses qu'il avait envie de travailler et priorisation »</p> <p>« Cuisine thérapeutique avec les courses »</p> <p>« Le suivre dans sa motivation et son envie tout en réajustant »</p>
E3	<p>« Difficile de faire passer des outils là où je suis »</p> <p>« Entretien pour voir ce qui la motivait à travailler cet objectif-là</p> <p>« Observer en activité pour voir comment elle réagissait »</p> <p>« Repris son planning pour voir à quel moment elle va se laver, le temps qu'elle met sous la douche »</p> <p>« Chaque séance faisait un point sur le temps de douche, comment elle le faisait, par où elle commençait »</p> <p>« Essayait de diminuer le temps de lavage et d'espacer les temps de lavage en y allant petit à petit et par des activités salissantes comme de la poterie »</p>

E4	<p>« PPH associé au Modèle de développement Humain (MDH) concernant la dimension de la participation sociale »</p> <p>« Premiers outils était des échelles de qualité de vie comme FF36 associé à des outils tels que Mhavia ou MQE »</p> <p>« Echelles manquaient des critères sur des dimensions l'environnement et occupationnels »</p> <p>« Echelle qui permet de prendre l'ensemble des éléments en lien avec la qualité de vie était la Qolie mais elle a été très peu utilisée »</p> <p>« Première chose, évaluer ses activités de la vie quotidienne en évaluant avec l'inventaire de l'équilibre de vie »</p> <p>« Détermine son profil occupationnel »</p> <p>« Création d'une cartographie pour voir où sont les TOC par rapport aux pièces à vivre et quels sont les natures des TOC »</p> <p>« Création d'un chrono ergomètre : quels types d'occupations sont perturbés et comment ? »</p>
----	---

4.4.6 Quels types de stratégies de compensation avez-vous mis en place ?

E1	<p>« Essayer de catégoriser les choses pour la rassurer »</p> <p>« Prendre le temps, y aller plusieurs fois »</p> <p>« En discuter, il faut que ce soit sa décision à elle »</p> <p>« L'autre personne on n'a pas réussi même en proposant des moyens de compensation comme gel ou gants »</p>
E2	<p>« Pas moi qui mets les stratégies en place, lui qui les choisi »</p> <p>« Il faut que ça vienne de lui car je ne serais plus là à la sortie d'hospitalisation »</p> <p>« Quand nouveau rituel mis en place, on en discute pour trouver des compromis et des stratégies »</p> <p>« Lui qui choisit les stratégies et les alternatives »</p>
E3	<p>« Pas vraiment mis de stratégie de compensation en place car elle se forçait pour réussir »</p> <p>« Au départ, gant en latex pour la poterie mais compliqué pour faire avec ça donc on les a enlevés »</p>

E4	<p>« Identifier les stratégies de compensations déjà mise en place par les patients »</p> <p>« Essaie d'apprendre à vivre avec les TOCS avant de les diminuer »</p> <p>« Essayer de diminuer l'anxiété pour agir sur les tocs »</p>
----	---

4.4.7 Quel a été le résultat des actions mises en place ?

E1	<p>« La dame a déménagé donc TOC plus léger »</p> <p>« On lui a dit de mettre sur une feuille à quel moment et fréquence ses TOCS arrivaient »</p> <p>« Les mises en situations ont permis de voir qu'elle pouvait faire autrement »</p> <p>« L'autre personne, les résultats n'ont pas été productifs. Je pense que c'est trop envahissant pour que l'on puisse travailler dessus »</p> <p>« Elle n'en fait pas une demande non plus explicite »</p>
E2	<p>« Résultat plutôt favorable »</p> <p>« Cuisine : aucune expérience en tant qu'acteur. Maintenant met en place ses menues, fait des menues équilibrés, maîtrise les plaques et sait faire des courses »</p>
E3	<p>« C'était mieux »</p> <p>« Elle a eu des TOCS en plus »</p> <p>« Mais il reste toujours des TOCS mais met moins de temps sous la douche, ne met pas toujours du gel »</p> <p>« Avoir une TCC aurait aussi pu l'aider »</p>
E4	<p>« Bénéfique »</p>

4.4.8 En quoi l'ensemble des actions menées contribue à un équilibre occupationnel ?

E1	<p>« Tout ce qu'on fait ça tend vers l'équilibre occupationnel dans l'idée où on évalue les besoins de la personne, les dimensions de la personne »</p> <p>« Si on s'intéresse aux occupations de la personne, à qui elle est, ce qu'elle est dans l'environnement »</p> <p>« Laisser actrice, tend vers le travail d'équilibre occupationnel »</p> <p>« Personne aux cœurs de ses soins et qu'on parle d'occupation »</p> <p>« Notion d'évaluation, d'approche globale et d'accompagnement personne-centrée, occupation-centrée »</p>
E2	<p>« TOC plus fort qu'eux donc il faut que les dispositifs leur parlent, soit une plus-value »</p> <p>« Equilibre entre ce qui parle au patient, ce qui est pertinent, ce qui est nécessaire ou ne l'est pas »</p> <p>« Il y a toujours des TOCS mais il faut qu'il puisse vivre en autonomie et ça c'est mon challenge »</p> <p>" Se maintenir en bonne santé »</p>
E3	<p>« Limiter les TOC pour moi ça lui permet d'être plus sereine et de pouvoir faire en sorte de ne pas penser quand elle fait l'activité en elle-même »</p> <p>« Devenir juste une routine, ne soit pas un handicap »</p> <p>« Pouvoir refaire des activités sans avoir peur des microbes »</p>
E4	<p>« Equilibre de vie, bonne gestion en termes de diversité et de nombres d'occupations »</p> <p>« Objectifs étaient de pouvoir diversifier les occupations »</p> <p>« Les accompagner à se maintenir ou à développer de nouvelles activités »</p> <p>« Trouver des activités de repos »</p> <p>« Avec le recul, je ne sais pas si la notion d'équilibre est une réalité ou si c'est plutôt un horizon à atteindre »</p> <p>« Essaie de mieux gérer le déséquilibre occupationnel »</p> <p>« Pour certains auteurs l'équilibre de vie et l'équilibre occupationnel sont confondus. Et pour d'autres auteurs, l'équilibre occupationnel est partie intégrante de l'équilibre de vie »</p>

4.5 Analyse

4.5.1 Qu'est-ce qui détermine l'intervention de l'ergothérapeute auprès d'un patient souffrant de TOC ?

Pour l'ensemble des ergothérapeutes interrogés, l'intervention de l'ergothérapeute auprès d'un patient souffrant de TOC se fait lorsque les occupations sont affectées par la pathologie. E4 ajoute cependant qu'il est également essentiel de prendre en compte l'interaction entre l'occupation, la personne et l'environnement. E3 explique que l'intervention est capitale pour essayer de diminuer les angoisses. Enfin pour E1, il se peut que ce soit le patient lui-même qui exprime le besoin d'aide.

4.5.2 Que pensez-vous de l'utilisation du MOH avec cette population ?

Concernant l'utilisation du MOH avec les patients souffrants de TOC, seulement E1 a utilisé le modèle avec ses patients rencontrés. Cependant, E1 et E3 pensent que celui-ci pourrait être adapté à la prise en charge de ses troubles du fait qu'il se base sur l'ensemble des occupations de la personne mais également sur la motivation du patient.

Pour E2 cela a été plus compliqué de répondre à cette question, il a peu vu ce modèle dans ses études et malgré le fait d'avoir eu une formation par une de ses collègues, la mise en application de celui-ci reste encore trop abstraite pour lui. De ce fait, recueillir son opinion n'a pas été possible.

De plus, pour E4, le modèle conceptuel est à utiliser en fonction de chaque individu. En effet, chacun peut être différent et de ce fait ne pas avoir les mêmes caractéristiques que les patients rencontrés précédemment. Ainsi, il est important de se questionner sur plusieurs notions avant de choisir le MOH. Selon lui, il est essentiel d'avoir des connaissances sur l'ensemble des modèles et c'est seulement une fois la personne rencontrée que nous pouvons choisir celui qui sera le plus adapté et qui permettra de faire notre projet de soins.

4.5.3 Comment l'objectif des activités de la vie quotidienne est apparu dans le processus d'intervention ?

L'objectif des activités de la vie quotidienne dans le processus d'intervention de l'ergothérapeute survient principalement suivant différents facteurs. Pour E1, E2 et E3 au début il s'agissait d'une demande de l'équipe pluridisciplinaire. Après cette

demande, lorsque les patients ont été vus par l'ergothérapeute et que des entretiens ont été réalisés, il s'avère que les patients souhaitent tout de même être aidés sur les problématiques rencontrées. Pour E2, la différence a été que c'est le patient qui en a parlé au médecin en voyant que la question de son devenir était de plus en plus difficile.

E1 exprime tout de même que lorsque le patient est anosognosique, la décision vient uniquement de l'équipe. A contrario, il se peut que ce soit l'ergothérapeute qui examine les besoins lors des activités de groupe réalisés.

E2 ajoute qu'il est important que le patient soit prêt à accepter de travailler sur cet axe. Cependant, pour E4, l'objectif des activités de la vie quotidienne est le cœur même de notre métier mais ayant rencontré des patients hors hospitalisation, c'est lui qui a été à leur recherche en demandant à des Instituts hospitalo-universitaires ou en contactant l'association française des TOCS. La particularité des patients suivis a été qu'ils n'avaient jamais eu recours à des soins ou suivi de cet ordre.

4.5.4 Quels sont les outils d'évaluations et moyens que vous avez utilisés ? Comment avez-vous fait pour aider une personne souffrante de TOC dans ses activités de la vie quotidienne ?

4.5.4.1 Les outils utilisés :

Les ergothérapeutes interrogés n'ont pas utilisé les mêmes outils d'évaluations malgré des similitudes entre certaines personnes. En effet, E1 et E2 ont tous les deux utilisé ELADEB avec au moins un patient, et la réalisation de mise en situation écologique a également été réalisée. Cependant, ces dernières, réalisées par E1 sont en lien direct avec l'outil d'évaluation du modèle de l'occupation humaine qui est le MOHOST. E2 a également utilisé un outil du MOH qui est l'occupational questionnaire. Cependant, ce dernier ne savait pas que cet outil faisait partie du modèle de l'occupation humaine. La prise en charge du patient suivi n'a donc pas été réalisée en se basant sur le modèle de l'occupation humaine mais en l'utilisant partiellement. Ainsi, une différence existe tout de même entre les deux participantes. E3 a des difficultés pour réaliser certains outils dans son lieu de travail. Nonobstant, E3 a un outil identique à E2 qui est l'élaboration d'un ou de plusieurs entretiens avec le patient.

De plus, E4 a utilisé des outils différents des trois premiers ergothérapeutes. Celui-ci s'est appuyé sur le modèle du PPH associée au modèle de développement humain. Les outils utilisés étaient essentiellement des échelles de qualités de vie.

Bien que l'ensemble des interrogées ont utilisés des outils différents, chacun a pu mettre en place des moyens et actions avec les patients acceptés par ces derniers et bien en phase avec les objectifs poursuivis.

4.5.4.2 Les moyens et actions utilisés

Concernant les outils et moyens choisis par les ergothérapeutes, des concordances sont apparues. En effet, E1 et E3 ont tous les deux utilisé des activités. E3 a utilisé ce moyen dans le but de pouvoir observer la personne et ainsi mieux voir comment celle-ci se comporte face aux TOC. E1 et E3 ont également mis en place la restriction de temps consacrée au toc. E1 en mettant en place un timer et E3 en espaçant les moments dédiés aux troubles. E1 et E2 ont quant à eux, permis aux patients de pouvoir être acteur dans sa prise en charge. C'était au patient de faire, décider sur quoi il voulait travailler et quand il était prêt.

E4 a quant à lui en premier lieu, évaluer les activités de la vie quotidienne des patients à l'aide de l'échelle de l'inventaire de l'équilibre de vie. Ensuite, il a fallu s'intéresser au profil occupationnel des patients. Puis, la création de certains outils tels qu'une cartographie ainsi qu'un chrono ergomètre a été réalisé dans le but de voir la nature des tocs, l'apparition dans les différentes pièces, l'ensemble des occupations perturbés et comment le sont-elles.

Cependant, chaque ergothérapeute ayant rencontré des patients avec des tocs différents, les actions mises en place sont tout de même différentes suivant les problématiques associés aux patients. En effet, pour E1, il s'agissait d'une personne qui avait du mal à trier l'ensemble de ses affaires. De ce fait, il a réalisé avec la patiente l'activité problématique, c'est-à-dire du tri. Cette patiente étant réticente, E1 a essayé de comprendre pourquoi ces rituels et cette réticence.

Pour E2, la totalité de l'autonomie était atteinte, de ce fait le patient a dû réaliser une liste des éléments qu'il souhaitait travailler et les prioriser. Son objectif principal étant la cuisine, des cuisines thérapeutiques et la réalisation de courses ont été réalisés plusieurs fois.

Le patient suivi par E3 était atteint par des TOCS de lavage, de ce fait, E3 a proposé au patient de mettre en place un planning pour avoir plus de connaissance sur les horaires des troubles ainsi que sur la durée consacrée. Au début de chaque séance, un point était fait. L'ergothérapeute a également mis en place des activités pour confronter le patient à ses troubles tel que de la poterie.

E1 a également ajouté que parfois, il était difficile de mettre en place des moyens et actions et qu'il faut donc passer outre pour pouvoir maintenir l'alliance thérapeutique instaurée.

Quant à E2, il estime qu'il est important de pouvoir suivre le patient dans sa motivation et son envie tout en réajustant lorsqu'il est essentiel.

4.5.5 Quels types de stratégies de compensation avez-vous mis en place ?

Concernant les stratégies de compensations mise en place, seul E3 n'en a pas mis car le patient réussissait sans, bien qu'un essai ait été réalisé. Pour les trois autres ergothérapeutes, tous sont en accord sur le fait qu'il est essentiel que les stratégies de compensations soient choisies par le patient. E1 et E4 expliquent qu'ils ont tous les deux souhaité agir sur l'anxiété dans le but de réduire l'apparition des TOCS pour le premier et dans le but d'apprendre à vivre avec pour le second afin de garder de l'énergie pour d'autres activités.

Quant à E2, il ajoute qu'il est essentiel de discuter avec le patient dès lors qu'un nouveau rituel arrive pour trouver le plus rapidement des compromis et des stratégies.

4.5.6 Quel a été le résultat des actions mises en place ?

Le travail réalisé par les quatre ergothérapeutes interrogés a permis aux patients d'avoir un effet favorable sur leur trouble. Cependant pour E1, pour un des patients cela n'a pas été possible, cela pourrait s'expliquer par le fait que la patiente ne souhaitait pas forcément faire une demande.

4.5.7 En quoi l'ensemble des actions menées contribue à un équilibre occupationnel ?

A la question sur le lien entre les actions réalisées et l'équilibre occupationnel, les réponses sont toutes très variées. Cependant les ergothérapeutes interrogés se rejoignent sur certains points.

En effet pour les quatre ergothérapeutes, les actions mises en place doivent avoir un impact sur les occupations du patient déjà existantes.

De plus, E1 et E2 estiment que pour qu'il y ait un impact sur leur équilibre occupationnel, il est important que le patient soit au cœur du processus d'intervention et que les différentes actions réalisées puissent parler au patient.

Quant à E2 et E3, ils pensent que les tocs seront toujours présents pour le patient mais malgré ces troubles, l'équilibre occupationnel peut être atteint. Pour E2, il faut que le patient puisse vivre en autonomie. E3 souhaite que les occupations deviennent une routine et non pas un handicap, qu'il soit possible de les réaliser sans penser aux compulsions ou aux obsessions.

E1 ajoute qu'il est crucial de devoir avoir une approche globale de la personne, en s'intéressant également à son environnement. Cela permettra de favoriser au mieux l'équilibre occupationnel.

E4 parle d'occupation également mais la notion de diversité est rajoutée. Ainsi, il faudrait que les occupations réalisées par le patient soient multiples et différentes dans le but de pouvoir atteindre un équilibre occupationnel. De ce fait, l'ergothérapeute doit, pour favoriser l'équilibre occupationnel, mener le patient vers de nouvelles activités ou maintenir celles existante si elles sont nombreuses. Cependant, ce dernier estime que l'équilibre occupationnel n'est peut-être pas atteignable, que nous pourrions uniquement nous en approcher, mais qu'il faudrait plutôt se concentrer sur le déséquilibre occupationnel des patients. Le dernier point exprimé par E4 est que selon lui, pour obtenir un équilibre occupationnel, il est important d'avoir des activités dites de repos.

Pour résumer, l'intervention de l'ergothérapeute auprès des patients souffrants de TOC se fait lorsque des problématiques occupationnelles surviennent. Les demandes se font généralement par les équipes pluridisciplinaires. Les outils et moyens utilisés sont différents mais l'ensemble des actions menées amènent très souvent à diminuer l'impact des troubles. Il semble important de réaliser les différentes étapes avec le patient. Lorsque des stratégies de compensation sont mises en place, les ergothérapeutes sont en accord pour expliquer que le patient doit être au cœur de la réflexion. Ils affirment que l'ensemble du processus d'intervention permet d'agir sur l'équilibre occupationnel du patient.

5 Discussion

Pour répondre à notre question de recherche, il est essentiel de comparer les données recueillies et leurs résultats aux données théoriques. C'est ce que nous allons faire dans cette partie discussion. A la suite de cela, nous verrons les biais et limites de ce travail avant de nous intéresser aux axes d'amélioration et à la projection professionnelle.

5.1 Confrontation des données

Dans le cadre conceptuel, il a été prouvé que les troubles obsessionnels compulsifs impacts l'individu dans l'ensemble de ses occupations. Les entretiens réalisés démontrent également cet aspect. La pathologie aurait un impact sur l'anxiété du patient et celui-ci par honte n'ose pas parler de ces troubles, c'est ce qu'on put également exprimer les thérapeutes interrogées.

De plus, il est expliqué qu'il est important que le patient soit acteur de sa prise en charge et que c'est à lui trouver des stratégies de compensations. C'est un point qui est également abordé par les ergothérapeutes et pour lequel tous sont en accord dès lors que la mise en place de stratégies de compensation a été faite.

Concernant ces stratégies de compensation, c'est un des principaux moyens qui est mis en place par les ergothérapeutes dans le processus d'intervention. En effet, dans sa thèse Yannick Ung, explique que son processus d'intervention consistait «*à discuter des dispositifs techniques/technologiques proposés ; à explorer les zones de malaises qu'elles sont prêtes à dépasser ; à formuler leurs besoins occupationnels ; à identifier des stratégies d'adaptation qu'elles sont prêtes à appliquer et à évoquer les changements dans leurs routines quotidiennes qu'elles envisagent à faire*» (Ung, 2018). L'ensemble des ergothérapeutes interrogés a eu recours à des stratégies. Dans sa thèse, Yannick Ung explique qu'il existe six types de stratégies différentes qui sont : comportementales, occupationnelles, émotionnelles, sociales, cognitives et enfin environnementales. Cependant, les ergothérapeutes interrogés n'ont pas spécifié avoir connaissance de ces six stratégies différentes.

De plus, il se peut que ces stratégies ne soient pas toujours fonctionnelles auprès des patients, ici ça a été le cas pour deux patients. Chacune a été adaptée au trouble du patient.

Ainsi, la mise en place de stratégie de compensation peut être réalisée dans les activités de la vie quotidienne de la personne, cela permettra de diminuer les troubles compulsifs. Cependant, cette solution n'est pas toujours efficace.

Dans les données empiriques, il est stipulé que les outils utilisés étaient inscrits dans le modèle du PPH. Or, dans les ergothérapeutes interrogés un seul à utiliser ce modèle. Les différents résultats de l'intervention des ergothérapeutes sont bénéfiques pour le patient peu importe le modèle utilisé. De ce fait, l'utilisation d'un modèle en particulier ne serait pas plus bénéfique qu'un autre. Ainsi, l'ensemble des modèles conceptuels en ergothérapie pourraient être utilisés dès lors qu'il correspond aux problèmes occupationnels que rencontre la personne.

De plus, une autre divergence est présente entre les données empiriques et l'analyse des résultats. En effet, il était écrit que « *la formalisation d'un processus d'intervention en ergothérapie dans l'environnement domiciliaire des personnes présentant des TOC répondrait de façon pertinente aux besoins de santé, encore trop peu exprimés par les individus* ». Cependant, parmi les ergothérapeutes interrogés, pour 2 ergothérapeutes, cela a eu lieu dans le service de psychiatrie où étaient hospitalisés les patients et les résultats ont tout de même été satisfaisants. De ce fait, réaliser l'intervention de l'ergothérapeute au domicile du patient pourrait être un atout supplémentaire mais celui-ci n'est pas obligatoire.

Notre question de recherche était la suivante : « **En s'appuyant sur le modèle du MOH, en quoi la prise en soins par l'ergothérapeute peut-elle permettre aux adultes souffrants d'un trouble compulsif d'agir sur leurs activités de la vie quotidienne afin de participer à l'établissement d'un équilibre occupationnel ?** »

Pour répondre à celle-ci, nous avons émis une hypothèse de recherche qui était : : **L'utilisation du MOH par l'ergothérapeute, permet la mise en place de stratégie de compensation dans les activités de la vie quotidienne de la personne pour diminuer les troubles compulsifs.**

Ainsi, à la suite de la confrontation des données théoriques avec l'analyse des résultats de cette étude, cette hypothèse est invalidée.

5.2 Biais

Dans la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche, plusieurs biais sont apparus.

Entretiens téléphoniques :

Tout d'abord, l'ensemble des ergothérapeutes interrogés étant éloignés de notre institut, les entretiens ont été réalisés par téléphone. De ce fait, nous n'avons pas pu recueillir la communication non-verbale. Les entretiens n'ont pas été réalisés dans le même établissement, de ce fait, certaines coupures téléphoniques sont apparues. Cela a empêché la bonne compréhension de certains mots. En effet, même avec l'enregistrement audio, il était difficile de les comprendre. Ce biais n'aurait pas eu lieu si nous étions en présentiel avec l'ergothérapeute.

Expérience avec les TOC :

Le second biais de notre recherche, est l'expérience des participants avec une population de TOC. En effet, E1, E2 et E3 ont déjà travaillé avec des patients souffrants de TOC. Cependant, c'est une population qu'ils rencontrent très rarement. Ce phénomène s'explique par le fait que généralement, c'est une population qui est hospitalisée à la suite d'une pathologie associée. De plus, les patients souffrants de TOC ayant généralement honte, n'osent pas en parler.

Cette expérience crée une différence d'expérience avec E4 qui a pu travailler pendant cinq années avec cette population.

Age des participants :

De plus, l'expérience avec cette population peut aussi s'exprimer à travers un autre biais, qui est l'âge des participants. En effet, trois des participants sont âgés entre 20 et 30 ans et le dernier a moins de 40 ans. De ce fait, tous ont été diplômés récemment. Leur expérience avec une population de TOC peut donc s'expliquer par leur âge. De ce fait, avoir interrogé un ergothérapeute diplômé depuis plus longtemps aurait pu permettre d'obtenir des données supplémentaires.

Diversités des patients :

Comme expliquée précédemment dans le cadre conceptuel, les patients souffrants de TOC n'ont pas tous la même symptomatologie. En effet, certains ont des compulsions de lavage, de vérification ou d'autres ont des obsessions. Cependant, l'ensemble des ergothérapeutes interrogés ont rencontré des patients ayant des TOC différents.

L'ergothérapeute réalisant son processus d'intervention de manière holistique, c'est-à-dire propre à chaque patient, il est évident que les réponses et les actions mises en place soient différentes.

De plus, chaque patient était diagnostiqué avec des TOC différents mais ils rencontraient également des difficultés dans les différentes activités de la vie quotidienne. De ce fait, il est difficile de pouvoir comparer l'ensemble des réponses.

L'utilisation des modèles conceptuels :

L'utilisation des modèles conceptuels est encore un sujet sensible dans la pratique des ergothérapeutes. En effet, certains ergothérapeutes interviewés estiment avoir des connaissances sensibles concernant le modèle du MOH car ils l'ont uniquement survolé pendant leurs études. Il est donc difficile pour eux de l'utiliser dans leur pratique. Cependant, certains outils ont tout de même été utilisés indépendamment. De plus, il y avait seulement un ergothérapeute sur quatre qui utilisait ce modèle.

Biais méthodologique :

Un autre biais est apparu et concerne la méthodologie. En effet, la formulation des questions a parfois été mal comprises par les personnes interrogées et ils ont demandé plus de précision. C'est par exemple le cas pour la question des modèles où ils n'étaient pas sûrs qu'il s'agissait des modèles conceptuels. Il m'a également été rapporté que la première question était trop vaste.

5.3 Limites

Nombre de participants :

La limite principale de ce mémoire d'initiation à la recherche est le nombre de participants. En effet, seulement 4 ergothérapeutes ont été interrogés et ont pu répondre aux questions posées. Cela a tout de même permis d'obtenir des informations essentielles et captivantes. Cependant, ce nombre ne permet pas de refléter la pratique de l'ensemble des ergothérapeutes. Il aurait donc été intéressant

d'interroger un plus grand nombre d'ergothérapeutes dans le but de recueillir plus de données.

Limite de temps :

Cette limite de nombre de participants peut s'expliquer par une limite de temps. En effet, notre mémoire d'initiation à la recherche doit être réalisé pendant nos 3 années de formation en ergothérapie et essentiellement lors de la dernière année. Ainsi, si la durée de réalisation de celui-ci était plus importante, le nombre de participants serait également plus conséquent.

5.4 Axes d'améliorations :

Au vu de ce mémoire d'initiation à la recherche, des axes d'améliorations peuvent être proposés. Tout d'abord, il serait intéressant d'interroger des ergothérapeutes travaillent dans un pays différent que celui de la France tel que la Suisse ou le Canada par exemple. En effet, ces pays ayant une avance en termes d'ergothérapie, que ce soit au niveau de connaissances du métier ou de valorisation, cela nous permettrait peut-être d'obtenir des données supplémentaires.

De plus, il aurait également été intéressant d'avoir une question dans le guide méthodologique en lien avec le domicile de la personne afin de savoir si l'ergothérapeute à visiter le domicile et si une intervention a eu lieu dedans.

Enfin, obtenir l'avis de l'équipe pluriprofessionnelle aurait pu amener des données supplémentaires et obtenir un avis extérieur à la situation sur les différentes stratégies d'adaptations.

5.5 Projections professionnelles :

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'aura permis de développer plusieurs compétences. Tout d'abord, celle d'effectuer des recherches et de s'organiser sur une durée de presque une année.

Actuellement, mon projet professionnel n'est pas de travailler dans un service de psychiatrie à long terme. Cependant, je pourrais tout de même rencontrer des patients souffrants de TOC sans être dans ce type de service. De ce fait, ce travail pourra m'aider dans ma carrière professionnelle. En effet, celui-ci m'a permis d'obtenir des connaissances plus considérables que ce soit sur la pathologie, les conséquences de celle-ci et sur les actions réalisables par notre métier. L'ensemble des entretiens

réalisés ont été riches en échanges. Ils m'ont permis de voir la diversité des moyens, actions réalisables et m'ont montré qu'il était possible d'arriver à un même résultat en utilisant des outils totalement différents.

De plus, ce travail m'a permis d'approfondir mes connaissances sur les différents modèles conceptuels et de mieux les maîtriser, notamment celui du MOH. De ce fait, c'est un modèle pour lequel son utilisation à la sortie de la formation me semble réalisable et sera sans doute le modèle conceptuel que j'utiliserais le plus.

Cette réalisation m'a également montré que pendant nos études, nous abordons de nombreux sujets variés mais qu'il est essentiel de continuer de se former et de s'informer tout le long de notre carrière professionnelle. En effet, il est difficile d'obtenir l'intégralité des savoirs sur une même thématique ou une même pathologie. Il me semble donc essentiel de réaliser des formations, participer à des conférences, des colloques sans oublier de lire des articles scientifiques et professionnels dans le but de développer ses connaissances et découvrir les évolutions de l'ergothérapie.

Conclusion :

Pour conclure, ce mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie était consacré à l'accompagnement des patients souffrants de TOC dans leurs activités de la vie quotidienne. Les différentes recherches menées en lien avec cette thématique nous ont permis d'axer cette recherche sur les stratégies d'adaptations que peuvent utiliser les ergothérapeutes dans cet accompagnement.

En effet, l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui se démarque des autres car il s'intéresse aux différentes occupations que réalise le patient. Ainsi, son intervention est justifiée auprès de tout type de population dès lors qu'un problème occupationnel survient. Le modèle de l'occupation humaine est celui le plus utilisé dans le monde et il étudie l'interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation.

De ce fait, l'objectif de cette recherche est de savoir si l'utilisation du modèle de l'occupation humaine permet d'agir plus facilement dans les activités de la vie quotidienne du patient pour améliorer l'équilibre occupationnel.

Après la passation de quatre entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes, nous pouvons dire que les résultats de cette recherche démontrent que l'utilisation du

modèle de l'occupation humaine n'a pas forcément de bénéfices supplémentaires auprès des patients souffrants de TOC puisque le résultat des actions est le même en utilisant ou non le modèle du MOH.

Cependant, très peu d'études ont été réalisées sur l'accompagnement en ergothérapie des personnes souffrantes de TOC. Les ergothérapeutes interrogés ont également fait la remarque que les connaissances en lien avec cette pathologie étaient fragiles. Ce phénomène s'explique par le fait que malgré nos cours de psychiatrie, il s'avère que dans notre formation, peu de contenu concernait le travail de l'ergothérapeute avec les patients souffrants de TOCS.

Nous nous sommes intéressés aux différentes actions que l'ergothérapeute met en place dans le but de réduire les troubles obsessionnels compulsifs dans les activités de la vie quotidienne. Cependant, il serait également intéressant de réaliser des recherches en lien avec la notion de l'emploi, qui reste une occupation encore handicapante chez ces patients.

Bibliographie :

Ouvrages :

Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*. De Boeck Supérieur

Moigne, P., Morgiève, M., Briffault, X., Brossard, B., Belliard, A., & Crespin, R. (2018). Une échelle en or pour évaluer le TOC : Sur l'usage de la Y-BOCS in *La mesure du trouble mental - Psychiatrie, sciences et société* (pp.133-157). Publisher: ISTE Editions

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd). De Boeck supérieur

Morgiève, M., & Trybou, V. (2016). Chapitre 17. Description du TOC selon les patients et leurs proches. In *Comprendre et traiter les TOC*. (p. 247-255). Psychothérapies, Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.trybo.2016.01.0247>

Pierce, D., & Morel-Bracq, M.-C. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck supérieur.

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck-Solal.

Articles :

Gehamy, C., Morgiève, M., & Briffault, X. (2017). Design participatif en santé mentale : Le cas des troubles obsessionnels compulsifs. *Sciences du Design*, 6(2), 80-91. <https://doi.org/10.3917/sdd.006.0080>

Hauschildt, M., Jelinek, L., Randjbar, S., Hottenrott, B., & Moritz, S. (2010). Generic and Illness-Specific Quality of Life in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(4), 417-436. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000275>

Ikiugu, M. N., Hoyme, A. K., Mueller, B. A., & Reinke, R. R. (2015). Meaningful occupation clarified: Thoughts about the relationship between meaningful and

psychologically rewarding occupations. *South African Journal of Occupational Therapy*, 45(1). <https://doi.org/10.17159/2310-3833/2015/v45no1a8>

Martin, P. (2003). The epidemiology of anxiety disorders: a review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 5(3), 281-298. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2003.5.3/pmartin>

Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue Francophone De Recherche En Ergothérapie*, 4(2), 13-28. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>

Morgiève, M., Ung, Y., Gehamy, C., & Briffault, X. (2016). Diminuer l'impact des troubles obsessionnels compulsifs par des modifications de l'environnement physique. Une étude de preuve de concept. *PSN*, 14(3), 43-63. <https://doi.org/10.3917/psn.143.0043>

Nicchi, S., & Le Scanff, C. (2005). Les stratégies de faire face. *Bulletin de psychologie*, Numéro 475(1), 97-100. <https://doi.org/10.3917/bupsy.475.0097>

Paris, S. (2017a). Prise en charge cognitivo-comportementale d'un toc chez une personne âgée : Quand la répétition devient une obligation. *Cliniques*, 14(2), 188-205. <https://doi.org/10.3917/clini.014.0188>

Robidoux, R. (1976). Gérard Bessette et sa "Commensale." *Modern Language Studies*, 6(2), 48-53. <https://doi.org/10.2307/3194612>

Ung, Y., Tétreault, S., Briffault, X., & Morgiève, M. (2018). Exploration de l'équilibre de vie des personnes présentant des Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC). *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), Article 2. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.125>

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

Autres références :

AMELI. (2020, juin, 10). *Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) : différents traitements*. Consulté 8 janvier 2023, à l'adresse <https://www.ameli.fr/haute-vienne/assure/sante/themes/toc/traitements>

AMELI. (2020, juin, 10). *Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) : symptômes, diagnostic et évolution*. Consulté 8 janvier 2023, à l'adresse <https://www.ameli.fr/haute-vienne/assure/sante/themes/toc/symptomes-diagnostic-evolution>

AMELI. (2022, mars 24). *Qu'est-ce qu'un TOC ?*
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/toc/definition-formes-toc-causes>

ANFE (2021). *Ergothérapie et santé mentale*.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_asmp_anfe.pdf

CAMH. (s. d.). *Trouble obsessionnel-compulsif*. Consulté 8 février 2023, à l'adresse
<https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/trouble-obsessionnel-compulsif>

Chaloult, L., Goulet, J., Ngô, T.L. (2013). *Guide de pratique pour le traitement du Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)*.
<https://www.psychopap.com/wp-content/uploads/2020/02/YBOCS.pdf>

Claude, G. (2019, octobre 22). *Étude qualitative : Définition, techniques, étapes et analyse*. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>

CRMOH. (s. d.). *Modèle de l'occupation humaine*. 5e édition. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. Consulté 8 janvier 2023, à l'adresse
<https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

CRMOH. (s. d.). MOHOST, Outil d'évaluation. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. Consulté 28 avril 2023, à l'adresse
<https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/mohost/>

CRMOH. (s. d.). OCAIRS, Outil d'évaluation. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. Consulté 28 avril 2023, à l'adresse
<https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/ocairs/>

CRMOH. (s. d.). OQ, Outils d'évaluation. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. Consulté 28 avril 2023, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/oq-actre/>

CRMOH. (s. d.). OSA, Outils d'évaluation. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. Consulté 28 avril 2023, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/osa/>

CRMOH. (s. d.). REIS, Outils d'évaluation. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. Consulté 28 avril 2023, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/reis/>

Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, et al. (2022). *Activities of Daily Living*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>

Goodman, W., Price, H, Rasmussen, S, Mazure, C, et al. (1989). *Echelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown*. Traduction / adaptation en français : Mollard, E, Cottraux, J, & Bouvard, M. Apprendre les TCC. Consulté 16 septembre 2022, à l'adresse
<https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/catalogue/tests-psychologiques/echelle-d-obsession-compulsion-de-yale-brown.html>

INSERM. (2021, avril, 12). *Troubles obsessionnels compulsifs (TOC)*. Inserm, *La science pour la santé*. Consulté 8 janvier 2023, à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-obsessionnels-compulsifs-toc/>

Institut du cerveau. (s. d.) *Les traitements des troubles obsessionnels compulsifs (TOC)*. Consulté 8 janvier 2023, à l'adresse <https://institutducerveau-icm.org/fr/toc/traitements/>

Matteau, É. (2018). *Organisation du travail et perception de l'équilibre occupationnel chez des ergothérapeutes* [Essai]. Université du Québec à Trois-Rivières. <https://depote.uqtr.ca/id/eprint/8524/>

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2012). *Ergothérapeute*. Consulté 8 février 2023, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapie>

NIMH. (2022, september). *Obsessive-Compulsive Disorder*. National Institute of Mental Health. Consulté 8 janvier 2023, à l'adresse <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/obsessive-compulsive-disorder-ocd>

OMS. (2021). *Santé mentale*. Organisation mondiale de la santé <https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health>

Phillips, K. A. & Stein, D. J. (2021). *Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychoiatriques/troubles-obsessionnels-compulsifs-et-troubles-similaires/trouble-obsessionnel-compulsif>

RISE. (2019, janvier 3). *What's the difference between ADLs vs IADLs?* RISE Services, Inc. <https://riseservicesinc.org/news/adls-vs-iadls/>

SIFEF (s. d.). *Profession ergothérapeute*. Consulté 11 mai 2023, à l'adresse <https://sifef.fr/profession-ergotherapie/>

TOC. (s. d.). *Les compulsions*. Troubles Obsessionnels Compulsifs. Consulté 8 janvier 2023, à l'adresse <http://www.troubles-obsessionnels-compulsifs.com/obsessions-compulsions/compulsions/>

TOC. (s. d.). *Les obsessions*. Troubles Obsessionnels Compulsifs. Consulté 8 janvier 2023, à l'adresse <http://www.troubles-obsessionnels-compulsifs.com/obsessions-compulsions/obsessions/>

UNAEE. (s. d.). *Ergothérapie*. Consulté 11 mai 2023, à l'adresse <https://unaee.org/ergotherapie/>

Ung, Y. (2018). *Étude de l'équilibre de vie des personnes présentant des troubles obsessionnels compulsifs : Utilisation de stratégies d'adaptation pour faire face aux situations de déséquilibre occupationnel* [Phdthesis, Université Sorbonne Paris Cité]. <https://theses.hal.science/tel-02521142>

ANNEXES

Annexe I: Echelle Yale Brown	1
Annexe II : Formulaire de consentement vierge	5
Annexe III : Guide d'entretien	6
Annexe IV : Retranscription de l'entretien numéro 2 :	8

INDEX DES SYMPTÔMES Y-BOCS

Instructions : Générez une *Liste des symptômes-cibles* à partir de l'Index en questionnant le patient sur des obsessions et compulsions spécifiques. Cochez tout ce qui s'applique. Faites la distinction entre les symptômes courants et les symptômes passés. Indiquez « p » pour les principaux symptômes. Ces derniers serviront de base à la *Liste des symptômes-cibles*. Les items marqués d'un « * » peuvent être ou ne pas être des phénomènes TOC.

OBSESSIONS		
Courantes	Passées	
OBSESSIONS D'AGRESSIVITÉ		
		Peur de se faire du mal
		Peur de faire du mal aux autres
		Images de violence ou d'horreur
		Peur de proférer des obscénités ou des insultes
		Peur de faire quelque chose d'autre d'embarrassant*
		Peur d'agir sous une impulsion non voulue (par ex, poignarder un ami)
		Peur de voler
		Peur de faire du mal à quelqu'un à cause d'un manque d'attention (par ex, frapper quelqu'un avec son automobile et ne pas arrêter)
		Peur d'être responsable d'une chose terrible (par ex, un feu, un vol)
		Autre :
OBSESSIONS DE CONTAMINATION		
		Inquiétude ou dégoût pour les déchets ou les sécrétions corporelles (par ex : matières fécales, urine, salive)
		Inquiétude concernant la saleté ou les microbes
		Inquiétude excessive concernant les contaminants environnementaux (par ex : amiante, radiation, déchets toxiques)
		Inquiétude excessive concernant les articles ménagers (par ex : nettoyants, solvants)
		Inquiétude excessive concernant les animaux (par ex : insectes)
		Inquiétude causée par des substances ou des résidus collants
		Peur que des contaminants rendent malade
		Peur de rendre les autres malades par contamination (agressivité)
		Autre inquiétude des conséquences de la contamination
		Autre :
OBSESSIONS SEXUELLES		
		Pensées, images ou impulsions sexuelles défendues ou perverses
		Contenu impliquant des enfants ou l'inceste
		Contenu impliquant l'homosexualité*
		Comportement sexuel envers d'autres personnes (agressivité)*
		Autre :
OBSESSIONS D'ACCUMULATION/D'AMASSAGE (à distinguer des loisirs et de l'attachement aux objets ayant une valeur monétaire ou sentimentale)		
OBSESSIONS RELIGIEUSES (scrupulosité)		
		Inquiétude se rapportant au sacrilège et au blasphème
		Inquiétude excessive se rapportant à ce qui est bien ou mal, la moralité
		Autre :
OBSESSIONS DE LA SYMÉTRIE OU DE L'EXACTITUDE		
		Accompagnée de pensée magique (par ex : s'inquiète de ce qu'une autre personne aura un accident si tout n'est pas à sa place)
		Non accompagnée de pensée magique
OBSESSIONS SOMATIQUES		
		Inquiétude se rapportant à un mal ou une maladie*
		Inquiétude excessive se rapportant à une partie du corps ou son apparence (par ex : dysmorphophobie)*
		Autre :

Courantes	Passées	
OBSSESSIONS DIVERSES		
		Besoin de connaître ou de se rappeler
		Peur de dire certaines choses
		Peur de ne pas dire exactement ce qu'il faut
		Peur de perdre certaines choses
		Images importunes (non violentes)
		Sons, mots ou musique importuns ou insensés
		Gêne due à certains sons ou bruits*
		Chiffres chanceux ou malchanceux
		Couleurs ayant une signification particulière
		Craintes superstitieuses
		Autre :
COMPULSIONS		
COMPULSIONS DE PROPRETÉ/LAVAGE		
		Lavage des mains excessif ou ritualisé
		Besoin excessif ou ritualisé de prendre des douches, bains, brosse à dents, toilette routinière
		Lavage répété d'articles ménagers ou autres objets inanimés
		Autres mesures pour prévenir ou éliminer le contact avec les contaminants
		Autre :
RITUELS RÉPÉTÉS		
		Besoin de relire ou de réécrire de nouveau
		Besoin de répéter des activités routinières (par ex : passer et repasser dans une porte, se lever et se rasseoir sur une chaise)
		Autre :
COMPULSIONS DE COMPTAGE		
COMPULSIONS D'ORDRE, D'ARRANGEMENT MÉTICULEUX		
COMPULSIONS D'ACCUMULATION/D'AMASSAGE (à distinguer des soins et de la collection d'objets ayant une valeur monétaire ou sentimentale) par ex : lecture attentive de toute la publicité postale, accumulation de vieux journaux, fouille de rebuts, collection d'objets inutiles, etc.		
COMPULSIONS DIVERSES		
		Rituels mentaux (autres que vérification/ comptage)
		Besoin excessif de rédiger des listes
		Besoin de dire, de demander ou de confesser
		Besoin de toucher, taper ou frotter*
		Rituels de clignotements des yeux ou de fixation*
		Comportement ritualisé dans la manière de manger
		Mesures (non-vérification) pour prévenir : un mal à soi-même _____, du mal aux autres _____ des conséquences terribles _____
		Comportements superstitieux
		Trichotillomanie*
		Autres comportements auto-blessants ou auto-mutilants*
		Autre :

ÉCHELLE YALE-BROWN SUR LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

NOM : _____ DATE : _____ RÉSULTAT : _____

Les questions 1 à 5 ont trait à vos obsessions.

Les obsessions sont des idées, des images ou des impulsions qui s'insinuent dans votre esprit contre votre gré en dépit de vos efforts pour leur résister. Elles ont habituellement comme thèmes la violence, la menace et le danger. Des obsessions courantes sont une peur excessive de la contamination, un pressentiment récurrent de danger, un souci exagéré d'ordre ou de symétrie, une minutie extrême ou la peur de perdre des choses importantes.

Répondez à chacune des questions en inscrivant le chiffre approprié dans la case adjacente.

1. Temps accaparé par les pensées obsédantes

Vos pensées obsédantes occupent quelle partie de votre temps?

- 0 = aucune
 1 = moins de 1 heure par jour/occasionnelles
 2 = entre 1 et 3 heures par jour/fréquentes
 3 = entre 3 et 8 heures par jour/très fréquentes
 4 = plus de 8 heures par jour/presque constantes

2. Interférence causée par les pensées obsédantes

À quel point vos pensées obsédantes nuisent-elles à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos obsessions?

- 0 = aucune interférence
 1 = nuisent un peu à mes activités sociales ou autres, mais ne m'empêchent pas de fonctionner
 2 = nuisent sans aucun doute à mes activités sociales ou professionnelles, mais j'arrive quand même à fonctionner
 3 = nuisent considérablement à ma vie sociale ou à mon travail
 4 = m'empêchent de fonctionner

3. Détresse occasionnée par les pensées obsédantes

Vos pensées obsédantes vous dérangent-elles?

- 0 = pas du tout
 1 = un peu
 2 = à un niveau tolérable
 3 = énormément
 4 = je me sens presque constamment dans un état de détresse invalidante

4. Résistance opposée aux obsessions

Quels efforts faites-vous pour résister à vos pensées obsédantes? Essayez-vous de ne pas en tenir compte ou de les chasser de votre esprit?

- 0 = j'essaie toujours de leur résister
 1 = j'essaie de leur résister la plupart du temps
 2 = je fais certains efforts pour leur résister
 3 = je cède à toutes mes obsessions sans essayer de les dominer, mais un peu à contrecœur
 4 = je cède complètement et volontiers à toutes mes obsessions

5. Degré d'emprise sur les pensées obsédantes

Quelle emprise avez-vous sur vos pensées obsédantes? À quel point réussissez-vous à refréner ou à détourner votre attention de vos obsessions? Pouvez-vous les chasser de votre esprit?

- 0 = je les maîtrise complètement
 1 = j'arrive généralement à les refréner ou à les détourner avec des efforts et de la concentration
 2 = j'arrive parfois à les refréner ou à les détourner
 3 = j'arrive rarement et avec peine à les refréner ou à les chasser de mon esprit
 4 = je n'ai aucune emprise sur mes obsessions, j'arrive rarement à détourner mon attention même momentanément

*Cette adaptation de l'échelle Y-BOCS a été abrégée à partir de la version originale avec l'autorisation de Wayne Goodman. Pour plus d'information sur l'échelle Y-BOCS, adressez-vous au Dr Wayne Goodman, University of Florida, College of Medicine, Gainesville, Floride 32610. La version originale (anglaise) a été publiée par : Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I : Development, use, and reliability, *Arch Gen Psychiatry*, 1989; 46 : 1006-11

Les 5 questions suivantes se rapportent à vos comportements compulsifs

Les compulsions sont des actes que le sujet est poussé à accomplir pour atténuer son angoisse ou son malaise. Ces actes prennent souvent la forme de comportements répétitifs, réglés et intentionnels appelés rituels. L'acte lui-même peut sembler approprié mais il devient un rituel quand il est accompli à l'excès. Des exemples de compulsions sont des rituels de lavage ou de désinfection, de vérifications interminables, des répétitions incessantes, le besoin de constamment ranger ou redresser des objets et le collectionnisme. Certains rituels sont d'ordre intellectuel, par exemple ressasser toujours les mêmes choses.

6. Temps accaparé par les comportements compulsifs

Quelle partie de votre temps passez-vous à accomplir des actes compulsifs? Combien de temps supplémentaire (par rapport à la plupart des gens) vous faut-il pour effectuer vos activités journalières à cause de vos rituels? Quelle est la fréquence de vos rituels?

- 0 = aucune
 1 = moins de 1 heure par jour/occasionnels
 2 = entre 1 et 3 heures par jour/fréquents
 3 = entre 3 et 8 heures par jour/très fréquents
 4 = plus de 8 heures par jour/presque constants (trop nombreux pour les compter)

7. Interférence causée par les comportements compulsifs

À quel point vos comportements compulsifs nuisent-ils à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos compulsions?

- 0 = aucune interférence
 1 = nuisent un peu à mes activités sociales ou autres, mais ne m'empêchent pas de fonctionner normalement
 2 = nuisent sans aucun doute à mes activités sociales ou professionnelles, mais j'arrive quand même à fonctionner
 3 = nuisent considérablement à vie sociale ou à mon travail
 4 = m'empêchent de fonctionner

8. Détresse occasionnée par les comportements compulsifs

Comment vous sentiriez-vous si on vous empêchait de donner libre cours à vos compulsions? Est-ce que cela vous angoisserait?

- 0 = je ne me sentirais nullement angoissé(e)
 1 = je me sentirais un peu angoissé(e)
 2 = je me sentirais angoissé(e) mais à un niveau tolérable
 3 = je me sentirais très angoissé(e)
 4 = je me sentirais extrêmement angoissé(e) au point d'être incapable de fonctionner

9. Résistance opposée aux compulsions

Quels efforts faites-vous pour résister à vos compulsions?

- 0 = j'essaie toujours de leur résister
 1 = j'essaie de leur résister la plupart du temps
 2 = je fais certains efforts pour leur résister
 3 = je cède à presque toutes mes compulsions sans essayer de les dominer, mais un peu à contrecoeur
 4 = je cède complètement et volontiers à toutes mes compulsions

10. Degré d'emprise sur les compulsions

Quelle emprise avez-vous sur vos compulsions? À quel point vous sentez-vous contraint(e) d'accomplir un acte compulsif?

- 0 = je les maîtrise complètement
 1 = je me sens poussé(e) à accomplir un acte compulsif mais j'arrive généralement à me dominer
 2 = je ressens une forte envie d'accomplir un acte compulsif mais j'arrive à me dominer avec beaucoup d'efforts
 3 = j'éprouve un besoin pressant d'accomplir un acte compulsif, j'arrive seulement à en retarder l'accomplissement et avec peine
 4 = j'éprouve un besoin irrésistible d'accomplir un acte compulsif, je n'ai aucune emprise sur mes compulsions, j'arrive rarement à me retenir ne serait-ce que quelques instants

Score total



Annexe II : Formulaire de consentement vierge

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : Mémoire d'initiation à la recherche

Madame, Monsieur,

Vous êtes invités à participer à un projet d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. Celui-ci a pour sujet l'accompagnement en ergothérapie des patients souffrants de TOC dans leur activité de la vie quotidienne.

Ce mémoire d'initiation à la recherche est réalisé par VILLIERS-LEMASSEON ANAIS étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'institut de formation La Musse (27).

La participation à ce projet consiste à la passation d'un entretien semi-directif ayant une durée estimée à 30 minutes.

Vous êtes invitée à exprimer votre consentement à travers ce formulaire. Par la suite il faudra le renvoyer à Mme Villiers-Lemasson Anais et en garder un pour vous.

Ainsi, il faut exprimer si vous êtes en accord pour participer à cette recherche et si vous êtes en accord pour l'enregistrement de l'entretien.

A savoir que l'enregistrement sera réalisé uniquement si vous acceptez et dans le but de faciliter la retranscription.

Toutes les données recueillies seront anonymisées et seront utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche.

A la fin de ce mémoire et à l'obtenir du diplôme d'état, tous les enregistrements seront effacés.

Je soussigné(e) Mr ou Mme

- Avoir pris connaissance de ce formulaire et accepte de participer à cette recherche
- Autorise l'enregistrement vocal de l'entretien réalisé

Fait à

Le

Signature de l'ergothérapeute :

Signature de l'étudiant :



Annexe III : Guide d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Anais Villiers-Lemasson. Je suis actuellement étudiante en 3^{ème} d'ergothérapie à l'institut de formation la musse.

Je vous sollicite pour réaliser la phase expérimentale de mon mémoire d'initiation à la recherche. Nous allons réaliser un entretien semi-directif qui durera environ 30 minutes. Toute notre conversation sera anonymisée. Il est possible, si vous le souhaitez, de mettre fin à tout moment à cet entretien.

Etes-vous d'accord pour l'enregistrement audio de l'entretien ?

Mon mémoire se porte sur l'accompagnement en ergothérapie des personnes souffrantes de TOC dans leurs activités de la vie quotidienne.

Il faut savoir que toutes les réponses sont correctes et que je suis présente pour récolter vos propos et non les juger.

Pour la suite de l'entretien, il faut que je sois sûr que vous répondiez aux critères d'inclusions.

Ainsi êtes-vous diplômée ergothérapeute d'état ?

Avez-vous déjà accompagné des personnes atteintes de TOC et les avez-vous déjà aidé dans leur activité de la vie quotidienne ?

1. Qu'est ce qui détermine l'intervention de l'ergothérapeute auprès d'un patient souffrant de TOC ?
2. Quel est le modèle que vous utilisez le plus souvent ? Pourquoi ?
3. Que pensez-vous de l'utilisation du MOH avec cette population ?
4. Comment l'objectif des activités de la vie quotidienne est apparu dans le processus d'intervention ? Qui en a parlé ? (Patient, ergothérapeutes, autres professionnels)
5. Quels sont les outils d'évaluations et moyens que vous avez utilisés ?
6. Comment avez-vous fait pour aider une personne souffrante de TOC dans ses activités de la vie quotidienne ? Quels types d'actions avez-vous mis en place et pourquoi ce choix ?
7. Quels types de stratégies de compensation avez-vous mis en place ?
8. Quel a été le résultat des actions mises en place ?
9. En quoi l'ensemble des actions menées contribue à un équilibre occupationnel ?
10. Avez-vous des remarques ou choses à ajouter ?

Données sociodémographiques :

1. Depuis quand êtes-vous diplômés ?
2. De quel institut de formation êtes-vous diplômés ?
3. Quel est votre tranche d'âge ?
4. Dans quelle structure êtes-vous ?
5. Depuis combien de temps travaillez-vous en santé mentale ?

Annexe IV : Retranscription de l'entretien numéro 2 :

Anais : Alors du coup je réalise mon mémoire sur les personnes atteintes de troubles obsessionnels compulsifs. Et du coup-là, on va réaliser un entretien semi-directif qui durera entre 30 et 45 Minutes.

Ergothérapeute : D'accord.

Anais : Donc, toute notre conversation, elle sera anonymisée et il est possible si tu veux d'arrêter à tout moment l'entretien.

Ergothérapeute : Ok, ça marche.

Anais : Est-ce que tu es d'accord pour que j'enregistre l'audio ?

Ergothérapeute : Oui.

Anais : OK merci, du coup mon mémoire il se porte sur l'accompagnement en ergothérapie des patients souffrants de TOC dans leurs activités de la vie quotidienne.

Ergothérapeute : Ok.

Anais : Donc il faut savoir que toutes tes réponses sont correctes et que je ne suis pas là pour te juger, mais juste pour récolter tes propos. Donc du coup, pour la suite de l'entretien, il faut que je sois sûr que tu répondes aux critères d'inclusion. Est-ce que tu es diplômé Ergothérapeute d'État ?

Ergothérapeute : Oui.

Anais : et est-ce que tu as déjà accompagné des personnes atteintes de TOC et tu les as aidés dans leur activité de la vie quotidienne ?

Ergothérapeute : Oui.

Anais : très bien, donc je t'informe que tu es inclus dans mon mémoire.

Ergothérapeute : Parfait.

Anais : Du coup. Qu'est-ce qui détermine l'intervention de l'ergothérapeute auprès d'un patient souffrant de TOC ?

Ergothérapeute : Alors moi, dans mon cas, c'est un patient que je suis encore actuellement qui est hospitalisé depuis plusieurs années sur le service parce qu'il n'y a pas de retour à domicile possible au domicile de ses parents. C'était quelqu'un qui était pas du tout autonome dans les actes de la vie courante, hormis l'hygiène sur lequel ça y avait des choses à retravailler, mais il était plutôt autonome de ce côté-là. Mais sinon, se faire à manger, s'occuper de l'intérieur d'un d'hébergement ou autre, on a dû tout recommencer depuis le départ. Donc pour généraliser, je dirais que l'intervention de l'ergothérapeute, elle peut avoir sa pertinence quand on doit accompagner la personne souffrante de TOC dans ses activités vie quotidienne en essayant de trouver des stratégies, des compromis. Euh en le motivant, je dirais ça aussi parce que ça, c'est quelque chose qui est très prenant chez le patient que je suis actuellement. D'être un petit peu, je dirais, ce n'est pas un beau mot mais « garde-fou » parce que la tentation de replonger dans des rituels et de renouveler les TOC et de les faire de manière incessante c'est toujours un petit peu tentant de sa part donc moi j'ai un rôle un petit peu de cadre et de développement de stratégies pour pouvoir accéder à des activités de vie quotidienne et une autonomie au maximum.

Anais : D'accord et du coup, c'est quoi le modèle que tu utilises le plus souvent ? Et pourquoi ?

Ergothérapeute : Au niveau des modèles conceptuels ?

Anais : Oui

Ergothérapeute : Alors j'avoue, je ne suis pas un bon élève, je n'ai pas forcément l'habitude d'utiliser des modèles conceptuels. Moi ce que j'utilise principalement dans le service pour tout type de patient, c'est l'évaluation de l'ELADEB qui me permet et qui permet à la personne de pouvoir énumérer ses difficultés et ses besoins d'aide dans les différentes sphères de la vie courante, personnel, ou quotidienne. Ça peut m'arriver ponctuellement d'utiliser la MCRO ou d'autres approches mais j'en ai pas utilisé pour ce patient-là. J'ai plutôt utilisé une évaluation qui m'a permis en fait de

mieux comprendre ces rituels et son rythme au quotidien qui s'appelle Occupational questionnaire. Mais du coup, c'est une évaluation, ce n'est pas un modèle.

Anais : Et du coup, qu'est-ce que tu penses de l'utilisation du MOH avec cette population ?

Ergothérapeute : Alors j'avoue que le MOH, moi, je l'ai vu de loin dans mes études, j'ai eu la chance d'avoir une collègue récemment qui était sur le service et qui était formée au MOH, qui nous a fait une présentation succincte avec tous les documents, toutes les subtilités. Moi, je suis un peu perdu, enfin, pour pouvoir utiliser le MOH en fait, il faudrait que je le pratique, je pense. Un peu sous forme de TD ou sous forme de cas clinique pour vraiment me l'approprier parce que je pense que c'est trop abstrait pour moi si je reste que sur une présentation standard, il faudrait que je le mette en pratique pour pouvoir l'utiliser. Donc j'ai des difficultés à répondre à ta question, parce que ça me parle un peu moins.

Anais : Normalement l'occupational questionnaire, fait partie du MOH.

Ergothérapeute : c'est possible c'est que du coup je n'utilise peut-être pas, on va dire ce modèle-là, entièrement et comme il le faudrait, et entre guillemets les règles qui ont été établies. Mais je peux piocher de temps en temps quelques évaluations ou quelques documents qui m'intéressent.

Anais : D'accord. Et du coup, comment l'objectif des activités de la vie quotidienne est apparu dans le processus d'intervention ?

Ergothérapeute : Ah bah nous, on a un vrai enjeu parce que ce patient-là, ne pouvant pas retourner à son domicile parental parce que le papa était contre, là à l'heure actuelle, on est en train d'essayer de trouver un hébergement. On avait pensé au vu de son profil, au vu des tocs, au vu de son manque d'autonomie au quotidien, on l'avait orienté sur des foyers de vie. Il a eu la chance de faire un stage de quelques semaines, je crois que c'était deux semaines, qui s'est pas mal passé. En fait, on a un patient qui a un profil assez fuyant au niveau des habiletés sociales donc il n'est pas dans le souhait de participer aux activités sur place, aux activités de groupe ou autres. Il veut vraiment avoir sa tranquillité, sa petite bulle, faire ses activités à son rythme et

pouvoir faire ses rituels aussi tranquillement, à son rythme. Donc on nous a répondu à plusieurs reprises que les foyers de vie n'étaient pas adaptés pour ce monsieur parce que c'était soit trop autonome ou soit trop évolué, soit que, vu qu'ils participaient pas du tout à la vie du foyer, ça allait être difficile au niveau de l'intégration. Donc on a changé notre fusil d'épaule et à l'heure actuelle, on est en train de chercher un hébergement en autonomie avec quand même des interventions rapprochées, donc c'est à dire il y aurait une intervention SAMSAH à partir du moment où il sortirait d'hospitalisation. Intervention de l'hôpital de jour et le fait qu'il vienne à l'hôpital de jour pour des activités et des entretiens. Et le médecin qui continuera à le suivre, etc. Mais du coup, on s'est adapté à changer un petit peu notre approche au niveau du type d'hébergement tout en rapportant du cadre et du soin et de la présence et en même temps, ça nous a obligé à travailler avec le patient sur les activités du quotidien et sur son autonomie.

Anais : D'accord, parce que à la base, ce n'était pas un souhait de sa part à lui ?

Ergothérapeute : Non, ce n'était pas un souhait de sa part parce que bon, le papa était positionné il y a quelques années déjà qu'il ne souhaitait pas le reprendre à domicile, mais on avait un petit peu attendu que le patient soit prêt à aborder aussi la suite parce que le fait qu'il soit hospitalisé dans un service de soins en intra-hospitalier il est déjà très contraint de respecter un peu le rythme du service, la dynamique, les temps de repas, les temps de collectivité et du coup, ça représentait déjà un travail énorme de compromis à faire sur ses TOC. Donc vous ne pouvez pas travailler sur plusieurs terrains en même temps. Dans un second temps on a pu travailler le projet et là du coup enfin c'est rigolo mais tout prend du temps et autant lui dans ses rituels, ça lui prend énormément de temps et en fait, nous à l'accompagner dans cette démarche, c'est rigolo parce que ça fait écho, ça nous prend autant de temps. C'est très long.

Anais : Et du coup en fait, vous avez décidé ça avec l'équipe pluridisciplinaire ?

Ergothérapeute : Oui, avec l'équipe pluridisciplinaire et aussi avec le patient. C'est même lui qui a fini par faire la demande auprès du médecin. Voyant que les foyers n'allaient pas répondre de manière favorable à ses demandes, c'est lui qui en a discuté en entretien avec le médecin, en disant : « mais si c'est ça, on tente un, hébergement

en autonomie, j'en ai envie, j'y crois, faites-moi confiance, je m'engage à travailler dans ce sens-là avec l'équipe. »

Anais : D'accord. Et du coup, quels sont les outils d'évaluation et moyens que tu as utilisés ?

Ergothérapeute : Euh du coup, pas mal d'entretiens, l'ELADEB et du coup l'occupational questionnaire qui m'a vraiment permis en fait d'aborder les TOCS et les rituels tout au long de la journée, du lever jusqu'au coucher, pour savoir aussi de quoi je devais partir et où est ce qu'on voulait arriver. Et après on a fait beaucoup de mises en situation écologique.

Anais : Et du coup, quels types d'actions tu as mis en place et pourquoi ce choix ?

Ergothérapeute : Euh quand tu me dis quels types d'actions c'est pourquoi est-ce qu'on a choisi de le suivre de cette manière-là par exemple ?

Anais : non, c'est comment tu as fait pour l'aider en gros.

Ergothérapeute : Déjà, en quelque sorte, on lui a permis de faire une liste, un petit peu des choses qu'il avait envie de travailler, ce qui lui semblait important au vu d'intégrer un logement en autonomie. Et je pense que lui a mentionner, attend que je retrouve mes écrits. Il avait mentionné, en premier lieu, apprendre à se faire à manger en 2e lieu, c'était apprendre à entretenir et à tenir un logement et en trois je ne sais plus. Mais du coup, un peu comme la MCREO Il a réussi à tirer 3 objectifs sur lesquels il avait envie de se focaliser. Donc du coup, on l'a suivi et on a commencé par aborder tout ce qui était préparation des repas. Donc on a détaillé le truc au maximum. On lui a fait faire des listes, on lui a demandé ce qu'il avait comme expérience de départ. On lui a fait faire des cuisines thérapeutiques assez classique dans un premier temps où on prend un plat à préparer, on part faire les courses ensemble, il cuisine avec nous et on mange le repas après en commun et on a essayé de pousser le potentiel d'autonomie jusqu'à son maximum. Donc aujourd'hui, il est capable de faire ses courses en autonomie le mercredi après-midi et on cuisine ensemble vendredi matin et il cuisine en fait, pour 4 repas, c'est un même repas, mais qu'il fait en grande quantité pour pouvoir faire des tupperwares et après, comme ça, il mange le vendredi midi

vendredi soir, samedi midi, samedi soir en autonomie dans la cuisine thérapeutique du service.

Anais : D'accord.

Ergothérapeute : Donc on est vraiment parti d'un souhait un peu vague et on va dire du patient, donc nous ça nous a permis de le suivre dans sa motivation et dans son envie et en même temps de réajuster le dispositif pour qu'il soit le plus fonctionnel possible et pour qu'on puisse le retranscrire une fois qu'on aura un hébergement sur les tables.

Anais : Hum, d'accord. Et du coup, quels types de stratégies de compensation, tu as mis en place ?

Ergothérapeute : C'est une bonne question, ce n'est pas moi qui mets des stratégies en place, c'est lui qui les choisit. En gros, moi mon rôle avec le patient, mon positionnement c'est de me dire il ne faut pas que ça vienne de moi, il faut que ça vienne de lui. Parce qu'à partir du moment où il sortira d'hospitalisation, je ne serai plus là. Il faut que la résolution de problèmes et le fait de trouver des stratégies, ce soit à lui de le travailler. C'est à lui de trouver des alternatives. Donc, dès qu'une situation est problématique ou qui prends trop de temps ou qu'il y a des nouveaux rituels qui se mettent en place, on en discute ensemble. Moi je pointe le côté fonctionnel, lui, il me pointe le côté ressenti et on essaie de trouver des compromis comme ça et des stratégies de cette manière. Mais c'est vraiment lui qui choisit les alternatives et les stratégies à mettre en place pour réussir à acquérir des nouvelles compétences et aussi à placer ces nouvelles tâches de vie quotidienne dans un planning qui était déjà très très très complet.

Anais : d'accord. Et du coup, quel a été le résultat des actions mises en place ?

Ergothérapeute : Et ben résultat plutôt favorable parce que ben, comme je le citais par exemple pour la cuisine, on avait quand même été capable de passer d'une personne qui n'avait aucune expérience pratique pour cuisiner, se faire à manger, il fallait tout apprendre de A à Z. Même s'il avait vu sa maman cuisiner, donc il avait une expérience et un vécu mais qui était seulement en tant que spectateur et pas en tant qu'acteur.

Donc ça, c'était fin d'année 2022. Parce que c'est à partir du mois de novembre qu'on s'est mis à l'accompagner un petit peu plus activement en ergothérapie avec ces objectifs-là. Et là on est au mois d'avril, mais même il y a un mois, il était capable de le faire, il met vraiment en place ses menus et il fait ses courses et fait en sorte d'avoir des menus équilibrés. Donc il fait ses courses, à manger, ils maîtrisent autant le alors pas le four, parce que du coup, il n'en aura pas mais il maîtrise les plaques. Il maîtrise tout ce dont il aura besoin et tout ce qu'il projette d'utiliser quand il sera sur l'extérieur. Et de prendre ses repas en autonomie, de faire sa vaisselle de ranger et puis et puis voilà. Donc, c'est quand même une belle évolution.

Anais : Carrément, et du coup, en quoi les l'ensemble des actions menées contribuent à un équilibre occupationnel selon toi ?

Ergothérapeute : Bon, c'est ce qui est compliqué chez les personnes atteintes de TOC, du moins de mon point de vue, parce que je n'ai pas beaucoup d'expérience sur le sujet. Mais c'est que c'est quelque chose qui est plus fort qu'eux. Donc il faut que tout ce qui est mis en place pour les accompagner et tous les dispositifs, toutes les propositions de soins et d'accompagnements leur parle. Soit on va dire une plus-value pour eux parce que si ça n'a pas de sens ou si ça leur parle pas, ça va pas les intéresser et ils vont pas se sentir motivés dans le projet de soins. Donc il faut vraiment que le dispositif, si on veut qu'il y ait un équilibre occupationnel, il soit signifiant et significatif, que ce soit pour le patient ou que ce soit pour l'équilibre dans un quotidien. Et puis, il faut trouver des équilibres aussi entre ce qui parle au patient, ce qui est pertinent à mettre en place ce qui est nécessaire et ce qui ne l'est pas, parce qu'il faut faire aussi des compromis là-dessus. Je suis consciente que mon patient n'aura pas une vie lambda comme tout le monde, il y aura toujours des TOC, y aura toujours des rituels. Il y en aura peut-être moins, ou du moins il y en aura des différends, mais si ça peut lui permettre de vivre en autonomie et de ne pas attenter à sa vie, parce qu'il arrêterait de manger, parce que ça lui prendrait son temps ou qu'il arrêterait de se doucher ou de prendre soin de lui ou de prendre soin de sa santé parce que ça prend trop de temps, là, c'est moi, c'est mon challenge, c'est faire en sorte qu'il puisse prendre soin de sa santé et se maintenir dans un environnement qui soit adéquate.

Anais : D'accord, est-ce que tu as des remarques ou des choses à ajouter ?

Ergothérapeute : Euh des remarques ou des choses à ajouter ? Ce serait plutôt moi, en tant que professionnel, parce que j'ai appris et je tâtonne sur le terrain. Je manque de contenu théorique. Il n'y a pas forcément une formation typiquement sur ça, ou du moins faudrait faire des recherches, faudrait se documenter. J'avais rencontré lors d'une conférence à Tours, le professeur Ung, qui du coup avait fait sa présentation sur l'étude qu'il avait menée auprès des personnes qui souffrent de TOC avec la réalité virtuelle, etc. J'avais trouvé ça très intéressant, mais c'est vrai que je sens que je manque de théorie, donc j'improvise. Et puis je sais très bien qu'un patient ne ressemblera pas à un autre, donc si un jour ça se représente et que j'ai de nouveau un patient atteint de toc, peut-être que là il faudra que j'aie me documenter, lire ou avoir quelque chose d'un petit peu plus solide parce que ça peut revenir à tout moment. On peut vivre avec mais ça se déséquilibre assez facilement donc pour une prise en charge optimale, je pense que c'est important de se former.

Anais : D'accord et bah du coup, là, on va passer aux données socio-démographiques.

Ergothérapeute : Oui.

Anais : Du coup, depuis quand es-tu diplômé ?

Ergothérapeute : Depuis 2017.

Anais : Et de quel Institut de formation ?

Ergothérapeute : Berck-sur-Mer.

Anais : Quelle est ta tranche d'âge entre 20/30 30/40 40/50 et 50/60 ans ?

Ergothérapeute : Moi je suis 20/30.

Anais : Et dans quel type de structure es-tu ?

Ergothérapeute : Dans un centre hospitalier en intra-hospitalier en santé mentale.

Anais : Et depuis combien de temps tu travailles en santé mentale ?

Ergothérapeute : Et ben depuis 2017.

Anais : Très bien. Et Ben je te remercie.

Ergothérapeute : Bah de rien. Et ce que t'avais d'autres choses enfin d'autres questions, toi ou des besoins d'informations complémentaires.

Anais : Non, pas du tout., je te remercie

Ergothérapeute : Bon courage. Et au revoir. Ça permet aussi de de remettre à jour et puis de m'entraîner, expliquer comment je travaille auprès des patients. Mais c'est intéressant aussi pour nous.

Anais : Merci, bonne continuation, aurevoir.

L'équilibre occupationnel des patients souffrants de TOC : l'accompagnement de l'ergothérapeute à travers les stratégies de compensation

VILLIERS-LEMASSON ANAIS

Résumé : Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) représentent la quatrième maladie psychiatrique en France. Les TOCS ont de nombreuses conséquences sur la vie du patient. Cependant, c'est une maladie que l'on retrouve peu dans les services de santé mentale. Aujourd'hui, peu d'études ont été réalisées sur le travail de l'ergothérapeute avec les TOC. L'objectif de cette étude est de comprendre l'impact que l'ergothérapeute peut avoir avec des patients souffrants de TOC dans leurs activités de la vie quotidienne et d'évaluer l'utilisation du modèle de l'occupation humaine avec cette population. Ainsi, nous avons utilisé une méthode qualitative et des entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec quatre ergothérapeutes ayant déjà travaillé avec des patients souffrants de TOC. Les résultats montrent que l'ergothérapeute et le patient trouvent des stratégies de compensation pour diminuer les troubles. Cependant, l'utilisation du MOH n'apporte pas de bénéfices supplémentaires auprès des patients souffrants de TOC. Le nombre de participants étant faible, il ne permet pas de refléter la pratique de l'ensemble des ergothérapeutes et représente la limite principale.

Mots-clés : Ergothérapie, TOC, MOH, Activité de la vie quotidienne

Occupational balance of patient suffering from OCD: the support of the occupational therapist through compensatory strategies

Abstract: Obsessive-compulsive disorders (OCD) are the fourth most common psychiatric illness in France. OCD have many consequences on patients' life. However, it's a disease that is rarely seen in mental health services. Today, few studies have been carried out on the work of occupational therapists with OCD. The aim of this study is to understand the impact that occupational therapists can have with OCD patients in their activities of daily living and to assess the use of the Model of Human Occupation with this population. Thus, we used a qualitative method and semi-structured interviews were conducted with four occupational therapists who had already worked with OCD patients. The results show that occupational therapists and patients find compensatory strategies to reduce the disorders. However, the use of MOHO does not bring additional benefits to OCD patients. The small number of participants does not reflect the practice of all occupational therapists and is the main limitation.

Keywords: Occupational therapy, OCD, MOHO, Activity of daily living