



IPMR de Nevers
Institut Paramédical des Métiers de la Rééducation
10 place du Général Pittié 58000 NEVERS
☎ 09.81.79.27.57 – www.ipmr-nevers.fr – ✉ secretariat@ipmr-nevers.fr



DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Arrêté du 5 juillet 2010 modifié

Session 1 – Promotion 2020-2023

L'état de stress de post-traumatique

L'ergothérapie dans la réinsertion sociale des militaires souffrant d'état de stress post-traumatique avec l'utilisation d'un modèle conceptuel : le processus de production du handicap 2.

Étudiant : AMIOT Annabelle

Directeur de mémoire : GIRARD Sophie

NOTE AUX LECTEURS

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation, en partenariat avec l'Université de Bourgogne.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur, de l'Institut de Formation et de l'Université de Bourgogne.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice, Sophie GIRARD, et ma co-directrice, Mme TARDY, pour leur aide au cours de ma dernière année d'étude en ergothérapie. Je les remercie pour leurs conseils et leur soutien tout au long de la réalisation de mon mémoire de recherche de fin d'études.

Je remercie également l'équipe pédagogique et administrative pour le suivi tout au long de ses années.

Je souhaiterais remercier tous les ergothérapeutes que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, pour m'avoir fait partager leurs connaissances et découvrir le métier d'ergothérapeute.

Je tiens également à remercier les ergothérapeutes qui ont pris le temps de mener des entretiens pour développer davantage mon mémoire, et l'un des ergothérapeutes pour m'avoir aidé à entrer en contact avec d'autres ergothérapeutes.

Un grand merci à mes parents qui m'ont permis de poursuivre mes études. Je tiens également à remercier mon copain et mes amis pour leur patience et leurs conseils avisés. Je souhaiterais remercier ma maman et mon copain tout particulièrement pour leur patience et le temps qu'ils ont consacré à la relecture de mon mémoire.

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude à tous ceux qui m'ont soutenu durant mes trois années d'ergothérapie et plus particulièrement durant ma troisième année d'étude.

Citations

« Le stress post-traumatique est un rappel constant que nous sommes tous vulnérables, mais aussi une opportunité de se reconstruire et de trouver une force intérieure insoupçonnée. »
- Deepak Chopra

« La réinsertion sociale est un processus de rétablissement de l'individu dans son intégralité, l'aide à retrouver sa place dans la société, en lui offrant les moyens de se reconstruire et de contribuer de manière positive. »
- Nelson Mandela

« La réinsertion est un processus de réadaptation, où les individus retrouvent leur autonomie, leur estime de soi et leur place dans la société. »
- Maya Angelou

Glossaire :

ANFE : Association National Française des Ergothérapeutes
AIVQ : Activité Instrumentale de la Vie Quotidienne
AVQ : Activité de la Vie Quotidienne
CCHST : Centre Canadien d'Hygiène et de Sécurité au Travail
Civil : Personne n'appartenant pas au monde militaire
EF2E : Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing (en anglais) et désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (en français)
ESPT : Etat de stress post-traumatique
HAS : Haute Autorité de Santé
HIA : Hôpital d'instruction des armées
HDJ : Hôpital De Jour
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel
MES : Mise En Situation
MHAVIE : Mesure des HABitudes de Vie
MOH : Modèle de l'Occupation Humaine
MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool
MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PES : Prise En Soins
PPH 2 : Processus de Production du Handicap 2
PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder
OPEX : OPération EXtérieur
TSPT : Troubles de Stress Post-Traumatique
SAS : Service d'Accueil et de Soins
SSPT : Syndrome de Stress Post-Traumatique
SSR : Soins de Suite et Réadaptation
VAD : Visite A Domicile

Table des matières

1	Introduction.....	1
2	Cadre pratique.....	3
2.1	Le milieu militaire.....	3
2.1.1	Les conséquences du retour d'OPEX pour les proches.....	3
2.1.2	Les conséquences du retour d'OPEX pour le militaire.....	4
2.1.3	Point historique.....	5
2.2	L'ergothérapie.....	5
2.2.1	Définition de l'ergothérapie.....	5
2.2.2	Ses activités, ses méthodes et l'évaluation.....	6
2.2.3	L'ergothérapie en psychiatrie dans le milieu militaire.....	7
2.3	Réinsertion sociale.....	8
3	Formulation de la question pratique.....	8
4	Cadre théorique.....	9
4.1	L'ESPT.....	9
4.1.1	Épidémiologie en milieu militaire.....	9
4.1.2	Définition et classification.....	9
4.1.3	Notions de la prise en soin sur le plan physique.....	10
4.1.4	L'EMDR.....	12
4.1.5	Les différents critères et symptômes.....	13
4.1.6	Prévalence et risque chez les militaires.....	16
4.2	La réinsertion sociale.....	16
4.2.1	Définition.....	16
4.2.2	Lien avec l'ergothérapie.....	17
4.3	Le Processus de Production du Handicap 2 (=PPH 2).....	17
4.3.1	Définition d'un modèle conceptuel.....	17
4.3.2	Description du PPH 2.....	18
4.3.3	Lien avec l'ESPT.....	19
5	Formulation de la question de recherche.....	20
6	Hypothèses.....	21
7	Méthodologie de recherche.....	21
7.1	Méthode hypothético-déductive.....	21
7.2	Recherche qualitative.....	22
7.3	L'entretien.....	22
7.4	Les biais.....	23

7.5	Les limites	24
7.6	Les critères d'inclusion	25
7.7	Les critères d'exclusion.....	25
7.8	Prise de contact avec les ergothérapeutes dans les HIA en psychiatrie.....	26
7.9	Conditions de réalisation des entretiens	28
7.10	Recueil de données	28
8	Résultats.....	30
8.1	Présentation des interlocuteurs	30
8.2	Analyse longitudinale.....	31
8.3	Analyse transversale.....	36
9	Discussion.....	40
9.1	Discussion de la méthode	40
9.1.1	Points forts de la méthode	40
9.1.2	Critiques et limites de l'étude.....	41
9.2	Mise en relation de l'outil de recherche avec le cadre théorique	42
9.3	Réponse à la question de recherche et aux hypothèses	46
9.4	Perspectives.....	47
9.5	Apports professionnels et personnels	48
10	Conclusion	50
11	Bibliographie	2
12	Annexe	I

1 Introduction

L'Etat de Stress Post-Traumatique (= ESPT) dans le milieu militaire a longtemps été un sujet tabou avant d'être reconnu aux yeux de tous et accepté par les militaires et leur base. Ce syndrome touche depuis très longtemps les militaires, mais aussi des personnes qualifiées de « civils » qui n'appartiennent pas au monde militaire. Les civils peuvent être touchés également par des ESPT lors des attentats, suite à des accidents ou tout autre moment traumatisant pour eux.

L'avancée sur la connaissance de cet état de stress post-traumatique est due aux soldats qui ont vécu une guerre et qui a permis de faire reconnaître ce syndrome pour établir une prise en soin. (1)

Grand nombre de soldats reviennent de leurs opérations en souffrant d'un ESPT. Leur prise en soin est très spécifique et demande un certain savoir et une formation pour subvenir à leurs besoins. Dès leur retour, l'ergothérapie joue un rôle important sur leur vie afin de se réadapter et de se réinsérer dans le milieu militaire ou quand ce n'est pas possible dans le milieu civil. Je me suis donc intéressée aux méthodes et aux possibilités dont l'ergothérapeute dispose pour aider le patient dans sa réinsertion après avoir rencontré cette situation en stage. Je vais donc me concentrer sur les militaires de l'armée de terre.

Entre 2010 et 2019, selon les chiffres du Ministère des Armées, sur 205 782 militaires français, on recense près de 2800 militaires français souffrant de blessures psychiques ou ESPT, dont 231 en 2019.

Dans ma famille, certaines personnes de mon entourage sont militaires. J'ai donc pu discuter avec eux de leur vécu et aussi de leur retour d'OPEX (= OPération EXtérieur). Certains font encore partie de ce monde-là et d'autres en sont sortis. Lors d'une discussion, j'ai donc évoqué le sujet de leur réinsertion en quittant le milieu militaire pour rejoindre le milieu civil. Ce sont tous ces échanges qui depuis plusieurs années, me confortent dans mon choix de travailler avec les militaires en HIA (= Hôpital d'Instruction des Armées).

Pendant mon stage, un patient est arrivé disant souffrir d'ESPT après une OPEX. Il nous a raconté s'être fait emporter par une tornade pendant la nuit. N'ayant pas eu le temps de s'enfuir, la tornade l'a emportée jusqu'à ce qu'elle se termine le

long d'une falaise, ce qui a amené le patient à retomber au sol. Il s'en est très bien sorti sur le plan physique après beaucoup d'opérations. En revanche sur le plan psychologique, nous nous retrouvons confronté à un patient qui craint de sortir, car il a peur du vent. Il ne sort donc plus de chez lui et n'a plus aucune vie sociale et professionnelle. Suite à cette prise en soin, j'ai donc demandé à ma tutrice de stage si nous pouvions être amenés à l'aider et à l'accompagner en dehors de la structure de l'HIA, en l'accompagnant à des rendez-vous ou à des entretiens par exemple. Elle m'a répondu que c'était possible, mais qu'elle ne le faisait pas. D'où mon sujet de mémoire, car je souhaiterais savoir ce qu'il est possible de faire pour les aider dans leur réinsertion. Je me suis donc intéressée à l'aide que l'on pourrait leur apporter et jusqu'où pourrait aller le thérapeute, pour aider le patient. Je voudrais donc savoir si les méthodes déjà mises en place sont suffisantes, ou si elles peuvent être améliorées.

Cette recherche porte un intérêt pour la profession d'ergothérapeute afin de les guider dans leur pratique pour aider au mieux les militaires dans leur objectif de réinsertion sociale.

Ma question de départ a été de me demander quelles étaient les limites de l'ergothérapie dans la réinsertion professionnelle et personnelle des militaires souffrant d'ESPT ?

Ainsi, à travers ce début de recherche, je présenterai dans un premier temps ma situation d'appel, puis je développerai le cadre pratique et amènerai ma problématique pratique. Ensuite, je présenterai le cadre théorique de cette initiation à la recherche pour évoquer ma question de recherche et quelques hypothèses. Et enfin, je terminerai avec une analyse de ma méthodologie de recherche. Pour comprendre et gérer l'ESPT, il faut comprendre d'où viennent les traumatismes.

2 Cadre pratique

Tout d'abord, nous allons évoquer le milieu militaire et ensuite nous définirons ce qu'est l'ergothérapie.

2.1 Le milieu militaire

2.1.1 Les conséquences du retour d'OPEX pour les proches

D'après des témoignages, être militaire est avant tout un métier, mais certains parlent même d'une passion.

Cependant, la vie d'un militaire affecte sa famille dans le sens où les proches vivent avec la peur de le perdre à chaque instant. Pourtant, leurs proches disent être très fiers de ce qu'ils font pour leur pays et les considèrent comme des héros malgré tous les sacrifices qu'ils peuvent chacun faire. Dès le départ du soldat, la vie de leur compagnon, de leur proche et de leur famille change instantanément et une réadaptation doit être faite pour continuer à effectuer les tâches de la vie quotidienne. Le niveau émotionnel ressenti par la famille est très difficile à gérer, afin de ne pas se montrer faible face aux autres. Pour réussir à continuer de vivre après leur départ, mais aussi après leur retour, grand nombre d'entre elles sont solidaires pour s'aider au mieux. Les proches peuvent se sentir eux aussi aux services de leur pays et hors du monde civil.

Au retour du soldat, les retrouvailles entre lui et ses proches sont très fortes émotionnellement. Les conjoints des soldats ont une très grande importance dans la transition entre la vie de soldat qu'il a pu avoir et la vie de famille, ayant un fort impact sur le travail psychologique qu'il y a à faire avec eux.

Pour les enfants, la prise de contact avec leur parent peut être longue à se mettre en place. Ils peuvent exprimer de la colère et, des fois de la peur, car certains ne connaissaient pas encore l'un de ses parents, étant parfois parti avant la naissance.

2.1.2 Les conséquences du retour d'OPEX pour le militaire

En ce qui concerne les soldats eux-mêmes, leur retour dans la vie quotidienne est très complexe. Dans un premier temps, ils vont passer par ce qu'on appelle un SAS (= Service d'Accueil et de Soins) de décompression ou sas de fin de mission. Ces SAS consistent à leur faire prendre un séjour d'une durée de trois à quatre jours dans un hôtel pour bénéficier d'une rupture psychologique et physique progressive. Les soldats vont être suivis par des psychologues pour parler de leurs ressentis, de ce qu'ils ont vécu là-bas. Ces SAS de décompression sont un moyen pour les militaires de prendre conscience que leur combat et la guerre sont terminés et ainsi diminuer le stress qui a pu être permanent. Souvent, ils ont besoin de quelques jours, ou quelques semaines voire parfois plus, pour se remettre dans la vie civile, mais pour certains cela peut se révéler très difficile. La difficulté de réadaptation est propre à chacun, car elle va dépendre de ce qu'ils ont vécu et de leur ressenti, pour certains le retour est difficile et leur demande plus ou moins de temps pour se réhabituer et pour d'autres, ils reviennent comme s'ils n'étaient jamais partis.

Le soldat rencontre souvent des difficultés pour retrouver sa place au sein du foyer qui a pu se construire sans lui et ne sait pas toujours comment l'expliquer et justifier de son absence. On leur conseille de ne pas s'imposer dans un foyer qui a appris à fonctionner sans eux et que chacun fasse le nécessaire pour retrouver une vie de couple. Il doit s'intéresser à beaucoup de choses dans le foyer afin de retrouver sa place et apprendre à connaître tout ce qui constitue le quotidien de chacun dans le foyer.

Il ne faut pas oublier qu'en OPEX, les militaires vivent tout autrement en étant en permanence sur le qui-vive et portent des armes et des munitions, il est donc compliqué de retrouver une vie « ordinaire » avec tous les éléments de l'environnement du militaire.

En ce qui concerne les symptômes que peut rencontrer le soldat après son retour, des nuits agitées avec des « flashes » où le soldat revoit des moments vécus peuvent apparaître, car il n'oublie jamais ce qu'il a vu ou vécu en OPEX.

Certains disent ne pas revenir en étant le même homme qu'ils étaient avant de partir. Ils se disent plus matures et aguerris à leur retour de mission.

(2) (3) (4)

2.1.3 Point historique

Pour faire un petit point sur l'histoire, les troubles psychiques ou ESPT existent depuis toujours. Les plus grand ESPT relatent des plus grands événements de l'histoire, dès la Première Guerre Mondiale (1914-1918). C'est à partir de cette guerre que des réflexions ont pris place afin de prendre en charge les patients de la meilleure manière qui soit. Lors de la Première Guerre Mondiale, sont apparues les « pertes psychiques » qui ont mis hors d'état de combattre beaucoup de soldats. Ils ont longtemps fait l'objet de reproche de « faiblesse morale ».

On peut aussi évoquer la guerre du Viêtnam qui a laissé un grand nombre de soldats avec des ESPT. Cependant, elle a permis une nouvelle nomination du trouble, soit Post-traumatic Stress Disorder (=PTSD) dans le manuel de l'association américaine de psychiatrie en 1980, ce qui va permettre de mettre en place des financements et des dispositifs de soins spécifiques.

À la suite de la guerre d'Indochine et d'Algérie, des connaissances sur ces troubles ont été acquises et ont permis de faire reconnaître les pathologies psycho-traumatiques dans le décret du 10 janvier 1992.

Pendant la première guerre du Golfe, c'est grâce à ces avancées que les psychiatres ont intégrées le terrain au côté des soldats en tant que psychiatres militaires pour effectuer les prises en charge sur place. Cela permettra d'affiner leurs connaissances sur le sujet.

Le conflit en Afghanistan va amener la question du retour et des conditions qui permettront la mise en place du temps de décompression en 2010 dont l'entourage bénéficiera également. (5)

2.2 L'ergothérapie

2.2.1 Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapie fait partie des métiers de la rééducation. Cette profession vient du grec « Ergon » pour l'activité et le travail et « therapia » pour soin, elle sera donc dirigée par le potentiel thérapeutique de l'activité, car l'ergothérapeute va faire le lien entre l'activité humaine et la santé.

Selon l'OMS (= Organisation Mondiale de la Santé), « l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la

santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe des personnes dans un environnement médical, social, éducatif et professionnel ».

Cette profession se caractérise par une triade composée de la personne, l'occupation et l'environnement. (6)

Sa pratique va consister à solliciter les fonctions déficitaires et à préserver les fonctions restantes du patient. Cela va permettre de l'aider à maintenir, récupérer et/ou acquérir le maximum en autonomie et en indépendance individuelle, sociale et professionnelle.

Il va intervenir pendant la rééducation, la réadaptation, la réinsertion et la réhabilitation psychosociale des personnes en situation de handicap tout au long de la prise en soin. L'OMS a défini le champ des 3R qui regroupe la rééducation, la réadaptation et la réinsertion et qui fait partie de l'ergothérapie. (7)

L'ergothérapeute va essayer de mettre en place le maximum de mises en situation écologiques afin que la rééducation puisse se rapprocher le plus possible de la réalité.

2.2.2 Ses activités, ses méthodes et l'évaluation

Selon l'OMS, « par activité thérapeutique, on entend la prévention, le diagnostic et le traitement de maladies physiques et psychiques, l'amélioration d'états pathologiques, ainsi que le changement bénéfique d'un état physique ou mental ». (8)

L'activité est primordiale et est au cœur de la prise en soin ergothérapie. Elle va dépendre des centres d'intérêts du patient et de ses objectifs ainsi que ceux de l'ergothérapeute pour le patient. En ergothérapie, une activité va être définie comme « une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations », et l'occupation comme un soin personnel, une productivité ou un loisir. Chaque activité va être réalisée avec une intention afin de poursuivre un but. Les activités peuvent être de différentes natures, soit signifiantes si elles ont un sens pour le patient, soit significatives si elles ont un sens social attribué par l'entourage.

L'ergothérapeute va utiliser des entrevues, des évaluations (de type bilan) ou des mises en situation pour évaluer les besoins du patient. Les évaluations vont nous renseigner sur les capacités et incapacités du patient afin d'adapter le plan de

traitement. Les techniques de l'ergothérapeute vont être d'utiliser des activités de la vie quotidienne, des jeux ou toute autres activités pour réduire les limitations et trouver des solutions par le biais d'aides techniques ou d'aménagement de l'environnement par exemple.

L'ergothérapeute va chercher à détecter les problèmes occupationnels du patient afin de cibler les difficultés qui peuvent être rencontrées. Cela lui permettra d'adapter au mieux son plan de traitement. Pour ce faire, il va questionner le patient sur ses journées afin d'en tirer des situations qui peuvent engendrer des difficultés d'exécution. À partir des difficultés, l'ergothérapeute et le patient vont se mettre d'accord sur des objectifs. Ensuite, l'ergothérapeute va mettre en place le plus de mises en situation écologique possible, si c'est nécessaire, afin que la réadaptation et/ou la rééducation soient les mieux adaptées.

Il peut également utiliser l'éducation thérapeutique et la prévention. Toutes ces techniques ont pour but de maintenir, restaurer et permettre à chaque personne de réaliser des activités de manière sécurisée, autonome, efficace et indépendante. Elles vont également l'aider à acquérir un sentiment de compétence et de confiance en soi. (9)

2.2.3 L'ergothérapie en psychiatrie dans le milieu militaire

C'est seulement depuis 2003 que le premier ergothérapeute a rejoint l'équipe pluridisciplinaire dans le projet d'un retour au travail. Dans un hôpital militaire, l'ergothérapeute va s'occuper de la rééducation et de la réadaptation. Il peut également intervenir dans le service de psychiatrie en prenant en charge des patients souffrant d'ESPT. Le rôle premier de l'ergothérapeute va être d'aider le soldat à travailler au mieux et à maîtriser la transition vers une vie indépendante. Il va avoir pour rôle de s'assurer que le militaire soit apte à reprendre une activité. Il va être en mesure de prescrire et d'ajuster des aides techniques dans un but compensatoire, mais aussi d'évaluer les capacités du patient pour en déterminer ses besoins. Il va ensuite, le guider vers des objectifs raisonnables à court et à long terme dans l'intérêt professionnel. Il peut également être amené à aménager le domicile du patient. (10) (11) (12)

Cependant, suivant les pays, le rôle de l'ergothérapeute peut différer. (13)

Pour intégrer le milieu militaire, il doit remplir certaines conditions telles qu'avoir la nationalité française ou encore passer la visite médicale. Le thérapeute va devoir utiliser l'écoute active afin que le patient se sente écouté et qu'un échange puisse se faire, car certains patients peuvent ressentir le besoin de se confier et parfois même d'être rassuré. D'après le CCHST (= Centre Canadien d'Hygiène et de Sécurité au Travail) « dans le cadre de la communication, l'écoute active est une façon structurée d'écouter son interlocuteur et de lui répondre ». L'écoute active déplace votre attention vers l'autre personne et vous aide à comprendre, interpréter et évaluer ce qu'elle dit. (14) L'ergothérapeute se doit d'être ouvert d'esprit car le patient peut lui faire des confidences qui peuvent être difficiles à entendre et parfois hors du commun. Il doit aussi être à l'écoute afin que le patient se sente en confiance pour lui confier tout ce dont il a envie sans se sentir gêné et ne pensant pas que ce qu'il peut dire peut être tabou. L'ergothérapeute doit être prêt à tout entendre sans avoir de jugement ou d'appréhension tant que le patient respecte le cadre thérapeutique.

2.3 Réinsertion sociale

D'après l'OMS, dans le champ des 3R, la réinsertion, c'est « l'ensemble des mesures médico-sociales visant à optimiser le retour dans la société en évitant les processus d'exclusion ». La réinsertion sociale peut toucher tout être humain. Elle est beaucoup utilisée dans le milieu militaire. L'élaboration du projet de vie du patient est suivie par l'ergothérapeute qui va l'accompagner dans certaines de ses démarches sur demande du patient ou d'une assistante sociale par exemple.

Après avoir subi des traumatismes, les militaires ne reprennent souvent pas leurs activités précédentes et essaient de trouver un autre emploi ou même de se réinsérer dans le milieu civil. Cependant, seul, il est compliqué pour eux de se réinsérer socialement. (6)

3 Formulation de la question pratique

Suite à ses recherches, j'en suis venue à me poser cette question : quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la réinsertion sociale auprès de militaire souffrant d'ESPT ?

4 Cadre théorique

Pour définir mon cadre théorique, dans un premier temps, je vais définir plus précisément ce qu'est un ESPT. Ensuite, j'évoquerai la réinsertion sociale du point de vue de l'ergothérapeute. Et enfin, je vous parlerai d'un modèle conceptuel qui est le PPH 2.

4.1 L'ESPT

4.1.1 Épidémiologie en milieu militaire

Les études de la littérature ont démontré une prévalence, en règle générale, bien plus élevée dans les populations militaires. Cependant, il est difficile d'obtenir des données épidémiologiques détaillées. Les données que nous trouvons, ne nous renseignent pas sur la prévalence induite par les combats en France. À ce jour, nous ne pouvons déterminer le nombre de militaires souffrant d'ESPT. Les chiffres que nous trouvons ne représentent que ceux qui sont déclarés par les médecins des armées. Il reste un grand nombre de militaires non déclarés. « La nature multifactorielle, intrinsèquement, subjective et évolutive du SSPT (= Syndrome de Stress Post-Traumatique) pose des défis importants pour définir avec précision son épidémiologie ». (1) On note 122 000 personnes en France déclarées souffrir d'ESPT.

Au niveau militaire, l'ESPT touche 25 % des combattants ayant participé à une guerre. (15)

4.1.2 Définition et classification

Quand un souvenir stressant altère les mécanismes de mémorisation, on parle d'ESPT ou encore de Troubles du Stress Post-Traumatique (= TSPT). L'ESPT est une pathologie de la mémoire.

Lors du traumatisme, tout l'organisme va se mettre en tension, ce qui va altérer le système nerveux, dont la mémoire. « Le cerveau va être submergé par l'ensemble des stimuli au moment de l'agression et va les reproduire ensuite à l'identique ». Il va les reproduire n'importe quand comme un réflexe suite à un effet de surprise, un

bruit, une image qui peut refléter un souvenir du traumatisme. On les appelle des « flash-back » ou ecmnésies. La nuit, cela peut provoquer des cauchemars que l'on va nommer cauchemars traumatiques. Tous ces phénomènes sont des signes d'ESPT. (5)

D'après le manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, cinquième édition (DSM-V), l'ESPT est « une affection de la catégorie des « Troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress » »(16).

D'après le Gouvernement du Canada, l'ESPT « se caractérise par l'apparition de symptômes psychiatriques après l'exposition à un ou plusieurs événements traumatisants ». (17)(18) (19) (20)

On recense 8 % de la population générale qui peuvent être touché par cette pathologie psychiatrique. Cette pathologie reste fréquente et est caractérisée par une hyperactivation neuro-végétative, un syndrome de répétition, de l'évitement et des altérations sur le plan cognitif et au niveau de l'humeur. (21)

4.1.3 Notions de la prise en soin sur le plan physique

Grâce à une étude portoricaine, le circuit cérébral du souvenir traumatique a pu être établi. Elle va nous permettre de mieux comprendre le mécanisme de l'ESPT et donc de faciliter la mise en place du plan de traitement.

Lors d'un traumatisme, tous nos sens peuvent entrer en jeu. Le plus souvent, le traumatisme peut être visuel, auditif, tactile ou olfactif, car un souvenir peut refaire surface à la suite d'une situation similaire qui peut rappeler un souvenir vécu. Par exemple, une odeur ressentie pendant le moment où a eu lieu le traumatisme peut être ressentie une fois rentrer d'OPEX et faire ressurgir des souvenirs enfouis. Ces perceptions troublantes en rapport avec le traumatisme vont entraîner des réactions émotionnelles et neurodégénératives (exemple : souffle court, mains moites, cœur qui bat vite, détresse...) et d'autres symptômes dont nous parlerons par la suite. L'étude a révélé que les souvenirs traumatiques n'empruntent pas les mêmes circuits cérébraux que les souvenirs non-traumatiques. (22) (23)

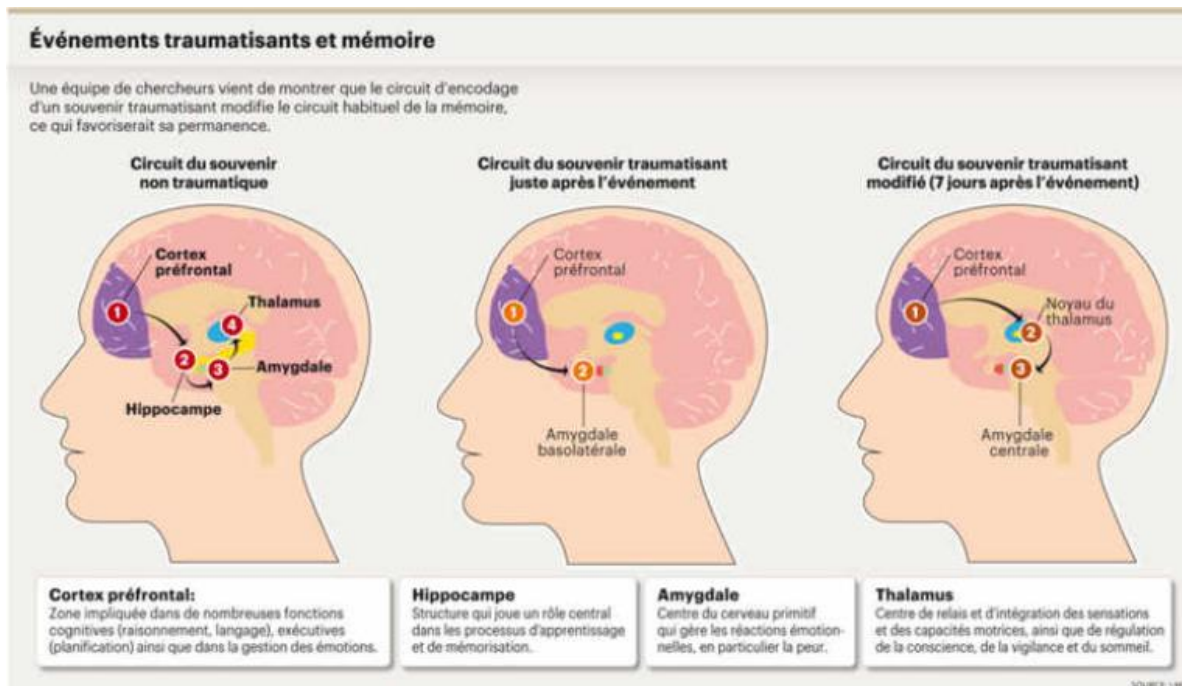


Figure 1: D.R. Evènements traumatisants et mémoire (22)

Les souvenirs se construisent par la formation des nouvelles synapses qui sont « la région de contact entre deux neurones ou entre un neurone et une cellule », ce qui va engendrer la mise en activation du système sensoriel. Ensuite, une sélection naturelle des souvenirs faite par le cerveau se fera. Grâce au schéma ci-dessus, vous pourrez visualiser le chemin, ainsi que les structures rencontrées, que va suivre un souvenir dit traumatisant ou non et en fonction du temps qui s'est écoulé après le traumatisme.

C'est le cortex préfrontal qui contrôle les émotions et qui va réactiver les souvenirs. Dans un mécanisme naturel, pour un souvenir dit ordinaire (non-traumatisant), le souvenir va soit être effacé, soit être consolidé. En ce qui concerne le souvenir traumatisant donnant lieu à un ESPT, le souvenir ne va pas être effacé, mais au contraire consolidé. Ce phénomène semblerait être dû au fait qu'il passe par le thalamus qui intègre les sensations, ce qui fait donc intervenir le lien entre le souvenir et les sens.

D'après le Dr MARQUET, psychiatre responsable de la section spécialisée dans le traitement des troubles de l'humeur et des troubles de la personnalité du service de psychiatrie générale du Centre hospitalier universitaire vaudois, biologiquement, le traumatisme est une hyper excitation des systèmes provoqués en cas de peur.

Pour parvenir à « guérir » les patients souffrant d'ESPT, il faudrait réussir à rompre le lien entre le souvenir et les manifestations qui s'en suivent ainsi que le lien avec les sens présent dans le thalamus.

Toutefois, il va être nécessaire de découvrir quels sont les neurotransmetteurs qui sont impliqués dans l'ESPT. (22)

En attendant, il existe une méthode appelée Eye Movement Desensitization and reprocessing (= EMDR) pour potentiellement diminuer les symptômes de l'ESPT. (24)

4.1.4 L'EMDR

L'EMDR ou Eye Movement Desensitization and reprocessing est une thérapie qui va agir sur les souvenirs traumatisants vécus par le patient. Elle a été inventée par une psychologue appelée Francine SHAPIRO en 1987. On recense plus de deux millions de patients dans le monde ayant eu recours à la thérapie EMDR. (15)

Cette thérapie va agir sur les souffrances morales et les complications physiques. Elle va stimuler un des mécanismes présents chez chaque être humain, celui de l'auto-guérison. Ce mécanisme fait partie des mécanismes neuro-émotionnels. (23)

Pour accéder à ce mécanisme, il faudra utiliser les mouvements oculaires qui vont permettre de dépasser certains traumatismes qui peuvent encore être douloureux et difficiles à supporter. Il existe 4 aspects qui caractérisent les symptômes de l'ESPT : l'intrusion, l'évitement, les perturbations sur la cognition et l'humeur, et les changements dans l'excitation et la réactivité. (17) Ces symptômes peuvent se révéler gênants voir invalidants pour retrouver une vie « normale ».

Cette thérapie peut être utilisée sur toute personne ayant subi un traumatisme et souffrant d'ESPT après avoir suivi la préparation au traitement. Grâce à cette préparation, l'ergothérapeute va pouvoir mettre en place une relation thérapeutique, de confiance avec le patient. Elle va permettre de valider l'indication de cette thérapie sur le patient et d'expliquer en quoi consiste la thérapie afin que le patient puisse comprendre ce qui va être fait. Après tout cela, nous pourrions utiliser l'EMDR.

Les séances d'EMDR vont durer de soixante à quatre-vingt-dix minutes.

Pour pratiquer l'EMDR, le thérapeute va demander au patient de se concentrer sur le souvenir traumatisant en question. Le patient devrait également prendre en compte tout ce qui va avec, que ce soient des composantes émotionnelles, négatives ou encore sensorielles. Ensuite, il devrait suivre du regard les doigts du thérapeute qui vont se déplacer, en prenant en compte toutes les pensées ou sensations qui lui viendront. Cette étape sera à répéter autant de fois que nécessaire, jusqu'à ce que le patient ne ressente plus aucune perturbation à l'idée de ce souvenir. Il doit ressentir des pensées positives et des bonnes sensations corporelles pour émettre si le souvenir est encore un fardeau ou non.

La méthode EMDR est reconnue être efficace pour le traitement des ESPT. D'après des études scientifiques internationales, l'EMDR est reconnue comme traitement du TSPT par l'OMS, l'INSERM (= Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) et l'HAS (= Haute Autorité de Santé). En revanche chez les militaires, elle peut aussi être utilisée, mais ne peut pas être intégrée telle un « remède » dans le traitement de l'ESPT chez les militaires. (25)

4.1.5 Les différents critères et symptômes

Les plus grands symptômes de l'ESPT sont les pensées intrusives, les « flash-back », les cauchemars, l'évitement, l'hypervigilance et les troubles du sommeil. (1) (26)

Les symptômes de l'ESPT sont classés suivant différents critères de A à H.

- Le critère A se rapporte au patient qui a été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou une agression sexuelle.

Ces événements peuvent avoir été vécus de différentes manières :

1. Directement, l'a vécu lui-même ;
2. En étant témoin ;
3. En apprenant qu'un membre de sa famille ou un ami proche a été victime de l'événement. Dans ce cas, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;

4. Être exposé de manière répétée ou extrême à des détails horrifiants (hors photos, médias électroniques, télévision, films ou photos).
- La présence d'au moins un des symptômes d'intrusion associés à l'événement traumatisant détermine que le traumatisme du patient se situe dans le critère B. Les symptômes d'intrusion peuvent être :
 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement ;
 2. Rêves récurrents où le contenu est lié à l'événement ;
 3. Réactions dissociatives où le patient a l'impression de revivre l'événement ;
 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique suite à des moments ou indices ressemblants à l'événement ;
 5. Réactivité psychologique intervenant par des indices ou moments ressemblants à l'événement.
 - Le critère C va englober le patient touché par l'évitement persistant des stimuli associés à l'événement avec comme symptômes :
 1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement ;
 2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement.
 - Le critère D comprend des perturbations négatives sur la cognition et l'humeur associées à l'événement comprenant deux des symptômes suivants :
 1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants de l'événement ;
 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde en général ;
 3. Idées déformées persistantes concernant l'événement qui pousse la personne à s'auto-blâmer ou à blâmer autrui ;
 4. Etat émotionnel négatif persistant ;
 5. Réduction nette de l'intérêt ou de la participation pour des activités importantes ;
 6. Sentiments de détachement ou de marginalisation par rapport aux autres ;
 7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.
 - Le critère E se définit par de profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à l'événement comme :

1. Une irritabilité et un accès de colère qui s'expriment sous forme d'agression verbale ou physique envers autrui ou des objets ;
 2. Un comportement irresponsable ou destructeur ;
 3. Une hypervigilance ;
 4. Un étonnement démesuré ;
 5. Des problèmes de concentration ;
 6. Des troubles du sommeil.
- Le critère F se décrit par une perturbation des symptômes présents dans les critères B, C, D ou E qui dure plus d'un mois.
 - Le critère G est caractérisé par la perturbation qui entraîne une détresse ou une incapacité importante dans les dimensions sociales ou autres sur le plan clinique.
 - Le critère H se définit par la perturbation si celle-ci n'est pas dépendante d'une substance.

A ces critères, il faut y ajouter des spécificateurs s'il y en a. Il peut y avoir des symptômes dissociatifs comme la dépersonnalisation (sentiment de détachement de soi comme si la personne était observatrice d'elle-même) ou la déréalisation (sentiment d'irréalité de l'environnement). Ces symptômes ne doivent pas dépendre d'une substance. Il peut aussi y avoir des symptômes avec expression retardée. Celui-ci sera utilisé seulement si tous les critères diagnostiques ne sont remplis que six mois après l'événement.

Pour diagnostiquer le patient, le médecin va utiliser les lettres correspondant au critère qui représente la personne et ensuite la ou les lettres des symptômes que ressent le patient. (17)

Suivant à quand remonte le traumatisme, en plus des critères de l'ESPT, on note également différentes phases comme indiqué sur le schéma suivant.

L'état de stress post-traumatique aigu est « une réaction intense, désagréable, et dysfonctionnelle qui survient après un événement traumatisant accablant et qui dure moins d'un mois ». Après un mois, le médecin va diagnostiquer au patient un ESPT qu'on dira chronique. Celui-ci ne disparaît pas toujours. Il peut être amené à diminuer avec le temps, il peut tout de même laisser de lourdes « cicatrices » sur le plan psychique. (27)



Figure 2 : Infographie - évolution de la maladie - © BCISSA (5)

4.1.6 Prévalence et risque chez les militaires

On peut noter une prévalence et un risque de contracter un ESPT plus important chez les militaires qui sont la plupart du temps confrontés au combat, à la violence, à la mort et beaucoup d'événements traumatisants. Ils peuvent être témoins d'accidents, de violences, d'agressions sur autrui, d'enlèvements, de prises d'otages, de torture, d'enfermements et bien d'autres.

A leur retour d'OPEX, après avoir vécu ces événements, ils ne peuvent revenir indemnes et reprendre une vie sociale comme celle qu'ils avaient avant leur départ. (28)

4.2 La réinsertion sociale

4.2.1 Définition

D'après l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, « la réinsertion sociale est un programme qui permet aux personnes en incapacité de travail d'obtenir ou d'actualiser des compétences pour retourner sur le marché du travail ». (29)

Avoir un travail ou des activités occupationnelles permet de gérer le temps et de structurer sa vie. L'occupation donne du sens à la vie et est propre à chacun, mais affecte la santé et le bien-être d'où l'importance d'avoir un équilibre de vie. On peut

donc utiliser l'occupation comme une activité thérapeutique ayant un potentiel thérapeutique.

Pour reprendre une activité professionnelle, le patient doit réunir différents facteurs internes. Il faut qu'il parvienne à retrouver un état mental et affectif acceptable. Il a besoin d'être pris en compte et d'être accepté, ce qui lui permettra de mettre du sens sur l'aspect de respect et de confiance réciproque. Cependant pour accepter le changement, donc ici, la réinsertion, il doit s'ouvrir aux nouvelles possibilités, mais qui dit changement dit perte d'identité et de repères ce qui peut effrayer. Sa réinsertion doit être son objectif et avoir un sens pour lui-même, c'est pourquoi le choix de la méthode employée est essentiel. (30) (31)

4.2.2 Lien avec l'ergothérapie

La réinsertion fait partie des compétences de l'ergothérapie, car le patient aura besoin à un moment d'être inséré au niveau social et/ou professionnel pour pouvoir subvenir à ses besoins. L'importance du choix de la méthode utilisée pour optimiser la réinsertion des militaires souffrant d'ESPT est essentielle. La volonté et la signification de l'objectif du patient sont les clefs pour mener à bien sa réinsertion, car on met une intention derrière une activité, on poursuit un but. D'où le choix de l'ergothérapeute pour les activités qui se doivent d'être significatives pour le patient. Pour mieux cibler les objectifs et le but du patient, on pourrait utiliser un modèle conceptuel pour mieux pointer les centres d'intérêt du patient afin d'établir le plan de traitement le plus adapté à celui-ci. (32) (33) (34) (35)

4.3 Le Processus de Production du Handicap 2 (=PPH 2)

4.3.1 Définition d'un modèle conceptuel

« 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 ». (36) Les modèles conceptuels sont classés suivant deux catégories : les modèles interprofessionnels et ceux qui sont élaborés par des ergothérapeutes.

Le modèle conceptuel va permettre de réunir différents points de vue en les schématisant et en classant les informations par catégorie afin d'étudier la situation d'une personne en difficulté de santé ou en situation de handicap. L'intérêt des modèles conceptuels est d'aider les ergothérapeutes à établir un cadre structuré et argumenté et de procurer des outils d'évaluation. Ils vont également nous permettre de mettre en place un plan de traitement et de formuler les objectifs de la prise en soin. (36)

4.3.2 Description du PPH 2

Le modèle conceptuel appelé Processus de Production du Handicap 2 (= PPH 2) est apparu en 2010 et va mettre en évidence les liens présents avec l'environnement. Il va se composer de trois catégories : les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie, chacune elles-mêmes, composées de deux ou trois sous-catégories.

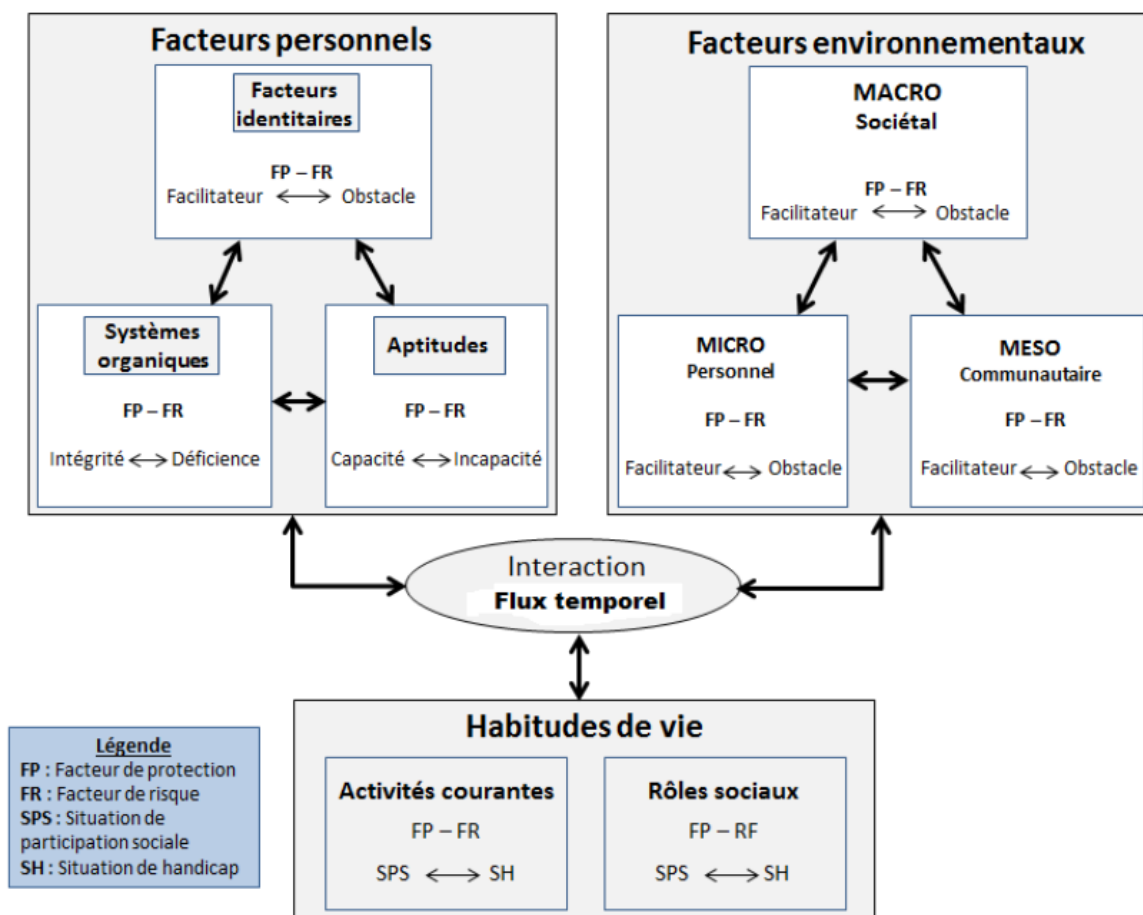


Figure 2 : PPH 2 (2010) (37)

- Les facteurs personnels nous renseignent sur les caractéristiques propres à la personne. Ils comprennent les facteurs identitaires qui représentent, qui est la personne, et va mettre en évidence les facilitateurs et les obstacles que peut rencontrer le patient. On y retrouve aussi les systèmes organiques qui regroupent les composantes corporelles telles que les pathologies et antécédents du patient. Il va mettre en avant les intégrités et les déficiences. Les aptitudes sont aussi répertoriées dans les facteurs personnels afin d'évaluer les capacités et incapacités du patient.
- Les facteurs environnementaux comprennent les facilitateurs et les obstacles de l'environnement sociétal (système politique, juridique, économique...) que l'on appelle « MACRO » afin de les différencier. Il y a également les facilitateurs et les obstacles de l'environnement personnel (domicile, aides techniques) appelé « MICRO » et ceux de l'environnement communautaire (réseau social, famille) appelé « MESO ». Je vous joins à la suite un schéma du modèle conceptuel appelé PPH 2.
- Les habitudes de vie font aussi partie des trois domaines qui composent ce modèle conceptuel. Cette catégorie nous renseigne sur les activités courantes ou le rôle social du patient. Elles sont composées des activités courantes et des rôles sociaux toutes deux réunissant les situations de participation sociale et les situations de handicap pour les dissocier.

Toutes ces catégories sont conçues pour classer les informations recueillies sur le patient afin d'établir le plan de traitement en listant les objectifs vus et approuvés par le patient.

4.3.3 Lien avec l'ESPT

Un modèle conceptuel a pour but de mettre en avant les aspects positifs et négatifs du patient afin d'établir un plan de traitement qui lui sera adapté.

L'ESPT est un syndrome très complexe. L'utilisation du PPH 2 permettrait de mieux appréhender les symptômes de l'ESPT en ciblant les aspects positifs qui peuvent aider le patient dans ses objectifs et ici faciliter la réinsertion. Mais il peut également nous permettre de cibler les aspects négatifs qui peuvent freiner la réinsertion du patient. (38)

Comme vu précédemment, le PPH 2 est composé de trois catégories. Nous allons expliciter chaque catégorie pour démontrer le lien avec la réinsertion et l'intérêt de son utilisation.

Tout d'abord, nous avons la catégorie regroupant les facteurs personnels qui nous permettent de mieux connaître la personne qu'est le patient en passant par les facteurs identitaires, les systèmes organiques avec les pathologies et/ou les antécédents. Cette catégorie va permettre à l'ergothérapeute de mieux identifier les besoins dans la réinsertion ainsi que les activités les mieux adaptées pour le patient.

Ensuite, nous trouvons les facteurs environnementaux qui rallient les éléments sociétaux, personnels et communautaires. Cette catégorie va nous permettre d'identifier l'environnement dans lequel le patient vit et ainsi repérer aussi les obstacles et les facilitateurs pour la réinsertion. L'environnement joue un rôle important dans la réinsertion, il est indispensable de le prendre en compte, mais il ne suffit pas. Les habitudes de vie du patient doivent également être prises en compte.

Les habitudes de vie vont nous guider sur le choix des activités sociales et professionnelles suivant les centres d'intérêt du patient. On va également pouvoir cibler le rôle que le patient peut jouer dans la société.

Ces catégories vont nous permettre de mieux connaître le patient afin de mieux l'orienter dans sa réinsertion. L'utilisation de ce modèle va mettre en avant les obstacles et les facilitateurs pour mieux comprendre ce que le patient recherche comme activités et ainsi le conseiller au mieux.

5 Formulation de la question de recherche

À la suite de ces recherches, j'en suis arrivée à me poser la question suivante :

En quoi l'utilisation du modèle conceptuel PPH 2 peut soutenir la démarche de réinsertion sociale des militaires souffrant d'ESPT en ergothérapie ?

6 Hypothèses

- Hypothèse 1 : L'utilisation du PPH 2 permettrait d'appréhender la personne dans sa globalité.
- Hypothèse 2 : L'utilisation du PPH 2 va permettre de cibler les activités à la fois significatives pour le patient et signifiantes pour soutenir sa réinsertion sociale.
- Hypothèse 3 : Les données recueillies au travers du PPH 2 vont permettre de proposer des mises en situations écologiques adaptées au besoin du patient.

7 Méthodologie de recherche

Dans un premier temps, je vais argumenter sur le choix de la méthode choisie. Ensuite, je vous présenterai mon outil méthodologique qui s'est porté sur l'entretien. Dans la prochaine partie, je vous donnerai les biais et dans une autre, les limites. Pour finir, je vous exposerai les critères d'inclusion et d'exclusion.

7.1 Méthode hypothético-déductive

La méthode hypothético-déductive va consister à émettre des hypothèses à la suite de la question de recherche. Après avoir formulé la question de recherche, nous allons émettre une réponse provisoire à la question de recherche ce que nous allons appeler ici les hypothèses.

À la suite de cela, des entretiens seront faits afin de vérifier si les hypothèses sont vraies ou non.

Suivant les réponses obtenues par l'entretien, nous pouvons avoir des réponses qui nous permettront de valider nos hypothèses et dans ce cas, il sera possible de valider les hypothèses. En revanche, si les hypothèses ne sont pas confirmées par les entretiens, les recherches devront être poursuivies.

7.2 Recherche qualitative

Au départ, je pensais utiliser la recherche quantitative pour mon mémoire, mais je me suis vite rendu compte qu'il y avait trop peu de revues et d'articles concernant mon sujet. C'est donc pour cela que je me suis tournée vers la recherche qualitative. Ma recherche est donc de type phénoménologique, car j'utilise la recherche qualitative et je cherche à prouver l'efficacité d'une méthode. Je cherche à démontrer l'efficacité de l'utilisation d'un modèle pour la réinsertion des militaires souffrant d'ESPT.

Mon mémoire a pour fonction, la fonction de régulation, car il va me permettre de vérifier l'efficacité d'une action et ici d'une méthode ou d'une technique.

Lors de mes recherches, j'ai pu constater qu'il existait un grand nombre de recherches et de mémoires concernant l'ESPT sous différents aspects, mais j'en ai trouvé très peu concernant la réinsertion des militaires souffrant d'ESPT. Cela va me permettre de créer de nouvelles données, car les mémoires existants qui traitent le sujet de la réinsertion n'ont pas été abordés de la manière.

Afin d'étudier des champs nouveaux, l'entretien semi-directif me paraît être le plus adapté pour ma recherche plutôt que le questionnaire. Le questionnaire aurait freiné l'avancement de mes recherches, car il y a très peu d'HIA en France, mais aussi très peu d'ergothérapeute qui prennent en soin des militaires atteints d'ESPT. Je n'aurai donc pas pu remplir le cota demandé de réponses aux questionnaires afin de l'analyser et d'en tirer des réponses.

7.3 L'entretien

Pour recueillir des informations, je vais utiliser l'entretien. Je l'ai choisi, car il me permettra d'avoir un contact direct avec l'interlocuteur, d'observer les comportements et de mieux analyser les informations. Si certaines questions ne sont pas comprises par l'interlocuteur ou certaines réponses, il me sera plus simple de reformuler.

Un entretien est l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes. Il va me permettre de collecter des informations concernant mon sujet.

L'utilisation de l'entretien va se dérouler en plusieurs temps.

Dans un premier temps, je réfléchis aux questions que je pourrai poser pendant les entretiens pour ensuite former la trame de celui-ci.

Dans un second temps, je vais mettre en place l'entretien en appelant des HIA pour prévoir des entretiens avec les ergothérapeutes présents dans leur service de psychiatrie, il m'en faudra au minimum trois et maximum cinq.

Dans un troisième temps, je dirigerai l'entretien et récupérerai toutes les informations nécessaires pour ma recherche.

Pour mener un entretien, il existe trois manières. On peut utiliser l'entretien non-directif, semi-directif ou bien directif. Dans ma situation, je vais adopter l'entretien semi-directif afin de cadrer l'entretien et que la personne interrogée ne se disperse pas. Cependant, en appliquant l'entretien semi-directif, je vais pouvoir récolter des informations supplémentaires auxquelles je n'aurais pas pensé pour mes recherches, mais qui pourront m'être utiles.

Et enfin, pour exploiter les informations recueillies, je vais devoir retranscrire chaque entretien afin de mieux visualiser les données. Je pourrais ensuite les analyser grâce aux différentes méthodes qui sont l'analyse longitudinale et l'analyse transversale.

7.4 Les biais

Il existe différents types de biais que je peux être amenés à rencontrer lors de mes entretiens.

Le tout premier biais rencontré est qu'il y a peu d'ergothérapeute en France. Il faudra aussi différencier les ergothérapeutes qui prennent en soin des militaires atteints d'ESPT sur le plan psychique en psychiatrie et ceux qui font partie de la MPR (= Médecine Physique et de Réadaptation), toutes deux dans les HIA. Cela va donc réduire le nombre d'ergothérapeutes qui peuvent remplir mes critères d'inclusion, mais il faut aussi prendre en compte les ergothérapeutes qui refuseront d'effectuer l'entretien. Donc, avec ces premiers biais, nous pouvons nous rendre compte qu'il ne sera pas possible d'utiliser le questionnaire, car il n'y aura pas assez d'ergothérapeutes pour y répondre.

Lors de l'entretien, je pourrais rencontrer le biais de désirabilité sociale, car l'ergothérapeute face à moi pourrait penser que sa réponse véritable n'est pas valorisante pour lui ou que sa réponse ne répondra pas à ma question.

L'effet de halo peut aussi être rencontré lors de mes entretiens, car l'ergothérapeute pourrait avoir déjà répondu à mes questions suivantes par le biais d'une des questions précédentes.

Je pourrais aussi être bloquée concernant certaines questions, car, le milieu militaire étant fermé, l'ergothérapeute pourrait se retrouver contraint de ne pas répondre. N'ayant pas l'autorisation de divulguer certaines informations, il pourrait craindre les représailles.

Il ne faut pas oublier que le milieu militaire recentre beaucoup de sujets dit « tabou » qui ne peuvent être exprimés par les militaires sous peine de dévoiler des faiblesses, malgré une évolution tout de même notable.

Des facteurs émotionnels pourraient également rentrer en jeu pendant l'entretien en fonction du vécu de l'ergothérapeute et de la situation de la structure.

7.5 Les limites

Malgré l'investissement de tous, je peux tout de même rencontrer des obstacles. L'une des premières limites qui pourrait exister, serait que l'ergothérapeute n'ait pas assez de temps pour fixer un rendez-vous pour passer l'entretien. Je pourrais donc me retrouver avec trop peu d'ergothérapeutes disponibles et donc ne pas avoir assez d'entretiens pour effectuer ma recherche qualitative. Cela pourrait me bloquer par la suite, n'ayant pas assez de contenu pour effectuer la suite de mes recherches.

Si l'ergothérapeute n'est pas à l'aise, je pourrai ne pas récolter les informations que je souhaite.

Les relances doivent être utilisées au bon moment afin de ne pas bloquer l'entretien et le choix de celle-ci déterminera aussi la suite de l'entretien.

7.6 Les critères d'inclusion

Pour répondre à mes entretiens, il est important de mettre en place des critères afin de sélectionner certains participants pouvant répondre aux questions de l'entretien. Je vais donc devoir trouver trois à cinq personnes à qui je pourrais faire passer mon entretien. Pour ce faire, on utilise deux types de critères : les critères d'inclusion et les critères d'exclusion que je vous exposerai dans la partie suivante.

Les critères d'inclusion vont regrouper les ergothérapeutes qui seront en mesure de répondre à mes questions. L'ergothérapeute devra répondre à certains critères comme :

- Être français ;
- Exercer depuis plus d'un an, car cela lui aura permis d'acquérir un maximum de compétences ;
- Exercer dans un service de psychiatrie dans un HIA ;
- Prendre en soins des militaires souffrant d'ESPT.

Le fait que l'ergothérapeute utilise des modèles conceptuels sera un avantage pour l'entretien et je vais privilégier les ergothérapeutes qui en utilisent, mais pour autant, ce n'est pas un critère d'exclusion.

7.7 Les critères d'exclusion

Quant au critère d'exclusion, il va concerner les ergothérapeutes qui ne rempliront pas les conditions citées ci-dessus. On retrouvera :

- Les ergothérapeutes étrangers ;
- Les étudiants ergothérapeutes ;
- Les ergothérapeutes qui exercent depuis moins d'un an ;
- Les ergothérapeutes qui ne prennent pas en soins les militaires souffrant d'ESPT ;
- Les ergothérapeutes qui ne sont pas familiarisés avec le milieu militaire.

Par rapport à mon dernier critère d'exclusion, je sous-entends que je réaliserais des entretiens seulement avec des ergothérapeutes qui exercent dans un hôpital militaire. Les ergothérapeutes dans le milieu militaire n'exercent pas leur profession de la même manière que dans le milieu civil, car la relation de confiance avec le patient ne pourra pas être établie de la même façon qu'en milieu civil.

Cela va donc réduire l'effectif des personnes et ici des ergothérapeutes qui pourront être interrogés.

7.8 Prise de contact avec les ergothérapeutes dans les HIA en psychiatrie

J'ai réalisé ma recherche entre septembre et mai 2023. Ma prise de contact s'est faite entre le 31 mars 2023 et le 10 mai 2023. Dans un premier temps, j'ai conçu ma grille d'entretien avec les questions que je serais amenée à poser à mes interlocuteurs ainsi qu'une présentation de moi-même.

Pour mettre en place et programmer des entretiens, j'ai dû rechercher les structures où je pourrais potentiellement y trouver un interlocuteur qui remplirait mes critères d'inclusion. Pour cette étape, j'ai pu reprendre les contacts que j'avais obtenus et conservés lors de mes recherches de stages.

J'ai donc contacté les HIA situés en France un par un.

Lors de ses différents appels, j'ai rencontré un refus d'effectuer l'entretien. L'ergothérapeute ne voulait pas prendre de son temps, car elle l'a déjà fait auparavant, mais les étudiants n'ont pas respecté les conditions qui étaient de partager leur mémoire avec l'ergothérapeute une fois terminé.

J'ai ensuite été confrontée à des HIA sur le point d'être rachetés ou fermés et par conséquent où il n'y avait plus d'ergothérapeute dans le service de psychiatrie.

Cependant, j'ai tout même réussi à obtenir 3 adresses mail auxquelles j'ai pu envoyer un mail type pour demander s'il était possible pour les ergothérapeutes de programmer un entretien dans le but d'avancer mon mémoire. (Voir annexe I)

Suite à quoi j'ai eu 2 retours, qui m'ont permis de programmer 2 entretiens. Je leur ai donc envoyé le formulaire de consentement à l'enregistrement audio et l'utilisation des données avant de réaliser l'entretien. (Voir annexe III)

J'ai ensuite essayé de recontacter les HIA que je n'avais pas réussi à joindre, mais sans succès.

Lors d'un de mes entretiens, j'ai pu obtenir le mail direct d'une des ergothérapeutes dans un HIA pour la contacter. En échange de ce contact, je lui ai envoyé à mon tour les contacts que j'avais dans les autres HIA.

J'ai donc envoyé un mail à l'ergothérapeute en question et la réponse s'est avéré

être négative. Par manque de temps, l'ergothérapeute ne pouvait donner suite à ma demande avant juin pour programmer un entretien.

J'ai donc retenté de contacter les deux HIA que je ne parvenais pas à joindre et j'ai pu obtenir un mail pour l'un des HIA. En ce qui concerne l'autre HIA, j'ai pu directement échanger avec l'ergothérapeute avec qui j'ai pu programmer un entretien. Malheureusement, l'entretien ne s'est pas fait, car je n'ai eu aucune nouvelle de l'ergothérapeute malgré plusieurs relances.

Les HIA étant dispersés dans toute la France, il ne me sera donc pas possible de réaliser des entretiens physiques. Je ferais donc des entretiens par appels téléphoniques ou des visioconférences.

J'ai fait le choix de ne pas contacter les ergothérapeutes que je connaissais dans un HIA où j'ai effectué un stage afin que mes entretiens soient tous égaux et que pour tous les ergothérapeutes interrogés, je ne sois pas connu en tant que stagiaire ou autre.

J'avais connaissance du peu d'ergothérapeutes présent dans les HIA et dans un service de psychiatrie. En plus des conditions actuelles où plusieurs HIA sont sur le point d'être fermés ou rachetés, je comptais contacter tous les HIA sauf celui où j'ai effectué un stage pour recueillir le maximum de coordonnées. Je m'étais fixé une réalisation de trois entretiens avec ou sans pré-test. Je n'ai donc pu réaliser que deux entretiens sans avoir eu de pré-test à faire.

Tableau [1] : Liste des ergothérapeutes interrogés :

Ergothérapeute interrogé	Expérience professionnelle	Date de réalisation de l'entretien	Durée de l'entretien
Ergothérapeute 1 (DE d'ergothérapeute)	HIA (Hôpital d'instruction des armées)	07/04 à 10h30	15 minutes et 52 secondes
Ergothérapeute 2 (DE d'ergothérapeute)	HIA (Hôpital d'instruction des armées)	14/04 à 14h	20 minutes

7.9 Conditions de réalisation des entretiens

Les deux entretiens ont été réalisés par téléphone, car cela demandait moins d'organisation pour les ergothérapeutes et pour moi-même étant en stage lors de mes deux entretiens. Je n'ai donc pas pu analyser les réactions ou autres lors des entretiens.

Le premier entretien s'est déroulé sur le temps de travail de l'ergothérapeute sur une matinée. Cependant, pendant l'entretien, l'ergothérapeute a été interrompu par une patiente qui verbalisait de la colère suivant ses dires. Il a pris de son temps pour pouvoir répondre à mon entretien malgré des conditions, au niveau de la structure, qui semblent difficiles.

Pour ce qui est du deuxième entretien, l'ergothérapeute était très enthousiaste et avait en amont plusieurs questions à me poser à la suite de mon mail. Nous avons pu échanger à la fin de l'entretien et nous avons échangé certains de nos contacts, elle pour un projet et moi pour trouver d'autres ergothérapeutes pour mes entretiens.

À la suite de nos échanges, les deux ergothérapeutes sont dans le souhait de lire ce mémoire une fois terminé.

7.10 Recueil de données

L'entretien sera constitué de 7 questions qui me permettront de délimiter 7 parties, afin de structurer l'entretien et de pouvoir contrôler le temps de discussion entre l'interlocuteur et moi-même. (Voir annexe II)

Dans un premier temps, il y aura la partie présentation.

La question posée est : Pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel et de votre rôle dans votre structure ?

Elle me permettra de mieux connaître mon interlocuteur et son parcours. Je pourrais également, à travers cette question, m'assurer que mon interlocuteur remplit bien tous les critères d'inclusion.

Dans un second temps, je l'interrogerai sur les données nécessaires qu'il faut recueillir pour orienter la prise en soin.

La question posée est : Selon vous, quelles sont les données à recueillir pour établir une prise en soin ?

À travers cette question, je vais chercher à faire le lien entre les données nécessaires à recueillir pour mon interlocuteur. Ensuite, je pourrais voir si ses données peuvent être hiérarchisées dans mon modèle conceptuel le PPH 2.

Suivant le type d'hôpital dans lequel l'ergothérapeute exercera, il faudra se centrer sur les militaires souffrant d'ESPT, car il est possible que la structure prenne aussi en charge des patients civils.

Dans un troisième temps, je m'intéresserais aux outils que l'ergothérapeute utilise pour recueillir les données dont il a besoin.

La question posée est : Quels outils utilisez-vous pour recueillir ses données et de quelle manière ?

Cette question me permettra de savoir quelles méthodes utilisent l'ergothérapeute et si le PPH 2 en fait partie. Je pourrais voir s'il utilise une prise en soin « type » pour ses patients militaires.

Dans un quatrième temps, je m'intéresserais à l'intérêt que l'utilisation du PPH 2 peut avoir sur la PES des militaires souffrant d'ESPT.

La question posée est : Que pensez-vous de la pertinence de l'utilisation du modèle conceptuel PPH 2 pour vos prises en soin ?

Si le PPH 2 ne fait pas partie des méthodes utilisées par l'ergothérapeute, cela me permettra de savoir s'il pourrait utiliser le PPH 2 pour ses futurs prises en soin.

Dans un cinquième temps, je vais interroger l'ergothérapeute sur les éléments qui vont lui permettre de proposer des mises en situation écologique.

La question posée est : Sur quels éléments fondez-vous vos propositions de mises en situation écologique ?

Cette question va me permettre de savoir si les données recueillies suffisent pour le choix des activités et des mises en situation écologique et si certaines catégories du PPH 2 peuvent aider à mieux cibler les activités et les mises en situation.

Dans un sixième temps, je vais m'intéresser à ce que l'ergothérapeute ou la structure est en mesure de proposer aux patients comme mise en situation écologiques pour sa réinsertion sociale. Les mises en situation écologique déjà utilisées seront évoquées dans cette question également.

La question posée est : Quelles mises en situation écologiques pourriez-vous

proposer pour aider les patients dans leur réinsertion sociale et lesquelles avez-vous déjà mis en place ?

Cette question va me permettre de savoir ce qui est déjà mis en place dans la structure où l'ergothérapeute exerce ou encore si l'ergothérapeute aurait des projets pour mettre en place de nouvelles activités.

Et enfin, la dernière question posée est : Avez-vous des informations supplémentaires que vous souhaiteriez me transmettre ?

Elle va permettre à l'ergothérapeute de spécifier certaines des informations données si besoin. Il sera libre de me communiquer des informations supplémentaires qu'il jugera utile pour mes recherches.

8 Résultats

8.1 Présentation des interlocuteurs

La première question de mon entretien permet à mes interlocuteurs de se présenter, je vais donc vous les présenter.

Pour le premier entretien, j'ai pu échanger avec l'ergothérapeute numéro 1 que je nommerais par la suite E1. Il est donc ergothérapeute dans le milieu militaire depuis 2000 et a toujours travaillé en psychiatrie et y exerce encore.

Pour mon deuxième entretien, j'ai échangé avec l'ergothérapeute numéro 2 que je nommerai E2 par la suite. E2 est ergothérapeute depuis 2018. Elle a exercé dans de multiples domaines. Elle a travaillé en libéral, dans un EHPAD (= Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), en SSR (= Soins de Suite et de Réadaptation) et en hôpital. Elle a intégré un HIA en octobre 2020 en MPR et en 2022, elle a été transférée dans le service de psychiatrie. Elles étaient deux ergothérapeutes dans le service au départ, mais aujourd'hui, elle se retrouve seule. Son souhait est de faire évoluer la pratique au sein de cet HIA, en y intégrant des bilans pour améliorer le recueil d'informations de chaque patient.

8.2 Analyse longitudinale

Après les 2 entretiens que j'ai réalisés, j'ai donc effectué la retranscription de chacun de mes entretiens grâce à la commande vocale de WORD sur mon ordinateur. Maintenant, je vais donc pouvoir procéder à l'analyse longitudinale (Voir annexe IV), qui consiste à relever les informations clés transmises par les ergothérapeutes. Chaque question des entretiens a donc pu être analysée.

Question 2 : Selon vous, quelles sont les données à recueillir pour établir une prise en soin ?

Pour E1, il faut recueillir un maximum de données le concernant. On va avoir besoin de connaître tous les troubles dont il est atteint, son quotidien, tout ce qui va être en lien avec son environnement et ce qui le compose. On va continuer de recueillir des données tout au long de la prise en soin.

Pour E2, on va recueillir les données auprès du patient afin d'établir la prise en soin (= PES). Les informations nécessaires à relever vont être les composantes de son environnement social, son environnement physique, les activités de vie quotidienne et de loisirs que le patient réalise. Il y a aussi les activités sociales et professionnelles, si le patient est encore en étude, s'il ne rencontre pas de difficultés au niveau du sommeil. On va chercher à connaître les demandes et les objectifs du patient.

E2 essaie de réintroduire des bilans d'autonomie avec les médecins.

Question 3 : Quels outils utilisez-vous pour recueillir ses données et de quelle manière ?

La réponse à cette question a été donnée dans la question précédente par E1. Pour établir son recueil de données, E1 va utiliser les réunions, les transmissions au sein des équipes entre les différents professionnels de santé. L'entretien médical fait avec le médecin va permettre de recueillir toutes les informations nécessaires pour remplir le dossier du patient qui pourra ensuite être consulté par tous les autres professionnels. L'entretien informel est également utilisé tout au long de la PES.

Pour ce qui est de E2, elle va utiliser l'entretien, un entretien type « ergo ». E2 a transformé l'entretien en reprenant les sphères du MCREO (= Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel). D'après elle, le MCREO en lui-

même, n'est pas pertinent pour la psychiatrie, elle est donc en train de se renseigner sur le MOH (= Modèle de l'Occupation Humaine). E2 est en train de mettre en place un entretien standardisé pour la psychiatrie afin de pouvoir mettre en lien toutes les données recueillies. Elle réintroduit le PSQI (Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh), avec l'aide de l'orthophoniste, qui est un auto-questionnaire ainsi que le MOHOST (= Model Of Human Occupation Screening Tool). Des bilans comme le test des errances multiples, l'EF2E (= Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie) et la MHAVIE (= Mesure des HABitudes de VIE) sont mis en place et utilisés dans la structure. Les mises en situation, l'observation et les séances en groupe et en individuel permettent aussi d'en connaître davantage sur le patient. Les discussions et les transmissions entre collègues sont également utiles pour recueillir des informations.

Question 4 : Que pensez-vous de la pertinence de l'utilisation du modèle conceptuel PPH 2 pour vos prises en soin ?

Pour E1, l'utilisation du modèle conceptuel PPH 2 est obligatoire, car c'est l'idée de l'ergothérapie. Ce modèle permet de prendre en compte tous les facteurs du patient pour, par la suite, trouver ce qui peut être bien pour lui pour sa PES. Le but est que le patient puisse reprendre au mieux son mode de vie ou qu'il s'en rapproche le plus afin que ça lui convienne. Chaque PES est différente, c'est toute la difficulté de la PES de cette pathologie. La connaissance de l'entourage du patient va avoir un impact sur l'environnement du patient et sur la PES ainsi que sur le sentiment d'insécurité. Il va donc falloir questionner le patient sur le fait qu'il vive seul ou non, s'il est marié ? Est-ce qu'il a des enfants ou non ? Quel âge a-t-il par rapport à son ancienneté dans l'armée ? Comment gère-t-il l'accumulation de ces traumatismes parce qu'ils ne sont pas toujours perçus par les soignants et thérapeutes ? Toutes ses informations vont permettre d'orienter la PES.

Il faut noter que la prise de parole dans le milieu militaire reste complexe malgré son évolution concernant la souffrance psychique. Les PES en ambulatoire des patients ne permettent pas de travailler les facteurs personnels, car les militaires n'ont pas pour habitude de se plaindre, ni de parler d'eux.

Un groupe de soutien pour les aidants a été mis en place au sein de l'hôpital. Il permet à l'entourage du patient de discuter et récupérer des informations sur la pathologie.

Le rôle du psychologue est important dans ces PES, car il va travailler sur l'histoire de vie du patient.

Pour E2, le modèle conceptuel PPH 2 est intéressant, mais n'est pas un modèle ergothérapeutique. Cependant, il reste plus adapté que d'autres modèles sans pour autant être adapté pour la psychiatrie, car il est trop ancien et a trop de limites. L'utilisation d'un vocabulaire universel choisi par l'équipe pour l'utilisation de ce modèle va permettre une meilleure communication entre tous les professionnels.

En revanche, d'après E2, ce modèle ne prend pas en compte la notion d'activité significative et la motivation ou la volition du patient que ça peut engendrer.

Le PPH 2 va tout de même reprendre les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie qui seront toutes corrélées les unes avec les autres. Le point négatif de ce modèle est qu'il ne traite pas le côté psychique afin de faire un lien avec le traumatisme.

Dans le MCREO, toutes les informations sont enclavées et dans le MOH tout est imbriqué et utilise plus de termes d'ergothérapie.

Pour travailler l'ESPT, il faut partir des habitudes de vie et des motivations du patient au fur et à mesure de sa reconstruction psychique. Dans le PPH 2, on va retrouver la présence de la reconstruction physique mais pas psychique.

Question 5 : Sur quels éléments fondez-vous vos propositions de mises en situations écologiques ?

Selon les dires de E1, ils font peu de mises en situation écologique, mais c'est un projet de pouvoir en réaliser davantage.

Beaucoup de leurs patients viennent de très loin, ce qui ne leur permet pas de pouvoir les observer dans leur environnement personnel.

Ils font des sorties thérapeutiques, mais dans un but de loisirs. Ils ne vont pas aller faire les courses ou chercher les enfants à l'école.

Les patients souffrant d'ESPT ressentent une insécurité massive et une hypervigilance. Quand ils sont en famille, ils font des sorties, mais tout doit être prévu, ce qui les empêche de prendre du plaisir et d'apprécier cette sortie.

Une fois par mois, une activité à l'extérieur est proposée avec l'utilisation de transport en commun ou pas. L'idée de ces sorties, c'est que le patient reprenne du plaisir dans des activités sans être en état de stress ou d'hypervigilance. C'est aussi le fait, qu'il puisse prendre conscience de ce qui est possible et de ce qui peut le devenir

petit à petit. Cependant, tout va dépendre du rapport qu'a le patient avec sa pathologie.

Le fait d'être avec du personnel médical va les rassurer, mais être en groupe entre militaires va tout autant les rassurer, car le groupe est l'une des cultures de l'armée.

Selon E2, les mises en situation écologique vont être fondées sur les éléments de vie de la personne, sa vie de tous les jours et son environnement. Pour ceux qui vivent en campagne, les MES (= Mise En Situation) seront plus complexes à réaliser. La cuisine thérapeutique est utilisée. Ils bénéficient d'un appartement, mais il n'est pas thérapeutique, il leur est prêté pour les MES et il peut y avoir des personnes présentes dans l'appartement.

Il est important que l'activité ait du sens pour le patient, un but, que ça soit une activité significative. Le patient peut reprendre une activité plaisir grâce à un médiateur, on peut également utiliser cette activité pour réintroduire des liens sociaux.

Question 6 : Quelles mises en situation écologiques pourriez-vous proposer pour aider les patients dans leur réinsertion sociale et lesquelles avez-vous déjà mis en place ?

E1 souhaiterait pouvoir réaliser des Visites A Domicile (= VAD) car cela lui permettrait de travailler avec l'entourage. Pour les patients isolés, les VAD peuvent être intéressantes, car elles vont contribuer à mettre en place le plan de traitement, en observant ce qui a besoin d'être travaillé au domicile ou à l'extérieur. Les dires des patients vont également contribuer à la mise en place des activités à travailler.

Les soins en ambulatoire vont faire sortir les patients de chez eux et vont favoriser la reprise de contact avec les autres.

Les activités en groupe permettent de discuter et d'échanger sur les difficultés rencontrées, mais chacun réalise sa propre activité.

L'hôpital est vu comme un sanctuaire pour les militaires qui ne sont plus sur la défensive, plus en insécurité, ni en hypervigilance.

Petit à petit, un lien de qualité se crée pour que les patients puissent se livrer et ainsi nous permettre de connaître les difficultés du patient pour ensuite pouvoir les travailler.

E2 va utiliser les sorties à l'extérieur, en individuel puis en groupe et aussi les

activités en intérieur comme l'art-thérapie, les jeux et différentes activités qui font sens pour la personne.

En intérieur ou dans un environnement connu, E2 va travailler avec les militaires les sons extérieurs dans une bibliothèque qui est un milieu calme. Ensuite, ils vont tous aller au marché, mais toujours avec le même groupe de patients.

Lors des sorties, la présence des intervenants aide les patients à faire diminuer leur seuil de vigilance. L'aspect du groupe les rassure aussi.

E2 peut être amené à accompagner les patients faire leurs courses si besoin en utilisant ou non les transports en commun.

Les VAD vont également être utilisées pour explorer l'environnement personnel des patients.

Des sorties sportives peuvent être organisées. Le maximum des sorties va se faire dans l'hôpital, dans l'enceinte, car c'est plus rassurant pour le patient.

E2 utilise aussi des activités psychiques.

Cependant, les sorties sont limitées, car actuellement, dans l'hôpital, ils sont en sous-effectif.

Question 7 : Avez-vous des informations supplémentaires que vous souhaiteriez me transmettre ?

E1 n'avait pas d'informations supplémentaires à transmettre, mais il reste à l'écoute si nécessaire.

E2 a rajouté qu'elle travaillait en lien avec une mairie pour apporter des ajustements dans différents lieux publics. Ils sont en train de mettre en place la création d'un jardón thérapeutique dans l'enceinte de l'hôpital, mais en extérieur.

Un appartement leur est prêté pour effectuer des MES dans un environnement qui n'est pas chez eux. Pour autant, il se situe hors de l'hôpital, ce qui permet de les familiariser en amont avec l'extérieur, tout en étant à la fois dans un cadre médical qui les rassure.

Ils ont pour projet actuellement la création d'un appartement thérapeutique dans le service de psychiatrie, dans l'hôpital.

8.3 Analyse transversale

Après avoir effectué mon analyse longitudinale, je vais donc procéder à l'analyse transversale. Elle va me permettre de comparer les propos de chaque ergothérapeute et ainsi de faire des liens ou relevés des avis convergents ou divergents entre chacun.

Question 2 : Selon vous, quelles sont les données à recueillir pour établir une prise en soin ?

Les deux ergothérapeutes vont utiliser l'entretien pour recueillir les données nécessaires à la PES. Ils vont tous deux collecter un maximum d'informations concernant le quotidien du patient, ses activités de vie quotidienne, de loisirs et au niveau sociale et également concernant son environnement au niveau social et physique.

En revanche, l'un des ergothérapeutes va récupérer une majorité d'informations présentes dans le dossier du patient et lors de réunions avant l'arrivée du patient et par les discussions entre professionnels.

E2 va récupérer les objectifs du patient dès le premier entretien et va présenter les lieux et ce qu'est l'ergothérapie au patient. Cependant, elle pense qu'introduire des bilans d'autonomie vu avec les médecins pourraient compléter les données connues du patient. Cela faciliterait la connaissance des capacités et des déficits de celui-ci.

Pour E1, il faut connaître les troubles du patient. Et pour ce qui des informations manquantes, elles pourront être récoltées tout au long de la PES de manière informel.

Question 3 : Quels outils utilisez-vous pour recueillir ses données et de quelle manière ?

L'un des ergothérapeutes va se baser, majoritairement, sur les données qu'il va pouvoir recueillir à partir de l'entretien et lors des réunions et des transmissions. Par la suite, ils utiliseront tous deux les entretiens informels tout au long de la PES.

L'autre ergothérapeute va utiliser en plus de l'entretien, des modèles conceptuels comme le MOH et le MOHOST ainsi que les sphères du MCREO pour faire du lien avec ses entretiens. Elle va pouvoir en apprendre davantage sur les aspects et la qualité de vie du patient à l'aide d'un auto-questionnaire. Pour ce qui est du sommeil, elle va utiliser le PSQI. Elle va également prendre en compte les

traitements médicamenteux, car cela peut engendrer des ralentissements cognitifs. Elle va aussi utiliser des bilans comme le test des errances multiples, l'EF2E ou encore la MHAVIE. Les MES en groupe ou en individuel vont être utilisées pour connaître aussi les capacités et les incapacités du patient. L'ergothérapeute va donc passer par l'observation pour ensuite analyser la MES.

Question 4 : Que pensez-vous de la pertinence de l'utilisation du modèle conceptuel PPH 2 pour vos prises en soin ?

D'après les deux ergothérapeutes interrogés, le PPH 2 peut être utilisé en psychiatrie. Cependant, pour l'un des deux ergothérapeutes, il paraît obligatoire dans la PES, car il représente l'idée de l'ergothérapie.

Pour l'autre ergothérapeute, ce modèle est intéressant et plus adapté que d'autres. Pour autant, il ne l'est pas pour la psychiatrie, car il est trop ancien et a trop de limites pour les PES. Selon l'ergothérapeute, ce modèle n'est pas un modèle d'ergothérapie. Il utilise tout de même un vocabulaire universel qui permet une meilleure communication entre les différents professionnels.

Ce modèle est pertinent pour les deux ergothérapeutes, car il met en relation tous les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie du patient. En revanche, d'après l'un des ergothérapeutes, il ne prend pas en compte la volition du patient, ni la notion d'activités significatives. D'après celle-ci, le MCREO est plus adapté et enclave toutes les informations, tout comme le MOH, qui lui, utilise plus des termes ergothérapeutiques.

Pour les deux ergothérapeutes, il est important de connaître l'environnement social du patient. Il pourra, par la suite, adapter au mieux la PES et proposer au patient un mode de vie qui se rapprocherait le plus du sien et dans lequel il se sent bien. Pour compléter les différentes catégories, on va chercher à savoir si le patient est marié, s'il a des enfants, quel entourage a le patient, son métier et depuis combien de temps il exerce, mais aussi ses ressentis face à toutes les épreuves qu'il a pu traverser et cumuler.

Cependant, d'après l'un des ergothérapeutes, le côté psychique n'est pas pris en compte. Cela ne permet pas de faire le lien avec le traumatisme et d'avoir connaissance de tout ce que ça peut engendrer.

L'armée est un milieu complexe, la prise de parole sur la souffrance psychique reste délicate, malgré une progression non-négligeable. En plus de cela, les

militaires n'ont pas pour habitude de parler d'eux, ni de se plaindre, ce qui rend la PES difficile. Toutes les PES sont différentes, ce qui ne facilite pas l'organisation de la PES des militaires atteints d'ESPT. C'est pourquoi, il est important de partir des habitudes de vie et des motivations du patient pour mener à une reconstruction psychique.

Dans le PPH 2, d'après l'une des ergothérapeutes, il prend en compte la reconstruction physique mais pas psychique.

Le psychologue va suivre le patient au niveau psychologique concernant son histoire de vie. Un lien pourra donc être fait entre les deux professionnels pour comprendre plus facilement le patient.

Selon l'autre ergothérapeute, ce modèle va permettre au patient de pouvoir évoluer dans sa PES. L'hospitalisation permet de travailler les facteurs personnels, car le patient vit temporairement sur place, mais également travailler l'insécurité, les tensions et les relations avec les autres, étant dans une enceinte médicale.

Dans l'un des HIA que j'ai contacté, un groupe pour les aidants qui est un groupe de discussion a été mis en place.

Question 5 : Sur quels éléments fondez-vous vos propositions de mises en situations écologiques ?

Concernant les deux ergothérapeutes interrogés, ils rencontrent tous deux des difficultés pour réaliser des MES écologiques. Les biais qui peuvent être rencontrés sont le fait que les patients viennent de loin et donc les VAD ne peuvent être effectués ou encore pour ceux qui vivent en campagne, il y a peu d'activités à exécuter.

L'un des ergothérapeutes ne réalise que très peu de MES écologiques. Il va plutôt organiser des sorties thérapeutiques, mais dans un but de loisirs qui pourra apporter du plaisir au patient. Les sorties pourront être faites en extérieurs avec ou sans transport en commun. Le fait d'effectuer ces activités dans un cadre médical et en groupe, rassure les patients. Cela va leur redonner de l'espoir et de la motivation en pouvant visualiser les évolutions. Ces activités pourront aussi permettre au patient de lutter contre le sentiment d'insécurité et l'état d'hypervigilance qu'ils peuvent ressentir. Lors des sorties en famille, afin de contrer ses ressentis, il est nécessaire pour le patient que tout soit prévu et organisé. C'est pourquoi d'après l'un des ergothérapeutes, les éléments de vie de la personne et son environnement sont à

prendre en compte. Ils vont permettre d'adapter les MES et de travailler ce qui doit l'être pour pouvoir effectuer ses activités sans le cadre médical.

Pour l'un des ergothérapeutes, on va devoir se baser sur l'importance de l'activité pour le patient, que ça soit une activité significative. Cela permettra à l'ergothérapeute d'utiliser un médiateur. Ceci favorisera la participation et par la suite d'autres participants pourront être introduit à l'activité.

L'un des ergothérapeutes utilise la cuisine thérapeutique et bénéficie d'un appartement, mais pas thérapeutique, qui leur ai prêté pour les MES.

Question 6 : Quelles mises en situation écologiques pourriez-vous proposer pour aider les patients dans leur réinsertion sociale et lesquelles avez-vous déjà mis en place ?

Pour aider les patients dans leur réinsertion sociale, les ergothérapeutes vont proposer des MES écologiques. Ils peuvent également réaliser des VAD quand elles s'avèrent possibles afin d'explorer l'environnement personnel du patient. Elles pourront mener à un travail qui devra être réalisé avec l'entourage par la suite, si besoin.

En revanche, pour l'un des ergothérapeutes, il est difficile de prendre en soin les patients isolés, car sans VAD, il n'est pas possible d'accéder à leur environnement. Il faudra donc se baser sur les dires du patient. Les soins ambulatoires permettent d'accompagner le patient hors de son domicile et de reprendre du contact avec l'environnement extérieur. L'hôpital devient pour eux une sorte de sanctuaire qui leur permet de ne plus être sur la défensive, plus en insécurité et en hypervigilance. Les séances en ambulatoires vont se dérouler en groupe ou en individuel. En groupe, chacun fait son activité (art-thérapie, des jeux ou différentes activités) mais cela favorise les échanges et la communication. Cela va aussi permettre de connaître et de discuter des difficultés. Les activités en intérieur ou dans un environnement connu du patient vont permettre au début de la PES de travailler sur les sons et les bruits. Le fait d'être dans un environnement connu et calme va les rassurer.

Pour l'un des ergothérapeutes, les sorties extérieures, en individuel ou en groupe sont complexes dû au sous-effectif actuel dans la structure.

Les sorties extérieures sont effectuées avec le même groupe et 2 intervenants, cela permet de rassurer les patients et de créer un lien entre eux au sein du groupe et

avec les intervenants. Ce lien se créera petit à petit. Les patients se sentiront, par la suite, plus à l'aise pour se livrer. Pour les sorties, les patients peuvent aller faire les courses en utilisant les transports en communs ou non ou encore effectuer des sorties sportives. Des activités psychiques peuvent aussi être réalisées.

Question 7: Avez-vous des informations supplémentaires que vous souhaiteriez me transmettre ?

L'un des ergothérapeutes n'avait pas d'informations supplémentaires à me communiquer.

L'autre ergothérapeute a souhaité rajouter qu'au sein de sa structure, ils travaillaient avec une mairie. Cette coopération a vu le jour dans le but d'ajuster certains lieux publics pour favoriser les sorties extérieures des militaires. Ils ont également pour projet la création d'un appartement thérapeutique dans le service et la création d'un jardin thérapeutique dans l'enceinte de l'hôpital.

9 Discussion

9.1 Discussion de la méthode

9.1.1 Points forts de la méthode

Durant ce travail de recherche, la méthode qualitative a été employée ainsi que l'utilisation d'entretiens semi-directifs. Celle-ci me semblait la plus adaptée, car les données de la littérature que j'ai pu recueillir ne rassemblaient pas tous les éléments de la recherche. La méthode de recherche quantitative ne pouvait donc être pertinente pour celle-ci. La méthode qualitative a également permis l'utilisation d'entretien semi-directif où l'utilisation d'enregistrement audio avec les téléphones a facilité la retranscription.

Concernant la qualité des entretiens, les ergothérapeutes ne se sont pas contentés de répondre aux questions, mais ont aussi rajouté des informations complémentaires. Ils n'ont pas valorisé leurs réponses face à l'interlocuteur pour donner un aspect positif et ils ont également apporté un regard critique. Le biais de désirabilité sociale n'a donc pas été rencontré.

En revanche, l'effet de halo est intervenu à plusieurs reprises lors des entretiens. Cependant, lorsque l'on passait à la question suivante, cela permettait aux ergothérapeutes de reprendre la question ainsi que leurs réponses afin de

compléter leurs réponses précédentes.

En effet, les échanges ont été fluides, car les ergothérapeutes n'ont pas paru mal à l'aise et ne se sont pas senti limité pour répondre aux questions malgré les sujets que cela pouvait concerner. Il ne faut pas oublier que dans le milieu militaire, grand nombre de sujet sont encore des sujets dits « tabous ».

Il faut également prendre en compte la situation de certaines structures, ce qui peut affecter certaines réponses, ou encore les conditions d'entretien. Il ne faut pas omettre aussi l'état de santé des ergothérapeutes au moment de l'entretien qui peut apparaître comme un biais pour l'entretien.

9.1.2 Critiques et limites de l'étude

Dans un premier temps, il a été difficile de trouver des ergothérapeutes qui remplissaient mes critères d'inclusion. Il y a très peu d'ergothérapeutes dans le milieu militaire en France, mais encore moins dans les services de psychiatrie. C'est pourquoi, je n'ai pu réaliser que deux entretiens, car le troisième ergothérapeute n'a pas honoré son rendez-vous et je n'ai eu aucun retour.

J'ai eu des réponses négatives également par manque de temps de la part des ergothérapeutes. Des refus me sont aussi parvenus et pour cause, certains étudiants n'ont pas honoré les conditions pour lesquelles l'ergothérapeute a pu prendre du temps pour répondre aux entretiens. Certains ergothérapeutes n'ont donc pas voulu prendre du temps pour d'autres étudiants à cause des mauvaises expériences vécues.

Dans un second temps, la programmation a été assez complexe dû aux réunions imprévues qui se sont rajoutées au dernier moment. Des rendez-vous ont donc dû être décalés. Cela a parfois été difficile, car je devais aussi prendre en compte les prises en soin que je réalisais en parallèle, étant en stage à ce moment-là.

Et enfin, il faut aussi prendre en compte le fait que dans certains HIA, il n'y ait plus d'ergothérapeutes en psychiatrie, car certains sont sur le point de fermés ou d'être racheté. Il y a certains HIA que je n'ai jamais réussi à joindre.

Lors des entretiens, l'environnement n'était pas toujours propice de mon côté et de celui de mon interlocuteur. Des bruits pouvaient parfois déranger

l'enregistrement, c'est pourquoi certaines retranscriptions ne sont pas possibles. Et de son côté comme du mien, nous avons été dérangés par des gens qui rentraient dans les pièces ou encore par des collègues ou des patients qui sollicitaient les ergothérapeutes.

De plus, un des ergothérapeutes rencontrait parfois, des difficultés pour développer certaines de ses réponses. J'ai donc pu utiliser certaines de mes questions de relance pour recueillir plus d'informations. Certaines des questions ont amené l'ergothérapeute interrogé à répondre en même temps à la question posée, mais aussi à la question suivante. Mes questions devaient donc être trop ouvertes et pas assez précises.

Cependant, j'aurai dû m'y prendre plus tôt pour avoir plus de flexibilité concernant les rendez-vous pour les entretiens. J'étais moi-même en stage et eux avaient des rendez-vous, ce sont donc des contraintes supplémentaires qui auraient pu être évitées.

9.2 Mise en relation de l'outil de recherche avec le cadre théorique

Dans cette partie, je vais pouvoir mettre en relation les données de la littérature recueillies et qui compose mon cadre théorique et pratique avec les données provenant de l'analyse de mes entretiens.

Tout d'abord, les ergothérapeutes interrogés utilisent plusieurs outils pour recueillir les données des patients. Les réunions, les dossiers des patients déjà existant et ensuite les entretiens formels et informels permettent aussi de recueillir des informations.

Lors des entretiens formels qui se déroulent au début de la PES, ils vont questionner le patient sur sa personne, son quotidien, ses habitudes de vie et son environnement. Ces catégories-là sont d'ailleurs celles qui composent le PPH 2.

Les ergothérapeutes relèvent bien cette difficulté de communication et d'expression que peuvent rencontrer les militaires. D'une part, par le côté « tabou » que représente le milieu militaire. D'une autre part, par le fait que les militaires ne sont pas des personnes qui parlent de leurs difficultés, de leurs problèmes et de leurs sentiments. C'est dans la nature militaire, car la souffrance psychique n'est pas

encore un sujet dont on peut parler facilement et ouvertement. Elle n'est pas toujours reconnue malgré une évolution conséquente. Il y a des années de cela, les militaires souffrant d'ESPT n'étaient pas reconnu comme handicapé, car ce n'était pas une maladie reconnue. Alors qu'aujourd'hui, l'ESPT est entré dans le DSM V. (16) De ce fait, l'ergothérapeute en psychiatrie, dans le milieu militaire, va devoir utiliser une certaine posture. Celle-ci permettra au patient militaire d'être en confiance et rassuré pour se confier sur ses difficultés et demander de l'aide si besoin.

Dans la réinsertion sociale, les ergothérapeutes vont tout à fait avoir un rôle à jouer. Ils vont pouvoir mettre en place des MES, ce qui va permettre au patient de retrouver une vie sociale et externe à l'hôpital. Pour eux, l'hôpital est un milieu sécurisé où ils peuvent diminuer leur niveau d'hypervigilance et d'insécurité, certains parlent même d'un sanctuaire. Le but est que le patient retrouve son autonomie et son indépendance dans toutes ses activités de vie quotidienne. L'ergothérapeute va pouvoir utiliser toutes les MES jugées nécessaires pour son retour à une vie se rapprochant le plus possible de celle qu'il avait avant.

Afin de recueillir les données nécessaires à la mise en place d'un plan de traitement, les ergothérapeutes vont utiliser les entretiens standardisés ou non selon les structures, mais plus typé ergothérapie.

Ils vont permettre de se faire une idée sur les difficultés que le patient rencontre ou peut rencontrer. Ainsi, un plan de traitement peut être conçu et il sera possible de prévoir la mise en place d'aides techniques ou d'aménagement au domicile.

Les entretiens informels qui seront réalisés tout au long de la PES vont, quant à eux, permettre de créer un lien entre le patient et l'ergothérapeute. Par la suite, le patient pourra se livrer plus facilement et pourra être aidé le mieux possible.

Tous ces entretiens vont être orientés sur les activités de vie quotidienne du patient.

Les questions vont quant à elle, être tournées sur l'environnement, la personne et les habitudes de vie.

Au départ, on peut utiliser le dossier du patient ou les prescriptions médicales pour connaître les antécédents et les données propres à la personne pour ainsi constituer les facteurs personnels. Ils sont eux même divisés en trois sous-catégories

qui permettent de classer et de séparer les facteurs identitaires, les systèmes organiques et les aptitudes de la personne.

Pour ce qui est des facteurs environnementaux, cela va nous permettre de différencier les facteurs sociétal, personnel et communautaire les uns des autres. Cela va contribuer à une meilleure compréhension des facteurs environnementaux, de ce qui entoure le patient et de ce dont son environnement est constitué.

Cette connaissance pourra également permettre à l'ergothérapeute de mieux comprendre les activités de vie quotidienne du patient et certains de ces comportements, tout comme les facteurs personnels vus précédemment.

Viennent donc ensuite les habitudes de vie qui sont aussi décomposées en deux sous-catégories avec les activités courants et les rôles sociaux. Cette catégorie va nous permettre de mieux connaître la place du patient dans la société, mais également de mieux le connaître lui-même en ayant connaissance de ses loisirs et de ce qui lui plaît.

Tout ceci va permettre à l'ergothérapeute d'introduire la notion d'activités signifiantes pour le patient et significatives pour l'ergothérapeute. Elles vont permettre de préparer au mieux le patient à sa réinsertion sociale, en la travaillant par des MES en milieu médical dans un premier temps et ensuite dans un environnement public.

Le principe du PPH 2 est de mettre en lien toutes les données pour ensuite en montrer les interactions que cela peut engendrer.

En remplissant avec toutes ses données recueillies le PPH 2, un lien pourra donc être fait et il sera plus facile d'en ressortir les facilitateurs. Ils pourront aider l'ergothérapeute et le patient dans la réinsertion sociale de ce dernier. Il faudra également prendre en compte les facteurs de protection, de risque ainsi que les obstacles qui pourront entraver la réinsertion du patient.

Cependant, il existe d'autres modèles conceptuels qui pourraient être utilisés dans la réinsertion sociale des patients militaires souffrant d'ESPT. Il est vrai que dans le PPH 2, le côté volition, motivation du patient n'intervient pas directement. Cependant, il peut être sous-entendu en prenant en compte les activités courantes du patient. Mais cette motivation manque dans le suivi du patient tout au long de la PES avec l'utilisation de ce modèle.

En utilisant le MCREO, cela permettrait à l'ergothérapeute de placer la personne en premier plan tout en prenant en compte l'occupation qui serait ici, tournée vers la réinsertion sociale. Cette même occupation est délimitée par la personne, mais également par son environnement. Le MCREO n'est jamais statique, car il y a toujours une interaction qui se fait entre chacun des éléments. De ce fait, elle change et évolue sans arrêt. L'utilisation de ce modèle faciliterait donc le suivi du patient par l'ergothérapeute ainsi que le réajustement du plan de traitement si besoin. La personne perçoit elle-même son rendement occupationnel, ce qui lui permet de prendre conscience d'où se trouve ses difficultés, mais aussi de ses atouts. (39)

Quant au MOH, il va permettre à l'ergothérapeute d'étudier les interactions entre la personne, les motivations de celle-ci, ses habitudes de vie, ses capacités et ce qui compose son environnement. Il va donc pouvoir établir un plan de traitement plus adapté pour le patient grâce à toutes les données recueillies. L'engagement de la personne et sa motivation vont être au cœur des activités choisies par l'ergothérapeute. Comme le MCREO, cette volition va aussi permettre au patient de prendre conscience de ses capacités et incapacités. Celui-ci est intéressant, car grâce à la volition du patient, ses habitudes de vie et ses capacités, l'ergothérapeute sera plus à même de comprendre son engagement suivant ses choix d'activités. Il pourra donc mieux le conseiller et le guider dans sa réinsertion.

Et enfin, le MOHOST quant à lui, va être basé sur le MOH. Il va donc reprendre les mêmes catégories.

Cependant, le MOHOST est un outil d'évaluation qui va évaluer la participation occupationnelle en prenant en compte ses capacités et ses incapacités. Pour rappel, un modèle conceptuel est « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre ma théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique ». (36) Le MOHOST est donc plus perçu comme un complément d'un modèle conceptuel. Il va permettre de regrouper les données sur la motivation du patient, ses habitudes, ses rôles, ses habiletés et son environnement pour les analyser concernant sa participation occupationnelle. (40) (41)

Chaque modèle est différent et tous apportent des données supplémentaires. Il serait donc intéressant d'avoir un modèle qui regroupe les données du PPH 2, du MCREO, du MOH et du MOHOST.

9.3 Réponse à la question de recherche et aux hypothèses

Pour rappel, ma question de recherche était :

En quoi l'utilisation du modèle conceptuel PPH 2 peut soutenir la démarche de réinsertion sociale des militaires souffrant d'ESPT en ergothérapie ?

En réponse à ce questionnement, j'ai établi les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : L'utilisation du PPH 2 permettrait d'appréhender la personne dans sa globalité.

Hypothèse 2 : L'utilisation du PPH 2 va permettre de cibler les activités, à la fois significatives pour le patient et signifiantes, pour soutenir sa réinsertion sociale.

Hypothèse 3 : Les données recueillies au travers du PPH 2 vont permettre de proposer des mises en situation écologique adaptées au besoin du patient.

À la suite de la discussion précédente et n'ayant pu réaliser que deux entretiens car je n'ai pas eu assez d'interlocuteurs pour la méthode utilisée, nous ne pouvons pas valider les hypothèses.

Cependant, nous pouvons admettre que les hypothèses semblent être validées.

L'utilisation du PPH 2 peut donc permettre d'appréhender la personne dans sa globalité. Pour la PES, il est primordial de prendre en compte ce qui fait de la personne ce qu'elle est. Il sera donc important de recueillir un maximum d'informations, pour ensuite, les classer dans différentes catégories et permettre une analyse complète de la personne.

Cette analyse va donc nous amener à la mise en place du plan de traitement. Dans celui-ci, nous allons pouvoir choisir les activités significatives et signifiantes les plus adaptées pour le patient. Cela va donc faciliter le choix des MES, pour ainsi, pouvoir déboucher sur la réinsertion sociale de celui-ci. Ma deuxième et ma troisième hypothèse semblent donc être validées également.

9.4 Perspectives

Grâce à ce travail de recherche, j'ai pu mener une réflexion sur un sujet qui m'intéressait et que j'ai choisi de développer pour avoir de meilleures connaissances sur le sujet. J'ai pu approfondir ma connaissance sur le milieu militaire et sur ce qu'est l'ESPT. J'ai également pu découvrir ce qu'est la méthode EMDR. Cette recherche m'a également permis de démontrer et de prendre conscience de l'intérêt et de l'importance du rôle de l'ergothérapeute dans la réinsertion sociale des militaires souffrant d'ESPT. Cette initiation à la recherche met en évidence différents points qu'il serait intéressant d'étudier afin de trouver un moyen plus efficace pour les ergothérapeutes d'aider et de guider les patients dans leur réinsertion sociale.

Tout d'abord, selon E2 le modèle conceptuel le PPH 2 n'est pas un modèle conceptuel ergothérapeutique. Cependant, il a comme atout le fait d'utiliser un vocabulaire universel, ce qui facilite la communication entre tous les professionnels de santé. Une recherche plus approfondie du PPH 2 serait donc intéressante afin de prouver son efficacité en ergothérapie et dans quel milieu, il serait le plus approprié de l'utiliser ou non.

Ensuite, E2 a mentionné le fait qu'elle, elle utilisait le MCREO et qu'elle avait le souhait de mettre en place dans son HIA, le MOH et le MOHOST. Elle travaille actuellement sur la confection d'un entretien « standardisé » qui reprendrait plusieurs des items de chacun des modèles cités précédemment. Cela lui permettrait de pouvoir recueillir toutes les informations nécessaires à la PES des militaires souffrant d'ESPT. Le fait que cet entretien puisse être standardisé permettrait d'avoir dans tous les HIA, une seule et même méthode pour recueillir les informations. Toutes les données pourraient ainsi être recueillies et tous les HIA auraient les mêmes.

Enfin, les deux ergothérapeutes ont souligné les difficultés de réaliser des MES écologique. Cela peut être dû au contexte et à la situation de la structure si elle doit fermer ou autre, ou encore s'ils sont en sous-effectif. Le fait que ça soit des militaires et que parfois il est difficile de prévoir les réactions de chacun des patients en milieu civil peut aussi être une difficulté rencontrée par les ergothérapeutes. Cependant, sortir avec les militaires à l'extérieur de l'hôpital, peut-être difficile à supporter pour eux car ils vont se sentir en insécurité et donc être en hypervigilance

tout le long de la MES, ce qui ne s'évèrera pas bénéfique.

En effet, l'ergothérapeute s'est toujours faire preuve d'adaptation, il pourra donc adapter ses MES, mais les moyens peuvent parfois être limités dans les structures.

9.5 Apports professionnels et personnels

Le but de cette recherche aura été de faciliter la PES des patients militaires pour les ergothérapeutes dans la réinsertion sociale des militaires et de la « standardiser » pour utiliser la même méthode et les mêmes outils dans tous les HIA.

Plus tard, mon but étant de travailler dans un HIA avec les militaires, j'aimerais pouvoir utiliser cet outil pour aider les patients dans leur réinsertion. Je pourrais ajuster par la suite et si besoin, le modèle conceptuel utilisé et poursuivre mes recherches faites dans ce mémoire.

Grâce à ce travail d'initiation à la démarche de recherche, j'ai pu expérimenter l'utilisation des données présentes dans les publications scientifiques et/ou professionnelles. J'ai donc pu approfondir mes connaissances sur certains sujets, mais aussi en découvrir d'autres. Cela m'a également permis de consolider mes acquis sur la connaissance du milieu militaire et sera bénéfique pour ma future pratique professionnelle.

Cette recherche m'aura également permis de m'initier à la réalisation d'entretien pour ma future vie professionnelle. J'ai pu apprendre à m'organiser et prendre en compte tout ce qui était nécessaire à la planification d'entretien. J'ai apprécié de réaliser ces entretiens qui ont été enrichissants pour moi et qui m'ont permis de dialoguer avec d'autres ergothérapeutes sur un sujet qui nous intéressait respectivement. Ce mémoire m'a également permis d'élargir mon carnet d'adresses avec les coordonnées de plusieurs ergothérapeutes.

Cependant, ces entretiens m'ont permis de me questionner sur les données importantes à recueillir auprès du patient pour sa réinsertion. C'est pourquoi, une comparaison entre différents modèles conceptuels comme le PPH 2, le MCREO, le

MOH et le MOHOST serait intéressante. Elle permettrait de faire ressortir les atouts et les inconvénients de chacun pour les utiliser dans un objectif de réinsertion pour le patient. Donc au final, est-ce qu'avec un seul modèle, nous pouvons recueillir toutes les données nécessaires à la réinsertion d'un militaire souffrant d'ESPT ?

10 Conclusion

La réinsertion des militaires souffrant d'ESPT reste toujours complexe. Les ergothérapeutes jouent un rôle important dans leur réinsertion avec l'utilisation de MES écologiques qui leur permettent de pouvoir appréhender le monde extérieur, mais dans un cadre médical au départ. La réinsertion des militaires souffrant d'ESPT est un sujet d'actualité et n'est pas prêt de disparaître, car il y a toujours des militaires en OPEX qui peuvent revenir avec des ESPT et ainsi nécessiter une réinsertion sociale.

Cependant, l'approche reste particulière et demande certaines connaissances concernant le milieu militaire. Lorsqu'on débute dans ce milieu, il pourrait être intéressant d'avoir un entretien standardisé qui nous permettrait d'être guidé dans nos démarches et d'avoir un entretien universel pour tous les HIA. C'est pourquoi l'utilisation d'un modèle qui regrouperait plusieurs modèles conceptuels pourrait faciliter la prise en soins des militaires souffrant d'ESPT et ainsi mieux les comprendre. Cela pourrait nous aider dans leur réinsertion en leur trouvant ce qui est le mieux adapté pour eux.

Ce syndrome étant causé par un événement traumatisant, il va engendrer des répercussions sur la vie du patient. Son quotidien et sa vie sociale vont en être affectés, ce qui va limiter sa participation. Il sera donc difficile pour lui de se réinsérer seul dans le milieu social, il va avoir tendance à plutôt s'isoler et à se couper du monde.

Ainsi, la réinsertion des militaires peut faire apparaître de nombreuses difficultés. Certains peuvent revenir en vie physiquement de leur OPEX, mais pour autant avoir des lourdes séquelles sur le plan psychique.

L'utilisation d'un modèle nous permettrait de mieux analyser la situation et la personne dans sa globalité afin de lui conseiller ce qui lui conviendrait le mieux. Cela pourrait faciliter la hiérarchisation des informations recueillies du patient par l'ergothérapeute. Ainsi, cela lui permettrait de mener à bien la prise en soins des patients et donc amener à une réinsertion sociale.

En revanche, un modèle conceptuel ne semble pas permettre de recueillir toutes les informations nécessaires. C'est pourquoi, approfondir la recherche concernant la comparaison de différents modèles conceptuels pourraient mener à un modèle qui pourrait correspondre à ces patients.

11 Bibliographie

1. Inoue C, Shawler E, Jordan CH, Jackson CA. Veteran and Military Mental Health Issues. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572092/>
2. Etats d'armes : Guerriers en démocratie [Internet]. mini-sites CUEJ Strasbourg. [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <http://cuej.info/mini-sites/guerriers/http://prod-cuej.u-strasbg.fr/mini-sites/guerriers/>
3. Opex: un sas de fin de mission de nouveau installé sur le territoire national [Internet]. [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: <http://lignesdedefense.blogs.ouest-france.fr/archive/2021/03/21/sas-de-fin-de-mission-tn-pour-8-mois-21983.html>
4. TEMOIGNAGES : Aimer de loin, le quotidien des femmes de militaires [Internet]. [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.asafrance.fr/item/temoignages-aimer-de-loin-le-quotidien-des-femmes-de-militaires.html>
5. Dossier ESPT - Tout savoir sur l'ESPT | Ministère des Armées [Internet]. 2022 [cité 30 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.defense.gouv.fr/sante/nos-missions/dossier-traumatismes-psychoiques/dossier-espt-savoir-lespt>
6. Hernandez H. L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt.* 1 déc 2010;30(4):194-7.
7. Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie | Cairn.info [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-contraste-2017-1-page-17.htm>
8. Thérapie du bien-être, un travail naturel sur soi pour aller bien durablement [Internet]. Académie de Pleine Présence. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.academie-pleine-presence.com/therapie-du-bien-etre/>
9. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. *Obésité.* mars 2009;4(1):39-43.
10. Rocamora-Montenegro M, Compañ-Gabucio LM, Garcia de la Hera M. Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: a scoping review. *BMJ Open.* 29 oct 2021;11(10):e047467.
11. Mocellin G. Occupational therapy and psychiatry. *Int J Soc Psychiatry.* 1979;25(1):29-37.
12. Ergothérapie en psychiatrie [Internet]. calameo.com. [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/books/0000158561bc73dc04b82>
13. Erickson MW. The role of occupational therapy in warrior transition units. *US Army Med Dep J.* 1 janv 2008;21-5.
14. Gouvernement du Canada C canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Santé mentale - Écoute active : Réponses SST [Internet]. 2018 [cité 27 janv 2023]. Disponible sur: https://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/mentalhealth_activelistening.html
15. La thérapie EMDR [Internet]. Association EMDR France. [cité 27 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.emdr-france.org/lemdr-cest-quoi/la-therapie-emdr/>
16. DSM_5_Trouble_stress_post-traumatiques.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2023]. Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/DSM_5_Trouble_stress_post-

traumatiques.pdf

17. Canada AC. État de stress post-traumatique - Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension - Anciens Combattants Canada [Internet]. 2019 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/ptsd>
18. Canada AC. L'État de stress post-traumatique (ESPT) et le stress lié à la guerre - Anciens Combattants Canada [Internet]. 2019 [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health/ptsd-warstress>
19. Vallet D, Arvers P. Etude exploratoire sur l'état de stress post-traumatique. :8.
20. PTSD - FS.pdf [Internet]. [cité 30 sept 2022]. Disponible sur: <https://caot.ca/document/4113/PTSD%20-%20FS.pdf>
21. Rousseau P. Etude des mécanismes d'actions neurobiologiques de la thérapie EMDR dans le trouble de stress post-traumatique. In 2018 [cité 27 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Etude-des-m%C3%A9canismes-d%27actions-neurobiologiques-de-Rousseau/a6f23372d3d3b0ab599d9ed5f38cc957ec64222d>
22. Hygiene GM&. Le trauma imprime la mémoire par un chemin singulier [Internet]. Le trauma imprime la mémoire par un chemin singulier - Planete sante. [cité 27 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.planetesante.ch/Magazine/Personnes-agees/Memoire/Le-trauma-imprime-la-memoire-par-un-chemin-singulier>
23. Universalis E. EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 27 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/emdr/>
24. Novo Navarro P, Landin-Romero R, Guardiola-Wanden-Berghe R, Moreno-Alcázar A, Valiente-Gómez A, Lupo W, et al. 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018;11(2):101-14.
25. Albright DL, Thyer B. Does EMDR reduce post-traumatic stress disorder symptomatology in combat veterans? *Behav Interv.* 2010;25(1):1-19.
26. O'Brien LS, Hughes SJ. Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder in Falklands Veterans Five Years After the Conflict. *Br J Psychiatry.* juill 1991;159(1):135-41.
27. État de stress aigu - Troubles mentaux [Internet]. Manuels MSD pour le grand public. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/%C3%A9tat-de-stress-aigu-esa>
28. Etude Exploratoire sur l'Etat de Stress Post-Traumatique dans Deux Unites Operationnelles de l'Armee de Terre (Exploratory Study of the Condition of Post-Traumatic Stress Disorder from Two Operational Units of Ground Forces) [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://apps.dtic.mil/sti/citations/ADA472827>
29. La réinsertion socio-professionnelle - INAMI [Internet]. [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/reinsertion/Pages/default.aspx>

30. Auge A. Rejoindre les rangs après la blessure. La réinsertion en milieu militaire du soldat blessé, une expérience sociale singulière. *Socio-Logos Rev Assoc Fr Sociol* [Internet]. 24 févr 2014 [cité 2 oct 2022];(9). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/socio-logos/2917>
31. La réinsertion: entre obstacles sociaux et problèmes personnels (20: 10/2003). :3.
32. Meyer S. De l'activité à la participation. *De Boeck Supérieur*; 2013. 291 p.
33. Manou KB, Akadje AD, Brou KA, Kouakou KJ, Yao K, Seri S, et al. État de la réinsertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap : le cas de militaires blessés en République de Côte d'Ivoire de 2012 à 2016. *Kinésithérapie Rev*. 1 août 2021;21(236):30-5.
34. Precin P. Return to work after 9/11. *Work Read Mass*. 2011;38(1):3-11.
35. Warren S. Le retour de l'ergothérapie dans la réinsertion professionnelle en Angleterre : un modèle possible en France ? *Ergothérapies*. 22 août 2019;74:41.
36. Morel-Bracq MC. Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux. *De Boeck Supérieur*; 2009. 176 p.
37. handicap R international sur le P de production du. Le modèle [Internet]. *RIPPH*. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>
38. Smith-Forbes EV, Quick CD, Brown KM. Roles of Occupational Therapists in Theater, Past and Present. *US Army Med Dep J*. sept 2016;(2-16):66-70.
39. Modèles en ergothérapie Modèles en ergo Modèles en ergothérapie [Internet]. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.ergopsy.com/modeles-en-ergotherapie-a358.html>
40. Les modèles conceptuels en ergothérapie [Internet]. *De Boeck Supérieur*. 2023 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782353273775-les-modeles-conceptuels-en-ergotherapie>
41. MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle [Internet]. *ANFE*. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://anfe.fr/product/mohost-outil-devaluation-de-la-participation-occupationnelle-2/>

12 Annexe

Annexe 1 : Mail type envoyé aux ergothérapeutes pour la demande d'entretien.....I

Annexe 2 : Tram d'entretien.....II

Annexe 3 : Formulaire de consentement à l'enregistrement audio et à l'utilisation des données.....III

Annexe 4 : Analyse longitudinale.....IV

Annexe 5 : Analyse transversale.....XVI

Annexe 1 : Mail type envoyé aux ergothérapeutes pour la demande d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle AMIOT Annabelle et je suis actuellement en 3ème année d'ergothérapie à Nevers.

Je me permets de vous envoyer ce mail car dans le cadre de ma dernière année d'étude, je fais mon mémoire sur la réinsertion des militaires atteints d'ESPT.

J'aimerais donc vous faire passer un entretien qui durerait 15 à 20 minutes afin de pouvoir l'exploiter par la suite dans le cadre de mon mémoire car votre avis m'intéresse et me permettrait de faire avancer mes recherches.

Je vous laisse donc mes coordonnées :

Adresse mail : annabelle.amt@hotmail.com

Numéro de téléphone : 0699176451, si vous souhaitez me contacter par téléphone, n'hésitez pas à me laisser un message je vous rappellerai dès que possible car je suis actuellement en stage.

Je reste à votre disposition pour toutes autres demandes.

Cordialement

AMIOT Annabelle

Annexe 2 : Tram d'entretien

Tram d'entretien

Question 1 :

Pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel et de votre rôle dans votre structure ?

Question 2 :

Selon vous, quelles sont les données à recueillir pour établir une prise en soin ?

Question 3 :

Quels outils utilisez-vous pour recueillir ses données et de quelle manière ?

Question 4 :

Que pensez-vous de la pertinence de l'utilisation du modèle conceptuel PPH 2 pour vos prises en soin ?

Question 5 :

Sur quels éléments fondez-vous vos propositions de mises en situations écologiques ?

Question 6 :

Quelles mises en situation écologiques pourriez-vous proposer pour aider les patients dans leur réinsertion sociale et lesquelles avez-vous déjà mise en place ?

Question 7 :

Avez-vous des informations supplémentaires que vous souhaiteriez me transmettre ?

Annexe 3 : Formulaire de consentement à l'enregistrement audio et à l'utilisation des données

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ENREGISTREMENT AUDIO ET L'UTILISATION DE DONNEES

A l'intention des ergothérapeutes

Le présent formulaire doit être signé par toute personne qui consent à faire l'objet d'un enregistrement audio et qui donne des informations qui seront ensuite utilisées dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche de fin d'étude.

Date de l'entretien :

Je soussigné(e),, consens à ce que mes enregistrements audios fassent l'objet d'une recherche de fin d'étude et qu'ils soient utilisés dans le cadre d'un mémoire de recherche.

Il est entendu que la retranscription de l'enregistrement audio pourra être utilisée par AMIOT Annabelle, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à Nevers à des fins pédagogiques et sera présenté aux jurys pour l'examen de fin d'étude, conformément aux directives.

Je consens à l'utilisation de mes données biographiques en respectant l'anonymat pour l'analyse des données.

NOM DE L'ETUDIANT QUI FAIT PASSER L'ENTRETIEN : AMIOT Annabelle

TELEPHONE : 06 99 17 64 51

DATE :

SIGNATURE :

Annexe 4 : Analyse longitudinale

Question 2 : Selon vous, quelles sont les données à recueillir pour établir une prise en soin ?

Interlocuteurs	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2
Corpus	<p>Euhhhh, bah le plus possible. Euhh alors nouuuusss, onnnnn, enfin l'avantage c'est que nous on travaille en équipe. Donc, enfaite, y a déjà l'entretien médical où le médecin va présenter le patient, après en réunion avec tous les détails et après l'équipe infirmier euhhhh le rencontre aussi, complète. Euhhh ce qui fait qu'on a déjà une bonne euhhh visibilité sur le dossier du patient, sur les troubles et sur ses, on va dire sur ssss, sur son quotidien, sur sa voilà. Donc bah c'est tout ce qui va concerner euhhhh son en... fin son environnement et euhhh et les troubles par rapport à l'environnement. Voilà pour résumer, je sais pas si c'estttt, c'est un peu court peut être mais euhh, voilà après on peut détailler, mais on détaille au fur et à mesure parce ça dépend de la capacité du patient à formuler ce qui va pas.</p>	<p>Hummm, alors moi je fais un entretien ergo donc pour établir la prise en soins. Généralement je rencontre la personne, ce qui établit déjà un premier, un premier contact où je vais lui donner un rendez-vous et dans un second temps lors de l'entretien de rencontre, je vais lui présenter les différences de lieux, lui présenter l'ergothérapie. Et après ennnn information que je vais prendre pour lui, je vais prendre euhh bah enfaite euhh son environnement social, son environnement physique, les activités qu'il fait euhhhh, des activités de vie quotidienne, les activités de loisirs, les activités sociales, des activités professionnelles, euhh est-ce qu'il en étude ou pas en étude, le sommeil et euh je vais le questionner aussi lui sur quels sont ses objectifs et euhhh à partir de ça on va établir en fait euhhhh en fonction de sa pathologie, de ses demandes, euhhh de ce que moi je peux percevoir dans l'entretien et euhhh des objectifs et euhhh derrière ça en accompagnement dans la prise en charge dans la prise en soin.</p> <p>Euhhhh on accueil, on recueille les données voilà ça et on est en train de créer unnnn entretien euhh standardisé avec ma collègue de **** autour de la qualité de vie et euhhh je suis en train de voir avec les médecins pour introduire aussi différents vous voyez bilan d'autonomie. En fait euhhhh pour améliorer euhh on va dire des données euh plutôt standardisées mais c'est pas un recueil de do... d'informations ça va être plutôt une mise en place de bilans.</p>
Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Le plus possible. - Travaille en équipe. - L'entretien médical → médecin va présenter le patient - Réunion avec tous les détails - L'équipe infirmier complète - Bonne visibilité sur le dossier du patient, sur les troubles et sur son quotidien - Tout ce qui va concerner son environnement et les troubles par rapport à l'environnement - On détaille au fur et à mesure parce ça dépend de la capacité du patient à formuler ce qui va pas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un entretien ergo - Rencontre la personne / l'entretien de rencontre - Donner un rendez-vous, je vais lui présenter les différences de lieux, lui présenter l'ergothérapie - Son environnement social, son environnement physique, les activités qu'il fait, des activités de vie quotidienne, les activités de loisirs, les activités sociales, des activités professionnelles - Est-ce qu'il en étude ou pas en étude, le sommeil - Je vais le questionner aussi lui sur quels sont ses objectifs et à partir de ça on va établir en fonction de sa pathologie, de ses demandes, de ce que moi je peux percevoir dans l'entretien des objectifs - En train de créer un entretien standardisé autour de la qualité de vie - En train de voir avec les médecins pour introduire aussi différents bilans d'autonomie
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Le plus possible - Equipe - Entretien - Réunion - Dossier du patient - Son quotidien - Son environnement - Les troubles - Détail au fur et à mesure 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien, rencontre avec le patient → création d'un entretien standardisé autour de la qualité de vie - Présentation des lieux, de l'ergothérapie - Environnement social - Environnement physique - Ses activités - Activités de vie quotidienne - Activités de loisirs - Activités sociales - Activités professionnelles - En étude ou pas - Le sommeil - Les objectifs - Introduction des bilans d'autonomie avec les médecins

Question 3 : Quels outils utilisez-vous pour recueillir ses données et de quelle manière ?

Interlocuteurs	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2
Corpus	Bahhh euhhh les réunions déjà (rire), voilà et après bahhh l'entretieennn informel avec le patient au cours de la prise en charge voilà.	D'accord bah du coup, entretien comme je vous disais un entretien plutôt typé ergo donc là mon entretien euhhh je l'ai transformé un petit peu parce que j'étais pas... J'utilisais un peu les sphères de la MCREO sauf que la MCREO elle est pas forcément pertinente en psychiatrie donc je suis en train de me tourner tout doucement vers euhh le MOH et aussi la dépense pour ce modèle-là euhhhhhhhh avec les différents aspects de la vie donc là je suis en train de faire un petit peu un mélange et on est en train de faire aussi comme une sorte de lien avec l'entretien qu'on va essayer de standardiser au niveau de la qualité de vie des différentes activités de vie avec une sorte d'auto questionnaire que la personne remplit elle-même Euhh, je suis en train d'utiliser et de réintroduire aussi le PSQI sur euhh qu'il y ait un entretien de l'indice de la qualité du sommeil, euhhh qu'on peut mettre en place avec les orthophonistes aussi quand on a des patients parce que avec l'introduction des médicaments et tout ça il y a des ralentissements au niveau cognitif mais euh pour être complémentaire plutôt que des des bilans type test des errances multiples l'EF2E, la MAHVIE, euhhh des bilans, des mises en situation également, euhhh avec également bien sûr là je mets aussi en place des séances en groupe et en individuel où on travaille et on collecte par l'observation euhh et des mises en situation en fait voir comment la personne se débrouille Euhhhhh je suis en train de réfléchir est-ce que je vois d'autres choses euhh j'essaye de réintroduire aussi le MOHOST mais c'est vrai que je peux pas tout faire en même temps et je pense que je fais trop de je fais trop de projets à la fois euhhh hummm c'est vrai euh faudrait bien repartir sur une euh cet aspect-là euhh j'essaye vraiment de normer ça et puis une discussion avec mes collègues mais c'est principalement pour à travers ça que je vais faire mon recueil de données et aussi en fait au cas par cas des fois vous voyez je me dis ah je pense qu'il y a quelque chose deee qu'il faudrait que j'aille plus rechercher et euhh du coup des fois je me dis bon est-ce que euhhh je regarde si c'est choses pas standardisé après dans le service dans lequel je suis ils ont pas l'habitude deeee dessss choses standardisées et bilantées au niveau ergo donc j'introduis ça tout doucement. Voilà
Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Les réunions - L'entretien informel avec le patient au cours de la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien → entretien plutôt typé ergo - J'utilisais un peu les sphères de la MCREO sauf que la MCREO elle est pas forcément pertinente en psychiatrie - MOH - Les différents aspects de la vie - En train de faire un petit peu un mélange / lien avec l'entretien qu'on va essayer de standardiser au niveau de la qualité de vie, des différentes activités de vie avec une sorte d'auto-questionnaire que la personne remplit elle-même - PSQI → entretien de l'indice de la qualité du sommeil : peut mettre en place avec les orthophonistes aussi - Avec l'introduction des médicaments et tout ça il y a des ralentissements au niveau cognitif - Des bilans type test des errances multiples, l'EF2E, la MAHVIE, des bilans, des mises en situation également, des séances en groupe et en individuel - Collecte par l'observation - Réintroduire aussi le MOHOST - Discussion avec mes collègues - Le service dans lequel je suis ils ont pas l'habitude des choses standardisées et bilantées au niveau ergo
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions - Entretien informel avec le patient tout au long de la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien - Sphères de la MCREO → mais pas pertinente en psychiatrie - MOH - Aspects de la vie - Lien avec l'entretien - Qualité de vie - Activités de vie - Auto-questionnaire - PSQI - Médicaments → ralentissement cognitif possible

		<ul style="list-style-type: none">- Bilans- Mises en situations, séances de groupe et individuel- Observation- MOHOST- Discussion entre collègues
--	--	---

Question 4 : Que pensez-vous de la pertinence de l'utilisation du modèle conceptuel

PPH 2 pour vos prises en soin ?

Interlocuteurs	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2
Corpus	<p>Bah elle est un peu obligatoire de toute façon, puisque euhh bah c'est laa, c'est on va dire un peu l'idée de l'ergothérapie de toute façon, c'est de prendre en compte tous les facteurs du patient pour voir comment il peut euhh revenir dans son état, dans son habitat naturel, on peut dire ça comme ça, je sais pas (rire)</p> <p>Voilà et puis, qu'il puisse évoluer le mieux possible là où il est bien quoi, fin là où il est le moins mal, dans un premier temps voilà et qu'il puisse reprendre le plus de de de pass d'habitudes de vie mais au moins le mode de vie qui soit le plus proche de ce qu'il avait avant qui pourrait convenir</p> <p>Bah le soucis si vous voulez c'est que euuhh, là où vous allez avoir du fil à retordre c'est qu'enfaite il y a tellement de fin je veux dire je suis pas sûr qu'il y ait beaucoup de prise en charge similaire d'un patient à un autre. Euhhh c'est d'ailleurs bien toute la difficulté du du trauma, c'est que euhhh bah va falloir déjà euhh voir comment le patient est entouré donc bah à ce moment-là on va prendre les, l'environnement c'est à dire tout ce qui va être seul ou est-ce qui va être marié ou des enfants ou pas d'enfants euh quel âge il a aussi par rapport à l'ancienneté qui l'a dans l'armée, comment ça se passe l'accumulation des ces trauma parce qu'on les perçoit pas toujours euh, on va pas toujours l'apercevoir, fin le détecter au premier, au premier événement desfois ça prend du temps, en plus l'armée ça reste encore très complexe au niveau de la prise de parole sur la souffrance psychique.</p> <p>Euhh bon ça, ça progresse mais c'est pas encore évident euhhhh, donc euhhh je sais pas trop euhh l'hospitalisation alors nous on fait plus d'hospitalisation, on fait plus que de l'ambulatoire, l'hospitalisation elle permet de travailler aussi oui sur les facteurs personnels à ce moment-là si ça vous va euhhhh c'est-à-dire on va tourner autour du patient on va voir un peu, mais après ça prend, ça prend du temps de voir un peu, euhhh parce que c'est pas des gens qui ont l'habitude de se plaindre, c'est pas des gens qui ont l'habitude de parler d'eux, donc euh ça ça va prendre du temps et que des fois ce qui arrive avant c'est plus l'environnement déjà avec insécurité, avec les tensions, avec les euhh les rapports avec les amis ou la famille et euhh, voilà donc, enfaite on va « souffler » y a pas vraiment de comment dire, de rapport, on prend les choses comme elles viennent et puis après bah on voit un peu ce qui peut marcher, ce qui peut pas marcher, euhhh par exemple, nous parallèlement on a aussi mis en place un groupe pour les aidants bahh c'est-à-dire un groupe d'information et de de</p>	<p>(Tousse) Excusez-moi. Euhhh, le PPH 2 on va dire euh qu'il est pas mal parce que... Il est intéressant on va dire parce que c'est pas un bilan ergo c'est pas un modèle ergo plutôt que un bilan c'est pas un modèle ergo donc on peut avoir euh des euhh du vocabulaire qui va être similaire en fait entre les différents professionnels donc euhhh on peut se mettre d'accord sur quel type de vocabulaire on va utiliser et si on utilise tous le même vocabulaire on va avoir une meilleure communication. Euhhh il est intéressant et il est mieux déjà que d'autres modèles qui ont pu exister dans le milieu médical euh en parallèle mais euuh je trouve qu'en tant qu'ergo en psychiatrie vous voyez il prend pas la notion par exemple de euhh choses qui sont significatives des activités vraiment queeee la personne fait et euhh de la motivation qu'elle va avoir derrière Il n'y a pas, il est intéressant parce que il y a quand même on va dire les facteurs personnels les facteurs environnementaux et les habitudes de vie il me semble qui sont toutes corrélées les unes avec les autres. Il en fait, il y a pas, il est pas forcément adapté pour la psychiatrie parce qu'il est un peu ancien sur la psy et sur l'accompagnement euhh parce que notre profession a pas mal évolué et euh moi en fait je me sentais un peu limité avec ce modèle-là euhh par rapport au fait qui euhh qu'il euh qu'il peut pas faire de volition. En fait moi je sens avec mes patients je travaille beaucoup la volition et c'est un quelque chose qui euh avec lequel j'arrive à les accrocher à les comprendre parce que des fois on a une perte volitionnelle euh qui est assez importante où ils ont plus de mise en rythme et en fait ce qui euhh ce qui est compliqué pour eux aussi c'est deeee d'accompagner suite à ce traumatisme là et ça va être l'adaptation enfaite de comment on va faire et euhh on va dire queeee l'adaptation euh vous avez le niveau social et tout ça mais vous l'avez pas lui dans sa sphère comment vraiment travailler sur cet environnement euh l'environnement social on l'a dans la PPH mais on a pas, on va sa volition en fait l'aspect du traumatisme psychique qui va atteindre d'autres choses en fait je le trouve pas assez ergo dans ma pratique je le trouve bien euhh pour on va dire quand on va être en pluridisciplinarité mais je trouve queeee après je suis peut-être euhh un peu trop euhhh fermer d'esprit là-dessus ou je me dis bah l'ergo et beaucoup de gens n'ont pas compris montrer aussi la plus-value des modèles ergo euhh voilà. En sachant queeee même vous voyez le PPH euh oui le PPH euhhh on va prendre les choses qui vont aider ou pas, je suis en train de là je triche je me suis ressorti le truc</p>

	<p>de discussion autour du trauma pour les, bah les, les concubins, les parents, les et voilà qui à lieu une fois tous les deux mois aussi donc ça aussi c'est une façon d'aborder aussi l'environnement du patient euhhh, voilà, après on fait aussi un club des anciens avec des sorties thérapeutiques si c'est possible puisque qu'il permet de voir aussi comment il évolue à l'extérieur et comment (souple), puis lui aussi de voir comment il peut évoluer avec d'autres euhhh dans le cadre du soin on va dire. Euhhh, voilà je sais pas, c'est pas très ordonné mais parce que c'est difficile d'ordonner une prise en charge classique pratique si vous voulez mais y a pas de souci c'est vrai que j'ai pas de patient identique, voilà et puis après il y a l'histoire de vie du patient hein mais pour c'est plus la psychologue qui travaille dessus mais avec le trauma ehhh euh malheureusement des fois il est pas le seul problème, donc voilà, voilà je sais pas si j'ai été un peu près clair.</p>	<p>devant les yeux parce que je me suis dit attendez, mais en principalement euhhh ouais ça va être vraiment ces données-là de dynamique vraiment les unes les autres pour des choses qui ont porté euhh la MCREO on va bien voir que tout est enclavé le MOH on va voir que tout va être imbriqué et ça utilise vraiment des termes de ergo type habitude de vie et volition et tout ça et euhh quand vous avez des personnes qui ont eu un traumatisme psychique comme l'ESPT en fait faut travailler de ses habitudes de vie de ses nouvelles motivations sa reconstruction psychique je trouve qu'on a pas cette reconstruction psychique qui est prouvée dans le PPH. C'est un aspect physique oui mais pas sur l'aspect psychique je sais pas si je suis clair ?</p>
Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Un peu obligatoire - Un peu l'idée de l'ergothérapie - Prendre en compte tous les facteurs du patient pour voir comment il peut revenir dans son état, dans son habitat nature - Qu'il puisse évoluer le mieux possible là où il est bien quoi, fin là où il est le moins mal - Qu'il puisse reprendre le plus de, pas d'habitudes de vie, mais au moins le mode de vie, qui soit le plus proche de ce qu'il avait avant qui pourrait convenir - Pas sûr qu'il y ait beaucoup de prise en charge similaire d'un patient à un autre → d'ailleurs bien toute la difficulté du du trauma - Voir comment le patient est entouré - L'environnement c'est à dire tout ce qui va être, seul ou est-ce qu'il va être marié, ou des enfants ou pas d'enfants, quel âge il a aussi par rapport à l'ancienneté qui l'a dans l'armée, comment ça se passe l'accumulation de ces trauma parce qu'on les perçoit pas toujours - L'armée ça reste encore très complexe au niveau de la prise de parole sur la souffrance psychique → ça progresse mais c'est pas encore évident - On fait plus que de l'ambulatoire, l'hospitalisation elle permet de travailler aussi → sur les facteurs personnels - Pas des gens qui ont l'habitude de se plaindre, c'est pas des gens qui ont l'habitude de parler d'eux - L'environnement déjà avec insécurité, avec les tensions, les rapports avec les amis ou la famille - On prend les choses comme elles viennent et puis après bah on voit un peu ce qui peut marcher, ce qui peut pas marcher - Mise en place d'un groupe pour les aidants → groupe d'information et de discussion autour du trauma pour les concubins, les parents : une fois tous les 	<ul style="list-style-type: none"> - Il est pas mal, intéressant (x3) - Pas un modèle ergo (x2) - Vocabulaire qui va être similaire en fait entre les différents professionnels → on peut se mettre d'accord sur quel type de vocabulaire on va utiliser et si on utilise tous le même vocabulaire on va avoir une meilleure communication - Mieux déjà que d'autres modèles - Je trouve qu'en tant qu'ergo en psychiatrie → prend pas la notion de choses qui sont significatives, des activités vraiment que la personne fait, de la motivation qu'elle va avoir derrière - Il y a quand même on va dire les facteurs personnels les facteurs environnementaux et les habitudes de vie toutes corrélées les unes avec les autres - Pas forcément adapté pour la psychiatrie parce qu'il est un peu ancien sur la psy et sur l'accompagnement, notre profession a pas mal évolué, me sentais un peu limité avec ce modèle-là - Peut pas faire de volition, je travaille beaucoup la volition avec lequel j'arrive à les accrocher à les comprendre, parce que des fois, on a une perte volitionnelle - L'adaptation → le niveau social, l'environnement social on l'a dans la PPH mais on a pas sa volition, l'aspect du traumatisme psychique qui va atteindre d'autres choses - Je le trouve pas assez ergo dans ma pratique je le trouve bien quand on va être en pluridisciplinarité - On va prendre les choses qui vont aider ou pas - la MCREO on va bien voir que tout est enclavé - Le MOH on va voir que tout va être imbriqué et ça utilise vraiment des termes de ergo type habitude de vie et volition - Traumatisme psychique comme l'ESPT

	<ul style="list-style-type: none"> - deux mois - Une façon d'aborder aussi l'environnement du patient - Un club des anciens avec des sorties thérapeutiques → permet de voir aussi comment il évolue à l'extérieur et aussi de voir comment il peut évoluer avec d'autres - Difficile d'ordonner une prise en charge classique pratique → pas de patient identique - L'histoire de vie du patient c'est plus la psychologue qui travaille dessus 	<ul style="list-style-type: none"> - → faut travailler de ses habitudes de vie, de ses nouvelles motivations, sa reconstruction psychique - Je trouve qu'on a pas cette reconstruction psychique qui est prouvée dans le PPH - C'est un aspect physique oui mais pas sur l'aspect psychique
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoire - L'idée de l'ergothérapie - Prendre en compte tous les facteurs du patient - Evoluer - Reprendre le mode de vie qui se rapproche le plus du sien - Pas de prise en charge similaire = Toute la difficulté de l'ESPT - Entourage - Environnement : seul, marié, enfants, l'âge, l'ancienneté dans l'armée, ses ressentis face à l'accumulation des traumas - Armée → complexe au niveau de la prise de parole sur la souffrance psychique, mais en progression, pas l'habitude de parler d'eux et de se plaindre - Hospitalisation → permet de travailler sur les facteurs personnels - Insécurité, tensions, relations avec les autres - Mise en place d'un groupe pour les aidants (groupe de discussion) - Sorties thérapeutiques entre anciens combattants → évolution à l'extérieur et avec les autres - Difficultés d'organiser la PES, car pas classique, tout est différent d'un patient à l'autre - Suivi psychologique pour l'histoire de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Intéressant - Pas un modèle ergo, mais mieux que d'autres modèles - Vocabulaire universel qui permet une meilleure communication entre les différents professionnels - Ne prend pas en compte la notion d'activités significatives pour le patient et de la motivation que ça engendre - Facteurs personnels, facteurs environnementaux, les habitudes de vie toutes corrélées - Pas adapté pour la psychiatrie et trop ancien, trop limité - Ne prend pas en compte la volition du patient - Adaptation présente dans au niveau social et dans l'environnement social - Manque le côté psychique pour faire le lien avec le traumatisme sur tout ce que ça va engendrer - MCREO → tout est enclavé - MOH → tout est imbriqué et utilise plus des termes ergo - Pour travailler l'ESPT, partir des habitudes de vie et de ses motivations au fur et à mesure de sa reconstruction psychique - Reconstruction physique présente dans le PPH mais pas psychique

Question 5 : Sur quels éléments fondez-vous vos propositions de mises en situations écologiques ?

Interlocuteurs	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2
Corpus	<p>On en fait assez peu, euh on en fait assez peu pour l'instant, c'est un projet qu'on aurait peut-être dans le dans dans le cadre de l'antenne hospitalière le souci actuellement c'est que euhhh nous on est on est sur *** et on a beaucoup de patients qui viennent de très loin c'est-à-dire ***, ***, *** donc c'est des gens qu'on peut pas forcément voir dans leur environnement personnel donc nous tout ce qu'on peut faire ici c'est sortie thérapeutique mais plus à but de loisir donc c'est pas tout à fait c'est pas les courses c'est pas aller, c'est pas aller chercher les enfants à l'école Bah euhhh, les sorties qu'on a faites les sorties alors en fait on s'est basé sur le sur les propos des patients qui alors euhhh pendant le processus il y a quand même une insécurité qui est quand même massive et une hyper vigilance et du coup c'est vrai que la plupart explique quand même que quand ils sont en famille ils font bahh des sorties en famille eux ils sont en sécurité de la famille donc ils prévoient ils prévoient les accès pour prévoir certaines choses, ils regardent tout et du coup ils prennent pas de de de plaisir à sortir et euhh nous on s'est dit que du coup on pourrait voir sur tout ce qui est offre culturelle et ou autre comment on pourrait les accompagner pour voir comment ça se passe donc en fait au départ on a pris hummm je sais plus si c'est 6 ou 7 patients militaire (inaudible), on a proposé une fois par mois de faire une activité à l'extérieur euhh avec ou pas transport en commun enfin en fonction des des possibilités ou de la distance et puis après bah on voit comment comment ça se passe et puis on en discute derrière voilà l'idée c'était ça un peu que les patients reprennent aussi du plaisir à à faire des choses de euhhh bah pour le plaisir justement pour pour la découverte et ainsi de suite sans forcément être en état de stress, même s'ils sont en état d'hyper vigilance, le fait que ça soit médical entre guillemets avec du personnel médical qui travaillera sur donc du coup ben ils, puis entre eux comme c'est important aussi qu'ils soient entre eux parce qu'ils, c'est quand même une culture du groupe l'armée, ça permet d'atténuer les choses et puis de reprendre du plaisir le but c'est surtout ça et puis de leur montrer que petit à petit il y a des choses qui seront possibles. Voilà mais après ça ça va dépendre du (bruit, tapage) du du discours du patient fin du rapport du patient avec ça pathologie de là où il en est quoi.</p>	<p>Euhh ça va être les éléments de vie de la personne ce quelles... non dans sa vie de tous les jours et euh dans quel environnement elle évoluait euhh par exemple humm bon moi je travaille à *** donc euhh Ben il y a beaucoup beaucoup beaucoup de choses si la personne est plutôt en campagne ça va être un peu plus chaud euh va falloir qu'on s'excentre un peu de là si possible mais par exemple on a une cuisine thérapeutique et euhh qui est dans le service et on a même un appartement qui n'est pas thérapeutique mais qui nous est prêté par l'établissement qui nous permet de faire des mises en situation soit avec du monde avec des interruptions si la personne par exemple elle vit en caserne parce que moi je travaille beaucoup le militaire bah on va faire plutôt la mise en situation dans la cuisine parce qu'effectivement ça va être dans son milieu où il va se faire interrompre et tout ça si il travaille en maison on va plutôt travailler d'abord dans l'appartement en extérieur ça va être les éléments de la vie en fait par exemple si la personne n'a jamais cuisiné de sa vie ça sera pas la même en situation euh parce que ça a pas de sens euhh ça peut être intéressant s'il y a un but mais si pour lui c'est une corvée ou être une corvée je vais pas le mettre en situation ça va être vraiment au niveau de la signification euhhh de la significativité on va dire, signifiant, activité significative euhh pour la personne et ce que c'est par exemple à l'heure actuelle là j'ai un photographe euh je suis sur un projet photo bah du coup je vais utiliser concrètement je l'utilise et je l'ai intégré au programme et euh on va faire une mise en situation d'abord à elle-même en construction de projet parce que c'est reprendre quelque chose qui lui fait plaisir et à travers ça en fait on va utiliser le médiateur de de cette activité là en fait pour même réintroduire d'autres personnes dans son environnement parce ce qu'il est, il est très impulsif suite à son traumatisme euhh ESPT et je vais introduire des personnes au fur et à mesure d'abord 2,3 personnes auquel je pense qui ont un sens à être dans ce projet là et plutôt calme et après avec des gens qui sont plus extravertis.</p>
Codage	<ul style="list-style-type: none"> - On en fait assez peu - C'est un projet - Beaucoup de patients qui viennent de très loin, des gens qu'on peut pas forcément voir dans leur environnement personnel - Sortie thérapeutique → plus à but de loisir : pas les courses, pas aller chercher 	<ul style="list-style-type: none"> - Les éléments de vie de la personne, sa vie de tous les jours, dans quel environnement elle évoluait - Si la personne est plutôt en campagne ça va être un peu plus chaud, va falloir qu'on s'excentre un peu de là si possible

	<ul style="list-style-type: none"> - les enfants à l'école - Une insécurité qui est quand même massive et une hyper vigilance - Quand ils sont en famille ils font des sorties en famille eux, ils prévoient les accès pour prévoir certaines choses, ils regardent tout, ils prennent pas de plaisir à sortir - On a proposé une fois par mois de faire une activité à l'extérieur avec ou pas transport en commun enfin en fonction des possibilités ou de la distance - L'idée c'était ça un peu que les patients reprennent aussi du plaisir à faire des choses, sans forcément être en état de stress, même s'ils sont en état d'hyper vigilance, le fait que ça soit « médical », avec du personnel médical - C'est important aussi qu'ils soient entre eux → c'est quand même une culture du groupe l'armée - Permet d'atténuer les choses et puis de reprendre du plaisir - Leur montrer que petit à petit il y a des choses qui seront possible - Dépendre du rapport du patient avec ça pathologie de là où il en est 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuisine thérapeutique, dans le service - Un appartement qui n'est pas thérapeutique mais qui nous est prêté par l'établissement qui nous permet de faire des mises en situation soit avec du monde avec des interruptions - On va faire plutôt la mise en situation dans la cuisine parce qu'effectivement ça va être dans son milieu où il va se faire interrompre - S'il travaille en maison on va plutôt travailler d'abord dans l'appartement - En extérieur ça va être les éléments de la vie - Si la personne n'a jamais cuisiné de sa vie ça sera pas la même en situation, ça a pas de sens, ça peut être intéressant s'il y a un but mais si pour lui c'est une corvée ou être une corvée je vais pas le mettre en situation → activité significative pour la personne - C'est reprendre quelque chose qui lui fait plaisir → on va utiliser le médiateur de de cette activité pour même réintroduire d'autres personnes dans son environnement - Je vais introduire des personnes au fur et à mesure d'abord 2,3 personnes auquel je pense qui ont un sens à être dans ce projet là et plutôt calme et après avec des gens qui sont plus extravertis
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de mise en situation écologique - Patients qui viennent de loin, donc VAD pas toujours possible → environnement personnel peu observé - Sortie thérapeutique → loisirs - Insécurité et hypervigilance présentes - Sorties en famille qui doivent être organisées - Proposition de sortie à l'extérieur avec ou sans transport en commun - Apporter du plaisir, côté médical rassurant - Groupe → culture dans l'armée - Redonner de l'espoir et de la motivation en voyant l'évolution 	<ul style="list-style-type: none"> - Eléments de vie de la personne, sa vie de tous les jours, son environnement - Campagne plus complexe pour les MES - Cuisine thérapeutique - Appartement, mais pas thérapeutique, prêté pour les MES avec des personnes présentes ou non - Importance de l'activité qui est du sens pour le patient et un but, activité significative - Reprendre une activité plaisir grâce à un médiateur, possibilité de réintroduire des personnes petit à petit plutôt calme au départ et ensuite plus extravertis

Question 6 : Quelles mises en situation écologiques pourriez-vous proposer pour aider les patients dans leur réinsertion sociale et lesquelles avez-vous déjà mise en place ?

Interlocuteurs	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2
Corpus	<p>Euhhh ouais pour la ?? on a déjà répondu euhhh lesquels on voudrait mettre en place sinon euhhhh bah ça serait de pouvoir euhhh aller au au domicile du patient euhh bah parce que tous ne viennent pas toujours que ça pourrait aussi permettre de voir un peu comment il alors moins pour les patients qui sont en famille parce que finalement c'est, c'est, ils sont, c'est plus un travail avec l'entourage mais c'est plus les patients isolés. Et puis eux l'objectif c'est de leur permettre bah de l'idéal ça serait de pouvoir aller voir au domicile de voir comment ça se passe et euhh et justement comment on peut les aider à reprendre une vie sur l'extérieur après le soin en ambulatoire permet ça aussi. C'est-à-dire que le, euhhh indirectement, le fait de venir en hôpital de jour ça leur permet ça les oblige déjà à sortir de chez eux, ààà reprendre contact avec les autres, à reprendre du plaisir aussi être avec les autres et euhh puis surtout à discuter des difficultés du quotidien et à échanger alors nous on travaille beaucoup enfin ils sont en groupe entre guillemet c'est-à-dire que chacun fait son activité mais dans un groupe et du coup bah c'est un partage d'expérience donc quel sujet échanger quel sujet j'échangerais pas, quels problèmes j'ai et il y a beaucoup d'échanges autour de ça notamment pour ce qui est démarches administratives ne serait-ce que la prise en charge ambulatoire apporte déjà beaucoup parce que pour citer un patient quand il vient en hôpital de jours c'est son sanctuaire donc une fois qu'il est là il est plus sur la défensive, il est plus en insécurité et plus en hyper vigilance donc ça lui permet de reprendre de la disponibilité à faire des choses</p> <p>Donc c'est la base parce que en plus le fait de le voir toutes les semaines euhh alors c'est pas une mise en situation écologique mais en fait ça permet justement de travailler avec lui sur comment ça se passe à la maison comme on peut pas pour l'instant aller à la maison puis qu'on va pas non plus rester une semaine chez eux euhh voilà l'idée c'est de petit à petit avoir un lien de qualité avec les patients pour que justement il puisse se livrer sur ce qui se passe et sur quels sont les difficultés et comment on peut travailler dessus. Voilà</p>	<p>Sorties à l'extérieur alors d'abord c'est des, on fait des choses en groupe ou euhh je vais d'abord faire un cours en individuel donc j'utilise aussi l'art thérapie ou euh des jeux ou des différentes choses différentes activités qui font sens à la personne après je réintroduis dans un groupe euhh souvent d'abord en intérieur ou dans un environnement qu'ils connaissent et après on va commencer à travailler tout le son extérieur la dernière fois on est allé à la bibliothèque avec des patients donc on a pris la voiture on était 6 on allait dans une bibliothèque parce que bah le milieu on va dire plutôt calme où je m'inquiétais pas trop du fait qu'ils soient bousculés euh et on était 2 accompagnants et la fois suivante on est allé faire le marché donc aussi on a choisi 1h où y avait pas trop de gens pareil 2 intervenants et en fait on va emmener toujours le même groupe donc ils sont là par exemple la sortie à à la bibliothèque on a et une deux trois personnes qui avaient un ESPT et 2 qui avaient plutôt des problèmes euh psychotique et euhhhhhh et là du coup en fait eux ils se sont beaucoup raccrochés à nous sur le moment où ils montaient en appréhension ils disaient Ben en fait des moments je me suis dit Oh là y a des voitures qui peuvent arriver à droite à gauche et ça les rassurer de voir qu'en fait on cadrait l'espace genre je me mettais sur le passage protégé pour que la voiture s'arrête pour laisser passer c'est des gens qui marchent très bien hein mais au moins le fait de bloquer les voitures et autres ça permettait que eux descendent leur seuil de vigilance dans la bibliothèque c'est dans un endroit municipal ordonné fermé sans trop de bruit lumineux où il voyaient toutes les (inaudible) et dans le marché en fait on a pu voir pareille on est resté dans un groupe il y avait le groupe qui était un élément rassurant ils en étaient des éléments référents aussi c'était calculé et tout et en fait ils ont pu aller et même plusieurs d'entre eux ont pu directement aller vers d'autres gens dans le marché sans qu'on passe par eux pour leur demander des renseignements et tout ça. Euhh donc sortie donc on propose en fait euhh moi je suis vraiment un peu borné là-dessus euhh pour moi y a rien qui est impossible euhh je pars du principe qu'il y a toujours des solutions et que en fait toutes les activités sont possibles donc euhhh normalement donc voyez ce matin on est censé allé à l'Ultimate avec un collègue euhhh pour les amener à l'extérieur si la personne a besoin d'aller faire les courses on va prendre les transports en commun on peut prendre une voiture dans un premier temps humm on va faire les courses on va aller faire la cuisine tu peux faire des retours à domicile même pour euhh explorer son environnement d'abord personnel on peut faire les musées on est en train de parler donc faire des sorties sportives</p>

		<p>euhh faire tout ça aussi au sein de l'hôpital quand c'est possible par rapport à l'architecture euhhh ouais toutes les activités psychiques même là on se dit est-ce qu'on ferait pas un projet aussi d'accompagnement bien-être pour euhhh et qu'on ait une belle salle de bain. Bah qui sont déjà mis en place pour la plupart mais euhhhh comme beaucoup d'hôpitaux, on a un sous-effectif actuellement et c'est euh un peu compliqué de sortir avec 2 ou 3 patients euh personnes, personnelles, donc voilà.</p>
Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Aller au domicile du patient, tous ne viennent pas toujours - Moins pour les patients qui sont en famille parce que c'est plus un travail avec l'entourage - C'est plus les patients isolés, pour eux l'objectif c'est de leur permettre de pouvoir aller voir au domicile de voir comment ça se passe et comment on peut les aider à reprendre une vie sur l'extérieur - Après le soin en ambulatoire permet ça aussi, le fait de venir en hôpital de jour, ça les oblige déjà à sortir de chez eux, à reprendre contact avec les autres, à reprendre du plaisir aussi être avec les autres - Discuter des difficultés du quotidien et à échanger, ils sont en « groupe » → chacun fait son activité mais dans un groupe → c'est un partage d'expérience, donc quel sujet échanger, quel sujet j'échangerais pas, quels problèmes j'ai et il y a beaucoup d'échanges autour de ça, notamment pour ce qui est démarches administratives - La prise en charge ambulatoire apporte déjà beaucoup - Son sanctuaire → une fois qu'il est là, il est plus sur la défensive, il est plus en insécurité et plus en hyper vigilance → permet de reprendre de la disponibilité à faire des choses - C'est la base - Travailler avec lui sur comment ça se passe à la maison comme on peut pas pour l'instant aller à la maison - L'idée c'est de petit à petit avoir un lien de qualité avec les patients pour que justement il puisse se livrer sur ce qui se passe et sur quels sont les difficultés et comment on peut travailler dessus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sorties à l'extérieur : des choses en groupe, d'abord un cours en individuel (l'art thérapie, des jeux, différentes activités qui font sens à la personne) - En intérieur ou dans un environnement qu'ils connaissent, on va commencer à travailler tout le son extérieur (à la bibliothèque avec des patients donc on a pris la voiture on était 6, milieu plutôt calme - Allé faire le marché, on a choisi 1h où y avait pas trop de gens, 2 intervenants, toujours le même groupe - A la bibliothèque : trois personnes qui avaient un ESPT et 2 qui avaient plutôt des problèmes psychotique, ils se sont beaucoup raccrochés à nous sur le moment où ils montaient en appréhension, rassurer de voir qu'en fait on cadrait l'espace → descendent leur seuil de vigilance - Bibliothèque c'est dans un endroit municipal ordonné fermé sans trop de bruit lumineux - Le groupe qui était un élément rassurant, des éléments référents, ils ont pu aller et même plusieurs d'entre eux ont pu directement aller vers d'autres gens dans le marché - Ce matin on est censé aller à l'Ultimate avec un collègue, pour les amener à l'extérieur - Si la personne a besoin d'aller faire les courses on va prendre les transports en commun, on peut prendre une voiture dans un premier temps, on va faire les courses, on va aller faire la cuisine - Tu peux faire des retours à domicile → explorer son environnement d'abord personnel - Sorties sportives - Faire tout ça aussi au sein de l'hôpital quand c'est possible - Toutes les activités psychiques → un projet aussi d'accompagnement bien-être - Sous-effectif actuellement, compliqué de sortir avec 2 ou 3 personnes
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - VAD - Travail avec l'entourage nécessaire - Patients isolés, domicile et extérieur à voir et à travailler - Soins ambulatoires permettent de les faire sortir, reprendre du contact avec les autres - En groupe, chacun fait son activité mais permet de discuter et 	<ul style="list-style-type: none"> - Sorties à l'extérieur, en individuel puis en groupe (l'art thérapie, des jeux, différentes activités qui font sens à la personne) - En intérieur ou environnement connu, travail des sons extérieurs (bibliothèque → calme, le marché, toujours le même groupe) - Présence des intervenants rassurants → descendent leur seuil de vigilance - Le groupe → rassurant

	<ul style="list-style-type: none"> - d'échanger sur les difficultés - Sanctuaire, plus sur la défensive, plus en insécurité ni en hypervigilance - Travailler sur ses dires suivant ses difficultés chez lui - Petit à petit, un lien de qualité se créait pour qu'ils puissent se livrer pour travailler sur les difficultés 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire les courses si besoin avec transports en commun ou non - VAD → explorer son environnement personnel - Sorties sportives - Le plus possible dans l'hôpital → rassurant - Activités psychiques - Sorties limitées car sous-effectif actuellement
--	---	---

Question 7 : Avez-vous des informations supplémentaires que vous souhaiteriez me transmettre ?

Interlocuteurs	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2
Corpus	Bahhh (rire) spontanément non (rire) après si vous avez des questions il faut pas hésiter voilà	Euhhhh (chantonne + cri) je pense pas, je réfléchis mais je pense pas euhh qu'est-ce que je pourrais dire sur le service autre que j'utilise. Non voilà, c'est tout. Ah euh si l'utilisation en lien avec la mairie de *** je suis à *** où on est en train de travailler en lien avec la mairie pour lier à l'ajustement des bibliothèques, euh des stades, pour pouvoir sortir en sécurité et on avait dit stade, sécurité, ça et on est en train de mettre en place aussi la création d'un jardin thérapeutique donc jusque jusque juste à l'extérieur de l'hôpital du *** il est dans l'enceinte de l'hôpital mais il est pas dans le bâtiment euhhh et effectivement la maison des familles donc c'est une sorte de maison d'accueil ou en fait ils ont prêté un appartement. Donc ça nous permet de faire des mises en situation dans un environnement en dehors de l'hôpital mais qui n'est pas encore totalement en dehors donc on reste dans un espace sécuritaire et mais en même temps en dehors et création d'un appartement thérapeutique là dans pas longtemps dans le service aussi normalement mais faut trouver où est-ce qu'on va le mettre. Donc voilà.
Codage	- Si vous avez des questions il faut pas hésiter	- Travailler en lien avec la mairie pour lier à l'ajustement des bibliothèques, euh des stades, pour pouvoir sortir en sécurité - En train de mettre en place aussi la création d'un jardin thérapeutique, à l'extérieur de l'hôpital, dans l'enceinte de l'hôpital, pas dans le bâtiment - La maison des familles, c'est une sorte de maison d'accueil ou en fait ils ont prêté un appartement → permet de faire des mises en situation dans un environnement en dehors de l'hôpital mais qui n'est pas encore totalement en dehors donc on reste dans un espace sécuritaire et mais en même temps en dehors - Création d'un appartement thérapeutique là dans pas longtemps dans le service
Catégorisation	- Reste à disposition si besoin	- Travailler en lien avec la mairie pour lier à l'ajustement de différents lieux publics - Création d'un jardin thérapeutique dans l'hôpital - Prêt d'un appartement → permet les MES dans un environnement en dehors de l'hôpital mais pas chez eux → rassurant - Création d'un appartement thérapeutique dans le service

Annexe 5 : Analyse transversale

Question 2 : Selon vous, quelles sont les données à recueillir pour établir une prise en soin ?

Ergothérapeute 1		Ergothérapeute 2	
Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Le plus possible. - Travaille en équipe. - L'entretien médical → médecin va présenter le patient - Réunion avec tous les détails - L'équipe infirmier complète - Bonne visibilité sur le dossier du patient, sur les troubles et sur son quotidien - Tout ce qui va concerner son environnement et les troubles par rapport à l'environnement - On détaille au fur et à mesure parce ça dépend de la capacité du patient à formuler ce qui va pas 	Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Un entretien ergo - Rencontre la personne / l'entretien de rencontre - Donner un rendez-vous, je vais lui présenter les différences de lieux, lui présenter l'ergothérapie - Son environnement social, son environnement physique, les activités qu'il fait, des activités de vie quotidienne, les activités de loisirs, les activités sociales, des activités professionnelles - Est-ce qu'il en étude ou pas en étude, le sommeil - Je vais le questionner aussi lui sur quels sont ses objectifs et à partir de ça on va établir en fonction de sa pathologie, de ses demandes, de ce que moi je peux percevoir dans l'entretien des objectifs - En train de créer un entretien standardisé autour de la qualité de vie - En train de voir avec les médecins pour introduire aussi différents bilans d'autonomie
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Le plus possible - Equipe - Entretien - Réunion - Dossier du patient - Son quotidien - Son environnement - Les troubles - Détail au fur et à mesure 	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien, rencontre avec le patient → création d'un entretien standardisé autour de la qualité de vie - Présentation des lieux, de l'ergothérapie - Environnement social - Environnement physique - Ses activités - Activités de vie quotidienne - Activités de loisirs - Activités sociales - Activités professionnelles - En étude ou pas - Le sommeil - Les objectifs - Introduction des bilans d'autonomie avec les médecins

Question 3 : Quels outils utilisez-vous pour recueillir ses données et de quelle manière ?

Ergothérapeute 1		Ergothérapeute 2	
Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Les réunions L'entretien informel avec le patient au cours de la prise en charge 	Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien → entretien plutôt typé ergo - J'utilisais un peu les sphères de la MCREO sauf que la MCREO elle est pas forcément pertinente en psychiatrie - MOH - Les différents aspects de la vie - En train de faire un petit peu un mélange / lien avec l'entretien qu'on va essayer de standardiser au niveau de la qualité de vie, des différentes activités de vie avec une sorte d'auto-questionnaire que la personne remplit elle-même - PSQI → entretien de l'indice de la qualité du sommeil : peut mettre en place avec les orthophonistes aussi - Avec l'introduction des médicaments et tout ça il y a des ralentissements au niveau cognitif - Des bilans type test des errances multiples, l'EF2E, la MHAVIE, des bilans, des mises en situation également, des séances en groupe et en individuel - Collecte par l'observation - Réintroduire aussi le MOHOST - Discussion avec mes collègues - Le service dans lequel je suis ils ont pas l'habitude des choses standardisées et bilantées au niveau ergo
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions - Entretien informel avec le patient tout au long de la prise en charge 	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien - Sphères de la MCREO → mais pas pertinente en psychiatrie - MOH - Aspects de la vie - Lien avec l'entretien - Qualité de vie - Activités de vie - Auto-questionnaire - PSQI - Médicaments → ralentissement cognitif possible - Bilans - Mises en situations, séances de groupe et individuel - Observation - MOHOST - Discussion entre collègues

Question 4 : Que pensez-vous de la pertinence de l'utilisation du modèle conceptuel PPH 2 pour vos prises en soin ?

	Ergothérapeute 1		Ergothérapeute 2
Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Un peu obligatoire - Un peu l'idée de l'ergothérapie - Prendre en compte tous les facteurs du patient pour voir comment il peut euhh revenir dans son état, dans son habitat nature - Qu'il puisse évoluer le mieux possible là où il est bien quoi, fin là où il est le moins mal - Qu'il puisse reprendre le plus de, pas d'habitudes de vie, mais au moins le mode de vie, qui soit le plus proche de ce qu'il avait avant qui pourrait convenir - Pas sûr qu'il y ait beaucoup de prise en charge similaire d'un patient à un autre → d'ailleurs bien toute la difficulté du du trauma - Voir comment le patient est entouré - L'environnement c'est à dire tout ce qui va être, seul ou est-ce qu'il va être marié, ou des enfants ou pas d'enfants, quel âge il a aussi par rapport à l'ancienneté qui l'a dans l'armée, comment ça se passe l'accumulation de ces trauma parce qu'on les perçoit pas toujours - L'armée ça reste encore très complexe au niveau de la prise de parole sur la souffrance psychique → ça progresse mais c'est pas encore évident - On fait plus que de l'ambulatoire, l'hospitalisation elle permet de travailler aussi → sur les facteurs personnels - Pas des gens qui ont l'habitude de se plaindre, c'est pas des gens qui ont l'habitude de parler d'eux - L'environnement déjà avec insécurité, avec les tensions, les rapports avec les amis ou la famille - On prend les choses comme elles viennent et puis après bah on voit un peu ce qui peut marcher, ce qui peut pas marcher - Mise en place d'un groupe pour les aidants → groupe d'information et de discussion autour du trauma pour les concubins, les parents : une fois tous les deux mois 	Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Il est pas mal, intéressant (x3) - Pas un modèle ergo (x2) - Vocabulaire qui va être similaire en fait entre les différents professionnels → on peut se mettre d'accord sur quel type de vocabulaire on va utiliser et si on utilise tous le même vocabulaire on va avoir une meilleure communication - Mieux déjà que d'autres modèles - Je trouve qu'en tant qu'ergo en psychiatrie → prend pas la notion de choses qui sont significatives, des activités vraiment que la personne fait, de la motivation qu'elle va avoir derrière - Il y a quand même on va dire les facteurs personnels les facteurs environnementaux et les habitudes de vie toutes corrélées les unes avec les autres - Pas forcément adapté pour la psychiatrie parce qu'il est un peu ancien sur la psy et sur l'accompagnement, notre profession a pas mal évolué, me sentais un peu limité avec ce modèle-là - Peut pas faire de volition, je travaille beaucoup la volition avec lequel j'arrive à les accrocher à les comprendre, parce que des fois, on a une perte volitionnelle - L'adaptation → le niveau social, l'environnement social on l'a dans la PPH mais on a pas sa volition, l'aspect du traumatisme psychique qui va atteindre d'autres choses - Je le trouve pas assez ergo dans ma pratique je le trouve bien quand on va être en pluridisciplinarité - On va prendre les choses qui vont aider ou pas - la MCREO on va bien voir que tout est enclavé - Le MOH on va voir que tout va être imbriqué et ça utilise vraiment des termes de ergo type habitude de vie et volition - Traumatisme psychique comme l'ESPT → faut travailler de ses habitudes de vie, de ses nouvelles motivations, sa reconstruction psychique

	<ul style="list-style-type: none"> - Une façon d'aborder aussi l'environnement du patient - Un club des anciens avec des sorties thérapeutiques → permet de voir aussi comment il évolue à l'extérieur et aussi de voir comment il peut évoluer avec d'autres - Difficile d'ordonner une prise en charge classique pratique → pas de patient identique - L'histoire de vie du patient c'est plus la psychologue qui travaille dessus 		<ul style="list-style-type: none"> - Je trouve qu'on a pas cette reconstruction psychique qui est prouvée dans le PPH - C'est un aspect physique oui mais pas sur l'aspect psychique
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoire - L'idée de l'ergothérapie - Prendre en compte tous les facteurs du patient - Evoluer - Reprendre le mode de vie qui se rapproche le plus du sien - Pas de prise en charge similaire = Toute la difficulté de l'ESPT - Entourage - Environnement : seul, marié, enfants, l'âge, l'ancienneté dans l'armée, ses ressentis face à l'accumulation des traumatismes - Armée → complexe au niveau de la prise de parole sur la souffrance psychique, mais en progression, pas l'habitude de parler d'eux et de se plaindre - Hospitalisation → permet de travailler sur les facteurs personnels - Insécurité, tensions, relations avec les autres - Mise en place d'un groupe pour les aidants (groupe de discussion) - Sorties thérapeutiques entre anciens combattants → évolution à l'extérieur et avec les autres - Difficultés d'organiser la PES, car pas classique, tout est différent d'un patient à l'autre - Suivi psychologique pour l'histoire de vie 	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Intéressant - Pas un modèle ergo, mais mieux que d'autres modèles - Vocabulaire universel qui permet une meilleure communication entre les différents professionnels - Ne prend pas en compte la notion d'activités significatives pour le patient et de la motivation que ça engendre - Facteurs personnels, facteurs environnementaux, les habitudes de vie toutes corrélées - Pas adapté pour la psychiatrie et trop ancien, trop limité - Ne prend pas en compte la volonté du patient - Adaptation présente dans au niveau social et dans l'environnement social - Manque le côté psychique pour faire le lien avec le traumatisme sur tout ce que ça va engendrer - MCREO → tout est enclavé - MOH → tout est imbriqué et utilise plus des termes ergo - Pour travailler l'ESPT, partir des habitudes de vie et de ses motivations au fur et à mesure de sa reconstruction psychique - Reconstruction physique présente dans le PPH mais pas psychique

Question 5 : Sur quels éléments fondez-vous vos propositions de mises en situations écologiques ?

	Ergothérapeute 1		Ergothérapeute 2
Codage	<ul style="list-style-type: none"> - On en fait assez peu - C'est un projet - Beaucoup de patients qui viennent de très loin, des gens qu'on peut pas forcément voir dans leur environnement personnel - Sortie thérapeutique → plus à but de loisir : pas les courses, pas aller chercher les enfants à l'école - Une insécurité qui est quand même massive et une hyper vigilance - Quand ils sont en famille ils font des sorties en famille eux, ils prévoient les accès pour prévoir certaines choses, ils regardent tout, ils prennent pas de plaisir à sortir - On a proposé une fois par mois de faire une activité à l'extérieur avec ou pas transport en commun enfin en fonction des possibilités ou de la distance - L'idée c'était ça un peu que les patients reprennent aussi du plaisir à faire des choses, sans forcément être en état de stress, même s'ils sont en état d'hyper vigilance, le fait que ça soit « médical », avec du personnel médical - C'est important aussi qu'ils soient entre eux → c'est quand même une culture du groupe l'armée - Permet d'atténuer les choses et puis de reprendre du plaisir - Leur montrer que petit à petit il y a des choses qui seront possible - Dépendre du rapport du patient avec ça pathologie de là où il en est 	Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Les éléments de vie de la personne, sa vie de tous les jours, dans quel environnement elle évoluait - Si la personne est plutôt en campagne ça va être un peu plus chaud, va falloir qu'on s'excentre un peu de là si possible - Cuisine thérapeutique, dans le service - Un appartement qui n'est pas thérapeutique mais qui nous est prêté par l'établissement qui nous permet de faire des mises en situation soit avec du monde avec des interruptions - On va faire plutôt la mise en situation dans la cuisine parce qu'effectivement ça va être dans son milieu où il va se faire interrompre - S'il travaille en maison on va plutôt travailler d'abord dans l'appartement - En extérieur ça va être les éléments de la vie - Si la personne n'a jamais cuisiné de sa vie ça sera pas la même en situation, ça a pas de sens, ça peut être intéressant s'il y a un but mais si pour lui c'est une corvée ou être une corvée je vais pas le mettre en situation → activité significative pour la personne - C'est reprendre quelque chose qui lui fait plaisir → on va utiliser le médiateur de de cette activité pour même réintroduire d'autres personnes dans son environnement - Je vais introduire des personnes au fur et à mesure d'abord 2,3 personnes auquel je pense qui ont un sens à être dans ce projet là et plutôt calme et après avec des gens qui sont plus extravertis
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de mise en situation écologique - Patients qui viennent de loin, donc VAD pas toujours possible → environnement personnel peu observé - Sortie thérapeutique → loisirs - Insécurité et hypervigilance présentes - Sorties en famille qui doivent être organisées - Proposition de sortie à l'extérieur avec ou sans transport en commun 	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Eléments de vie de la personne, sa vie de tous les jours, son environnement - Campagne plus complexe pour les MES - Cuisine thérapeutique - Appartement, mais pas thérapeutique, prêté pour les MES avec des personnes présentes ou non - Importance de l'activité qui est du sens pour le patient et un but, activité significative - Reprendre une activité plaisir grâce à un médiateur,

	<ul style="list-style-type: none">- Apporter du plaisir, côté médical rassurant- Groupe → culture dans l'armée- Redonner de l'espoir et de la motivation en voyant l'évolution		possibilité de réintroduire des personnes petit à petit plutôt calme au départ et ensuite plus extravertis
--	--	--	--

Question 6 : Quelles mises en situation écologiques pourriez-vous proposer pour aider les patients dans leur réinsertion sociale et lesquelles avez-vous déjà mise en place ?

	Ergothérapeute 1		Ergothérapeute 2
Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Aller au domicile du patient, tous ne viennent pas toujours - Moins pour les patients qui sont en famille parce que c'est plus un travail avec l'entourage - C'est plus les patients isolés, pour eux l'objectif c'est de leur permettre de pouvoir aller voir au domicile de voir comment ça se passe et comment on peut les aider à reprendre une vie sur l'extérieur - Après le soin en ambulatoire permet ça aussi, le fait de venir en hôpital de jour, ça les oblige déjà à sortir de chez eux, à reprendre contact avec les autres, à reprendre du plaisir aussi être avec les autres - Discuter des difficultés du quotidien et à échanger, ils sont en « groupe » → chacun fait son activité mais dans un groupe → c'est un partage d'expérience, donc quel sujet échanger, quel sujet j'échangerais pas, quels problèmes j'ai et il y a beaucoup d'échanges autour de ça, notamment pour ce qui est démarches administratives - La prise en charge ambulatoire apporte déjà beaucoup - Son sanctuaire → une fois qu'il est là, il est plus sur la défensive, il est plus en insécurité et plus en hyper vigilance → permet de reprendre de la disponibilité à faire des choses - C'est la base - Travailler avec lui sur comment ça se passe à la maison comme on peut pas pour l'instant aller à la maison - L'idée c'est de petit à petit avoir un lien de qualité avec les patients pour que justement il puisse se livrer sur ce qui se passe et sur quels sont les difficultés et comment on peut travailler dessus. 	Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Sorties à l'extérieur : des choses en groupe, d'abord un cours en individuel (l'art thérapie, des jeux, différentes activités qui font sens à la personne - En intérieur ou dans un environnement qu'ils connaissent, on va commencer à travailler tout le son extérieur (à la bibliothèque avec des patients donc on a pris la voiture on était 6, milieu plutôt calme - Allé faire le marché, on a choisi 1h où y avait pas trop de gens, 2 intervenants, toujours le même groupe - A la bibliothèque : trois personnes qui avaient un ESPT et 2 qui avaient plutôt des problèmes psychotique, ils se sont beaucoup rattachés à nous sur le moment où ils montaient en appréhension, rassurer de voir qu'en fait on cadrait l'espace → descendent leur seuil de vigilance - Bibliothèque c'est dans un endroit municipal ordonné fermé sans trop de bruit lumineux - Le groupe qui était un élément rassurant, des éléments référents, ils ont pu aller et même plusieurs d'entre eux ont pu directement aller vers d'autres gens dans le marché - Ce matin on est censé allé à l'Ultimate avec un collègue, pour les amener à l'extérieur - Si la personne a besoin d'aller faire les courses on va prendre les transports en commun, on peut prendre une voiture dans un premier temps, on va faire les courses, on va aller faire la cuisine - Tu peux faire des retours à domicile → explorer son environnement d'abord personnel - Sorties sportives - Faire tout ça aussi au sein de l'hôpital quand c'est possible - Toutes les activités psychiques → un projet aussi d'accompagnement bien-être - Sous-effectif actuellement, compliqué de sortir avec 2 ou 3 personnes
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de mise en situation écologique 	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Sorties à l'extérieur, en individuel puis en groupe (l'art

	<ul style="list-style-type: none"> - Patients qui viennent de loin, donc VAD pas toujours possible → environnement personnel peu observé - Sortie thérapeutique → loisirs - Insécurité et hypervigilance présentes - Sorties en famille qui doivent être organisées - Proposition de sortie à l'extérieur avec ou sans transport en commun - Apporter du plaisir, côté médical rassurant - Groupe → culture dans l'armée <p>Redonner de l'espoir et de la motivation en voyant l'évolution</p>		<p>thérapie, des jeux, différentes activités qui font sens à la personne)</p> <ul style="list-style-type: none"> - En intérieur ou environnement connu, travail des sons extérieurs (bibliothèque → calme, le marché, toujours le même groupe - Présence des intervenant rassurante → descendent leur seuil de vigilance - Le groupe → rassurant - Faire les courses si besoin avec transports en commun ou non - VAD → explorer son environnement personnel - Sorties sportives - Le plus possible dans l'hôpital → rassurant - Activités psychiques <p>Sorties limitées car sous-effectif actuellement</p>
--	---	--	--

Question 7 : Avez-vous des informations supplémentaires que vous souhaiteriez me transmettre ?

Ergothérapeute 1		Ergothérapeute 2	
Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Si vous avez des questions il faut pas hésiter 	Codage	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler en lien avec la mairie pour lier à l'ajustement des bibliothèques, euh des stades, pour pouvoir sortir en sécurité - En train de mettre en place aussi la création d'un jardin thérapeutique, à l'extérieur de l'hôpital, dans l'enceinte de l'hôpital, pas dans le bâtiment - La maison des familles, c'est une sorte de maison d'accueil ou en fait ils ont prêté un appartement → permet de faire des mises en situation dans un environnement en dehors de l'hôpital mais qui n'est pas encore totalement en dehors donc on reste dans un espace sécuritaire et mais en même temps en dehors - Création d'un appartement thérapeutique là dans pas longtemps dans le service
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Reste à disposition si besoin 	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler en lien avec la mairie pour lier à l'ajustement de différents lieux publiques - Création d'un jardin thérapeutique dans l'hôpital - Prêt d'un appartement → permet les MES dans un environnement en dehors de l'hôpital mais pas chez eux → rassurant - Création d'un appartement thérapeutique dans le service

Résumé

Introduction : En France, on recense 122 000 personnes souffrant d'ESPT. L'ESPT est un syndrome qui affecte les militaires à la suite d'un évènement traumatisant et qui engendre des conséquences sur les activités de vie quotidienne. On peut noter que 25% des militaires sont touchés par l'ESPT. La recherche a duré un an et demi dans le but de démontrer que l'utilisation du modèle conceptuel le PPH 2 peut faciliter la réinsertion des militaires.

Méthodologie : On trouve peu d'ergothérapeutes en France dans le milieu militaire et encore moins en psychiatrie. Le nombre de participants pour mes entretiens a donc été très restreint afin qu'ils répondent à mes critères d'inclusion.

Résultats : Deux entretiens avec deux ergothérapeutes dans deux HIA différents ont été réalisés, le troisième n'ayant pas pu être réalisé.

Il en est ressorti de ces entretiens, que le PPH 2 semble être un bon outil pour recueillir des données.

Il faut également prendre en compte qu'il n'est pas possible de valider les hypothèses car le nombre d'entretien requis par la méthode utilisée n'a pas pu être respectée.

Discussion : Cette recherche a pour but d'aider les ergothérapeutes à mettre en place un plan de traitement pour faciliter la réinsertion des patients militaires grâce à l'utilisation du modèle conceptuel le PPH 2. Les données recueillies pourront donc être mieux classées et analysées pour ainsi former des objectifs.

Il serait intéressant à l'avenir, de comparer avec un autre modèle conceptuel tel que le MCREO, le MOH ou encore le MOHOST afin de faire ressortir les aspects négatifs et positifs de l'utilisation de chacun d'entre eux ou bien d'en concevoir un qui reprend des items de chacun d'entre eux.

Conclusion : Pour conclure, la réinsertion des militaires reste complexe, c'est pourquoi un entretien standardisé permettrait de faciliter la prise en soin des ergothérapeutes.

Mots clés : ergothérapie, ESPT, militaires, réinsertion sociale, modèle conceptuel

Abstract

Introduction : In France, there are around 122,000 people suffering from PTSD. PTSD is a syndrome which hurt soldiers following a traumatic event and which has consequences on life activities. 25 per cent of soldiers are concerned by PTSD. The research lasted a year and half to demonstrate that the conceptual model use can make the reintegration of soldiers easier.

Methodology : In France, there are few occupational therapists in military environment and even fewer in psychiatry. The participant number for my interviews was very limited in order to meet my inclusion criteria.

Results : Only two interviews with two occupational therapists in two different army training hospital were realized.

From these interviews, it appears that the PPH 2 is a good tool for collecting data. It must also be taken into account that it is not possible to validate the hypotheses because the number of interviews required by the method used could not be respected.

Discussion : The purpose of this research is to help therapist to set up a plan of treatment to facilitate military patients' reintegration thanks to the use of le PPH 2 conceptual model. The collected data will be better classified and analysed to thus create goals.

It would be interesting in the future to compare with another conceptual model such as MCRO in order to highlight the positive and negative aspects of using both.

Conclusion : To conclude, the reintegration of military personnel remains complex, which is why a standardized interview would facilitate the care of occupational therapists.

Keywords : occupational therapist, PTSD, military, social reintegration, conceptual model