



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 2021-2024

**L'ergothérapie : un atout dans
l'amélioration de la qualité de vie de la
personne présentant des troubles du
sommeil associés à un trouble anxieux
généralisé ?**

Étudiant : ORMANCEY Maud

Directeur de mémoire : LACOTE Aurélie

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

Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes ayant contribué à l'écriture et l'élaboration de ce mémoire de fin d'étude et qui m'ont soutenue durant ces trois années d'étude et en particulier :

À Aurélie LACOTE, ma directrice de mémoire, pour son investissement et son accompagnement, ses relectures et ses conseils avisés,

Aux formatrices de l'école et aux différents personnels pour leur aide et leur disponibilité,

Je tiens à remercier Célia, mon amie de promotion, pour son soutien infaillible et sa disponibilité précieuse lors de mes doutes ou mes besoins tout au long de ce travail mais également durant mes trois années d'études.

J'adresse maintenant mes sincères remerciements à ma famille et mes amis, qui ont su être à la hauteur et m'écouter lorsque le besoin se présentait.

Enfin, merci à tous ceux qui ont participé directement ou indirectement à cet écrit, à savoir les ergothérapeutes interrogés, d'autres professionnels de santé, mes proches pour la relecture de ce mémoire et tous ceux qui m'ont fait part de leur bienveillance.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| 1 Les troubles anxieux | 2 |
| 1.1 L'anxiété..... | 2 |
| 1.2 De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique | 2 |
| 1.3 Epidémiologie | 2 |
| 1.4 Le trouble anxieux généralisé..... | 3 |
| 1.5 Les différents axes de prise en soin..... | 3 |
| 2 Le sommeil | 4 |
| 2.1 La physiologie du sommeil | 4 |
| 2.2 Les troubles du sommeil | 8 |
| 3 L'ergothérapie | 11 |
| 3.1 Qu'est-ce que l'ergothérapie ? | 11 |
| 3.2 Ergothérapie et santé mentale..... | 11 |
| 3.3 Le sommeil comme occupation..... | 12 |
| 3.4 Une vision ergothérapique du sommeil..... | 12 |
| 3.5 La place de l'ergothérapeute en lien avec les troubles du sommeil | 16 |
| 3.6 Le sommeil : une collaboration indispensable | 18 |
| 4 Question de recherche et hypothèses | 20 |
| 5 Méthodologie de recherche | 20 |
| 5.1 Objectif de l'étude | 20 |
| 5.2 Outil de recueil de données | 21 |
| 5.3 Mise en place de l'enquête | 23 |
| 6 Résultats | 26 |
| 6.1 Présentation des participants | 26 |
| 6.2 Analyses | 27 |
| 7 Discussion | 41 |
| 7.1 Interprétation des résultats | 42 |
| 7.2 Analyse de la méthode | 48 |
| 7.3 Réinvestissement professionnel et apports personnels..... | 50 |
| CONCLUSION | 52 |
| BIBLIOGRAPHIE | 53 |
| ANNEXES | |
| RÉSUMÉ | |
| ABSTRACT | |

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AOTA : American Occupational Therapy Association

DSM : Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders

EEG : Electroencéphalogramme

ELADEB : Echelle Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins

HAS : Haute Autorité de Santé

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

PEOP : Personne – Environnement – Occupation – Performance

REM : Rapid Eyes Mouvement

TAG : Troubles Anxieux Généralisé

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TCC-I : Thérapie Cognitivo Comportementale de l'Insomnie

WFOT : Word Federation Occupational Therapy

INTRODUCTION

« Imaginez-vous incapable de fermer l'œil, votre esprit tourbillonnant dans un flot incessant de préoccupations et d'inquiétudes, emprisonné par l'anxiété. Plus qu'un simple fardeau émotionnel, cela s'étend insidieusement sur chaque aspect de votre vie quotidienne, perturbant même le repos vital que le sommeil devrait vous offrir. »

Tel est le récit commun de patients diagnostiqués avec un trouble anxieux que j'ai rencontré lors d'un stage en santé mentale. C'est ainsi que j'ai choisi de mêler deux notions pour ce travail de fin d'études : les troubles anxieux et le sommeil, thématique qui me passionne. Au-delà de cela, ce travail aborde des questions de santé publique cruciales. En effet, les troubles anxieux sont parmi les pathologies psychiatriques les plus fréquentes (1), tandis que les problématiques de sommeil, tant sur le plan qualitatif que quantitatif semblent devenir de plus en plus préoccupantes dans nos sociétés (2). Au cours de ce stage, de nombreux patients exprimaient à l'ergothérapeute leurs difficultés liées au sommeil, se plaignant de fatigue diurne et d'une diminution de leur engagement et performance occupationnelle. La problématique du sommeil en psychiatrie était bien présente. Toutefois, malgré une empathie présente, aucune intervention spécifique sur le sommeil était mise en place par l'ergothérapeute. Cependant, l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui aide les personnes à atteindre leurs objectifs occupationnels en les aidant à développer, récupérer ou maintenir les capacités nécessaires afin de réaliser les activités de la vie quotidienne. Il a une vue holistique de la personne et peut agir sur l'environnement humain, social et physique (3). Qui plus est, le sommeil est aujourd'hui reconnu comme une occupation à part entière. Dès lors, le lien avec l'ergothérapie a donc été très pertinent selon moi (3). C'est ainsi que j'ai établi le questionnement suivant : **Quelle place peut avoir l'ergothérapeute afin de favoriser le sommeil d'une personne avec un trouble anxieux ?**

Tout d'abord, j'établirai le cadre conceptuel de mon sujet de mémoire en définissant les concepts. Ensuite, j'exposerai ma problématique de recherche ainsi que mes hypothèses. Par la suite, je décrirai la méthodologie de recherche que j'ai adoptée. Ensuite, j'exposerai les résultats obtenus à partir de l'approche longitudinale et transversale. Enfin, j'aborderai la discussion pour répondre à ma question de recherche et examiner mes hypothèses.

1 Les troubles anxieux

1.1 L'anxiété

Vous êtes-vous déjà soucié de votre santé, de problèmes familiaux d'argent ou autres ? Sans doute, cela désigne de l'anxiété. Mais qu'est-ce que l'anxiété ?

Le terme d'anxiété fait référence à un phénomène physiologique tout à fait normal et naturel de notre organisme. Du point de vue psychique, elle se caractérise par un état émotionnel pénible et désagréable, une sensation de préoccupation, d'inquiétude qui survient lorsque l'on fait face à des situations stressantes ou menaçantes (4). Sur l'aspect physiologique, de nombreux changements vont également s'opérer lorsque l'on est anxieux. En effet, on peut observer une accélération du rythme cardiaque, une augmentation de la transpiration, des difficultés à respirer ou encore une tension musculaire. Tout cela permet de fournir l'énergie et la force nécessaire à l'organisme pour faire face à une situation jugée menaçante ou dangereuse. Ainsi, l'anxiété représente une importante fonction de survie (5).

1.2 De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique

Toutefois, l'anxiété peut être considérée comme un trouble quand elle survient de manière inappropriée, fréquemment et que son intensité et sa durée viennent alors perturber les activités normales de la vie quotidienne d'une personne (4). On parle alors de troubles anxieux. Ces derniers représentent une maladie psychique fréquente. Dans le DSM-5, les troubles anxieux se déclinent sous 6 formes : le trouble de panique, les phobies spécifiques, l'agoraphobie, l'anxiété sociale, le trouble d'anxiété de séparation et l'anxiété généralisée (5).

1.3 Epidémiologie

Les troubles anxieux sont parmi les troubles mentaux les plus courants dans le monde. Ils touchent des millions de personnes de tous âges et origines ethniques. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), 15% des adultes de 18 à 65 ans présentent des troubles anxieux sévères sur une année donnée, et 21% en présenteront au cours de leur vie (6). Les facteurs de risque des troubles anxieux sont complexes et multifactoriels. Ils peuvent inclure des antécédents

familiaux, des expériences de stress traumatiques, des déséquilibres chimiques dans le cerveau et des facteurs environnementaux (6). Enfin, dans des études épidémiologiques, on observe que les femmes sont plus susceptibles de souffrir de troubles anxieux que les hommes. Cela peut être dû à une combinaison de facteurs biologiques, sociaux et culturels (7).

1.4 Le trouble anxieux généralisé

Dans le cadre de ce mémoire je vais affiner ma recherche sur un trouble anxieux en particulier pour que celle-ci soit plus précise : le Trouble Anxieux Généralisé (TAG). La naissance du concept de TAG est récente puisqu'elle date de la 3^{ème} édition du DSM publiée en 1980. Le diagnostic de ce trouble mental se caractérise par une inquiétude chronique et excessive, un sentiment persistant d'insécurité, qui interfère avec les activités quotidiennes (4). L'anxiété peut être accompagnée de symptômes physiques, tels qu'une agitation, de la nervosité, de la fatigue, des difficultés de concentration, des tensions musculaires ou des troubles du sommeil. En effet, les troubles du sommeil sont un des critères afin d'établir le diagnostic d'une anxiété généralisée (8).

Souvent, les inquiétudes se distinguent en deux catégories. La première, les inquiétudes de la personne sont centrées sur des problèmes réels et actuels, et pour lesquelles il est possible de mettre en place une technique de résolution de problèmes. Puis, la seconde correspond aux inquiétudes dites éventuelles, où, par définition, il n'y a pas encore de problème mais la personne va les imaginer et les anticiper. Ainsi, la résolution de problème est donc inapplicable (9).

1.5 Les différents axes de prise en soin

Lorsqu'une personne est diagnostiquée avec un trouble anxieux, la prise en soin est du domaine du médecin traitant, en coopération avec un psychiatre si nécessaire. Dans un premier temps, le médecin va rechercher des comorbidités souvent associées tels que la dépression. Une fois celle-ci écartée, la seconde mesure sera d'instaurer une bonne hygiène de vie (rythmes réguliers, sommeil, activité physique, alimentation...). Ceci est le traitement

de première intention des troubles anxieux. Cette prise en soin est destinée à diminuer les symptômes et à améliorer le fonctionnement psychologique et social du patient (10).

Après quelques semaines, une évaluation clinique est réalisée ; soit l'anxiété est contrôlée, soit il y a une absence d'amélioration avec un retentissement social/professionnel trop important. Ainsi, une prise en soin psychothérapique et/ou un traitement médicamenteux va être mis en place. Au niveau de la prise en soin psychothérapique, les Thérapies Cognitivo-Comportementale (TCC) sont à privilégier en première intention (11). Elles incluent de plus en plus dans les TAG des programmes de méditation basés sur la pleine conscience. Celle-ci va permettre au patient d'apprendre à gérer son anxiété en modifiant ses pensées, ses peurs et ses croyances grâce à des expositions progressives aux situations qu'il juge angoissantes en menant à une restructuration cognitive de la personne (12).

En outre, dans les formes les plus graves, le traitement médicamenteux peut être instauré d'emblée. Dans les autres cas, elle est initiée en cas d'échec des règles hygiéno-diététiques et de la psychothérapie. Les plus couramment utilisés sont les anxiolytiques. En cas d'inefficacité après 6 semaines, les posologies seront augmentées. Si l'échec persiste il y aura une modification de la molécule prescrite. A 12 semaines, l'absence d'amélioration devra mener à un avis spécialisé (12) (**Annexe I**).

2 Le sommeil

2.1 La physiologie du sommeil

Comme expliqué ci-dessus l'anxiété généralisée impact les activités quotidiennes de la personne et a de nombreuses conséquences, modifications et notamment sur le sommeil. Mais qu'est-ce que le sommeil ? Comment fonctionne-t-il ?

2.1.1 Qu'est-ce que le sommeil ?

Nous passons un tiers de notre vie à dormir et ce n'est pas anodin. Le sommeil est un besoin primaire tout comme le fait de boire ou de s'alimenter. Il représente un état naturel de repos et de récupération du corps et de l'esprit, essentiel à la santé et au bien-être de l'individu (13). Il est caractérisé par une réduction de la conscience, de l'activité motrice et de la réactivité aux stimuli environnementaux. Le sommeil est un processus biologique complexe qui se compose de divers cycles bien distincts, chacun avec leurs particularités (13)(14).

2.1.2 Le rythme veille-sommeil

Néanmoins, un peu comme chaque face d'une pièce est indissociable de l'autre, parler du sommeil seul n'a pas vraiment de sens car cette notion est indissociable de la veille. Il est alors plus pertinent de parler du rythme veille-sommeil. La notion de rythme vient du fait que la veille et le sommeil sont deux états alternatifs qui se répètent sur une période de 24 heures (15).

Ainsi, quand la nuit approche, nous ressentons naturellement de la somnolence et le besoin de dormir. La veille, elle, fait référence à l'état d'éveil, de vigilance où la personne est consciente et alerte. Pendant la veille, les individus sont conscients de leur environnement, capables de répondre aux stimuli extérieurs et de mener des activités physiques et cognitives (16). Il est essentiel d'avoir un équilibre sain entre la veille et le sommeil pour maintenir une bonne santé physique et mentale, ainsi qu'une performance optimale dans les activités quotidiennes. Un sommeil adéquat pendant la nuit est nécessaire pour permettre une bonne période de veille pendant la journée (15).

2.1.3 Les rôles du sommeil

Parmi les nombreux rôles du sommeil, je cite en premier lieu, un rôle de récupération physique. En effet, ce temps permet la libération et la régulation hormonale, la réparation des tissus musculaires ou des tissus endommagés, la restauration des cellules nerveuses. Une épuration des matières toxiques accumulées dans le cerveau au cours de la journée est

également réalisée. On peut observer une réduction du métabolisme et une préservation de l'énergie, afin de maintenir l'homéostasie (17).

Secondement, il permet également une récupération psychique. En effet, un sommeil adéquat contribue à une adaptation émotionnelle et cognitive optimale. Il améliore la clarté mentale, la créativité, ou encore joue un rôle majeur dans la stabilisation de l'humeur et favorise une moindre anxiété (18).

Troisièmement, le sommeil a un impact direct sur le fonctionnement cognitif. On peut citer la concentration, l'orientation, l'attention ou encore la prise de décision, sans oublier son rôle majeur dans la consolidation mnésique et l'apprentissage. Ainsi, dormir permet une récupération physique, psychologique et intellectuelle. Le sommeil prépare donc notre corps à l'état de veille qui suit. Toutefois, il est notable qu'à l'heure actuelle toutes les fonctions du sommeil ne sont pas découvertes et certains rôles demeurent encore hypothétiques (19).

2.1.4 Architecture du sommeil

Le sommeil n'est pas un phénomène continu et constant tout au long de la nuit. En 1924, Hans BERGER inventa l'électroencéphalogramme (EEG) et fut le premier à mesurer l'activité électrique du cerveau humain. En 1953, un professeur et son étudiant, Kleitman et Aserinsky, furent les premiers à mesurer l'activité cérébrale pendant une nuit complète. Ils constatèrent que notre cerveau était très actif pendant notre sommeil et qu'il comprenait plusieurs phases (13) (**Annexe II**).

Aujourd'hui, à l'aide de critères électrophysiologiques et comportementaux (observation du dormeur) les scientifiques peuvent affirmer qu'une nuit de sommeil est constituée de plusieurs phases successives, elles-mêmes organisées en cycles. C'est cette organisation que l'on nomme architecture du sommeil. Un cycle dure en moyenne 1h30 à 2h mais la durée peut varier au cours de la nuit tout comme la composition des cycles. (**Annexe III**)

La première phase du sommeil est l'endormissement. Nous la nommons également demi-sommeil car elle permet la transition entre l'état de veille et le sommeil. Vous avez sans doute fait l'expérience de ce moment où vous sentez que votre attention baisse fortement. Vos muscles vont alors se détendre, votre respiration, votre rythme cardiaque et la température corporelle diminuent. Lors de cette phase, le moindre bruit peut réveiller l'individu, sans avoir la sensation d'avoir dormi. Pourtant, au cours de cette phase, l'activité cérébrale ralentit et on observe l'apparition des ondes thêta avec une fréquence d'ondes à 3-7Hz, traduisant une tranquillité de l'esprit. En outre, le temps mis à s'endormir se nomme latence d'endormissement, il s'agit du temps mis à passer du stade 0 de l'éveil au stade 1. Chez l'adulte, il est considéré comme normal lorsqu'il n'excède pas 20 minutes (13).

Nous sommes à présent dans la phase 2 : le sommeil lent léger. Il représente environ 50 à 60 % du sommeil total chez l'adulte. L'activité cérébrale continue de ralentir, l'individu n'a plus vraiment conscience de son environnement, toutefois, il peut toujours se réveiller facilement mais aura la sensation qu'il dormait bel et bien. L'EEG, enregistre une activité cérébrale caractéristique avec des complexes K (grande ondes lentes) suivies généralement des ondes cérébrales de type « spindles » (fuseau de sommeil). Ces derniers sont des oscillations cérébrales à haute fréquence, 12-14Hz (oscillations courtes et rapides). Les scientifiques pensent que les complexes K contribuent à la poursuite de notre sommeil. De plus, ils jouent un rôle dans le processus de mémorisation puisque c'est à ce moment-là que notre cerveau transfère les informations nouvelles de la journée, d'une zone de mémoire, temporaire qui est l'hippocampe, à une zone plus définitive et consolidée : le cortex préfrontal. Ainsi, petit à petit le cerveau se déconnecte de plus en plus à son environnement et il est maintenant difficile de réveiller l'individu car il est désormais dans la phase 3 : le sommeil lent profond (17).

Au cours du sommeil lent profond, une nouvelle onde va alors apparaître : les ondes delta, qui sont très lentes et synchrones ayant la forme de grands triangles avec une fréquence inférieure à 4Hz. Le cerveau de l'individu est alors complètement déconnecté de son environnement. La respiration est lente et régulière tout comme le cœur. Les yeux ne bougent plus et il n'y a presque plus d'activité musculaire. C'est au cours de cette phase qui dure en moyenne 30 à 40 minutes (16-20% du temps de sommeil) qu'il est le plus difficile de réveiller

quelqu'un car l'activité du réseau de conscience est considérablement réduite. En effet, l'organisme est entièrement au repos et il récupère, permettant aux cellules de se régénérer. Puis, au niveau cérébral, le travail d'organisation et de consolidation de la mémoire se poursuit et les toxines sont également éliminées (13).

Enfin, le sommeil paradoxal également nommé REM (Rapid Eyes Mouvement) est le stade du sommeil qui clôture chaque cycle de sommeil. On observe à l'EEG une activité cérébrale rapide, désynchronisée, comportant des fréquences mixtes thêta et alpha. Pendant ce stade, la respiration est irrégulière, les muscles squelettiques sont atoniques et immobiles, à l'exception des muscles oculomoteurs (d'où REM) et du diaphragme qui restent actifs. C'est également la phase de sommeil rattachée aux rêves. En effet, c'est à ce moment qu'ils sont le plus intense, vivaces et émotionnels comparés aux autres phases. Ainsi, bien que sa fonction exacte ne soit pas encore élucidée, le sommeil paradoxal représente une phase très importante du sommeil car les scientifiques pensent qu'il joue un rôle dans la consolidation de la mémoire, le traitement des émotions ou encore le maintien de l'équilibre psychologique (17).

2.2 Les troubles du sommeil

2.2.1 Enjeu de santé publique

Aujourd'hui, nous savons désormais que le sommeil n'est pas simplement un moment de repos, mais qu'il correspond à une activité physiologique vitale. Nous avons également abordé le fait qu'un sommeil non adapté a des conséquences néfastes directement sur notre santé. Toutefois, la question du sommeil est devenue un véritable enjeu de santé publique. Plusieurs facteurs contribuent à cette problématique, notamment le rythme de vie effréné, le stress, les écrans et la technologie omniprésente, ainsi que les habitudes de sommeil inadéquates. Une récente étude publiée par le bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'agence de santé publique révèle que les Français dorment en moyenne 6h42 minutes par nuit, soit moins que les 7 heures minimales quotidiennes recommandées pour une bonne récupération. Les études montrent également que le nombre de petits dormeurs et la dette de sommeil ne cessent d'augmenter (17)(21).

Actuellement, les troubles du sommeil ne cessent eux-aussi d'augmenter et se montrent fréquents : 37% des Français en souffriraient. En ce qui concerne l'insomnie qui est le trouble du sommeil le plus fréquent parmi les 81 recensés, 35% à 60% des individus présentent des symptômes d'insomnie. L'insomnie chronique, elle, touche en moyenne 10 à 20% de la population (21).

Ce trouble se caractérise par une perturbation du sommeil soit lors de l'endormissement, soit pendant le maintien du sommeil au cours de la nuit, ou encore peut se manifester par un sommeil trop précoce, s'accompagnant de retentissement diurne. On emploie le terme d'insomnie chronique lorsque le trouble persiste plus de 3 fois par semaine pendant 3 mois. Ainsi, la question d'enjeu de santé publique ne se pose plus au sujet du sommeil. Mais y a-t-il un lien direct entre le sommeil et la santé mentale ? Oui, en effet, une étude révèle une forte association entre la qualité du sommeil et la santé mentale. De plus, l'insomnie peut être causée par une pathologie psychiatrique tel que le trouble anxieux généralisé (22).

2.2.2 Sommeil et anxiété : une relation bidirectionnelle

Les troubles du sommeil et les troubles anxieux sont étroitement liés et peuvent souvent coexister. En effet, les personnes souffrant d'un trouble anxieux généralisé ont souvent du mal à s'endormir ou à rester endormis en raison de préoccupations constantes, de pensées inquiétantes ou de ruminations mentales. En outre, une anxiété trop sévère peut entraîner des cauchemars ou des terreurs nocturnes. Toutefois, les troubles du sommeil peuvent également être une cause majeure de l'anxiété. En effet, comme vu ci-dessus, un sommeil inadéquat peut causer une forte fatigue, de l'irritabilité, aggravant les symptômes de l'anxiété. Ainsi, on peut obtenir un cercle vicieux où l'anxiété perturbe le sommeil, produisant une fatigue accrue tout en augmentant l'anxiété (15).

2.2.3 Le modèle d'installation de l'insomnie chez la personne anxieuse

Dans le DSM-5, les troubles du sommeil sont un critère pour le diagnostic des troubles anxieux. En effet, l'anxiété provoque l'insomnie en raison de plusieurs mécanismes psychologiques et physiologiques. Comme expliqué ci-dessus, les troubles anxieux engendrent souvent des pensées persistantes et préoccupantes, notamment des inquiétudes concernant l'avenir, des ruminations sur des problèmes passés ou des éventuels problèmes pouvant se produire. Ainsi, ces pensées envahissantes sont difficiles à supprimer au moment du coucher. De plus, d'un point de vue physiologique, l'anxiété déclenche une réponse au stress dans le corps entraînant la libération de nombreuses hormones et notamment celle du cortisol. Cela va initier une activation du système nerveux sympathique et alors maintenir l'organisme en état d'alerte, rendant difficile l'endormissement de la personne. La pathologie s'accompagne régulièrement d'une tension musculaire au niveau de la nuque, épaules et du dos. Il est évident que cette tension va à l'encontre de la détente nécessaire pour s'endormir, ce qui contribue également à l'insomnie. En outre, les personnes anxieuses ont tendance à être plus vigilantes et attentives aux signaux de danger, et ce, même la nuit. Cette hypervigilance peut entraîner une sensibilité accrue aux bruits, aux mouvements ou à d'autres stimuli nocturnes, perturbant le sommeil (15) (22).

2.2.4 Prise en soin des troubles du sommeil en lien avec les troubles anxieux

En 2017, la société européenne de recherche sur le sommeil a élaboré des recommandations cliniques pour le traitement de l'insomnie chez les patients adultes. La Thérapie Cognitivo-Comportementale de l'Insomnie (TCCI) est recommandée comme traitement de première intention de l'insomnie chronique chez l'adulte de tout âge. Elle implique généralement la restructuration des pensées négatives liées au sommeil, l'établissement de routines de sommeil régulières, la restructuration du temps au lit pour favoriser une meilleure consolidation. Puis, une intervention pharmacologique peut être proposée si la TCCI n'est pas suffisamment efficace ou disponible (23).

3 L'ergothérapie

3.1 Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

L'étymologie grecque du mot ergothérapie, « ergon » accolé à « therapia » nous indique que c'est par l'action que l'ergothérapeute effectue son intervention thérapeutique » (24). L'histoire de l'ergothérapie est riche et complexe, remontant au début du 20e siècle, cette profession émerge aux Etats-Unis et en Europe. À cette époque, elle était souvent appelée "thérapie occupationnelle". Les pionniers de la discipline étaient des professionnels de la santé, notamment des médecins et des infirmières, qui cherchaient à aider les personnes atteintes de troubles mentaux à retrouver leur autonomie en leur proposant des activités productives et signifiantes. Puis, la profession a gagné en reconnaissance suite à la première guerre mondiale. En outre, au fil des ans, des associations professionnelles d'ergothérapeutes ont été créées pour établir des normes pratiques et promouvoir la profession, notamment l'Association Américaine des Ergothérapeutes (AOTA), fondée en 1917 (25).

Aujourd'hui, l'ergothérapie est une profession de la santé qui aide les personnes à atteindre leurs objectifs occupationnels en les aidant à développer, récupérer ou maintenir les capacités nécessaires afin de réaliser leurs occupations de la vie quotidienne. Cette profession a évolué pour répondre aux besoins de diverses populations. Elle s'est étendue à la réadaptation physique, aux soins de santé mentale, à la pédiatrie, à la gériatrie, à la réadaptation cardiaque, à l'ergothérapie communautaire, à l'ergothérapie en milieu scolaire, et à bien d'autres domaines (26).

3.2 Ergothérapie et santé mentale

L'ergothérapeute intervient depuis de nombreuses années maintenant dans le domaine de la santé mentale. Les ergothérapeutes en santé mentale travaillent auprès de personnes confrontées à des défis psychologiques, émotionnels ou comportementaux ; les troubles anxieux y sont donc inclus. Son approche holistique est axée sur la promotion du bien-être mental et le rétablissement des patients où l'objectif majeur est d'améliorer leur qualité de vie. Sur la base d'une évaluation initiale, l'ergothérapeute essaie de collaborer avec le patient

afin d'établir un plan de traitement. Les interventions peuvent prendre différentes formes telles que la gestion du stress et des émotions, le développement des compétences sociales, la planification d'activités significatives, l'adaptation de l'environnement ou encore l'intégration communautaire. Cette intervention est flexible et adaptative, s'ajustant aux besoins changeants des individus (27) (28).

3.3 Le sommeil comme occupation

Revenons aux troubles du sommeil associés au TAG. Selon la World Federation of Occupational Therapists (WFOT), « les occupations correspondent aux activités quotidiennes que font les gens en tant qu'individus, dans les familles et les communautés pour occuper leur temps et donner un sens et un but à leur vie. Les occupations comprennent les choses dont les gens ont besoin, veulent et sont censés faire » (3).

Souvent mis de côté comme un état d'inconscience, le sommeil a été défini en 2008 par l'AOTA comme une occupation à part entière se détachant des activités de vie quotidienne et de soins personnels. Il est présent dans toutes les cultures et domine dans les profils individuels quotidiens. Cette occupation représente le lien le plus étroit avec la santé de l'individu. Toutefois, quelques études sur des occupations tranquilles et ressourçantes ont été réalisées, mais peu ont essayé d'étudier le sommeil. En réalité, le sommeil est l'occupation sans laquelle on ne pourrait vivre, bien que comme vu ci-dessus notre société est malade du sommeil. Souvent, notamment comme dans ma situation d'appel, de nombreux patients des ergothérapeutes souffrent de troubles du sommeil, et ces derniers ne sont que rarement traités (3) (25) (29).

3.4 Une vision ergothérapique du sommeil

3.4.1 Le modèle PEOP

Pour structurer leur pratique, les ergothérapeutes disposent de nombreux outils tels que des évaluations, des grilles d'analyses d'activités, des bilans mais également des modèles conceptuels. Un modèle conceptuel est défini comme « une représentation mentale simplifiée d'un processus » qui intègre à la fois la théorie et la pratique (31).

Ainsi, afin de comprendre le lien qu'il existe entre le sommeil d'une personne anxieuse, sa performance occupationnelle et son bien-être ; je vais m'appuyer sur le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (PEOP) (32) (*Annexe IV*).

Seuls quelques modèles, comme ce dernier ont tenté de discuter de la manière dont le sommeil est lié à l'occupation et de la manière dont il pourrait s'intégrer dans la pratique de l'ergothérapie (30). Le modèle PEOP est un modèle dit « systémique, écologique et transactionnel » puisqu'il s'intéresse à la manière dont une personne interagit dans son environnement et les conséquences que peuvent avoir ces interactions sur la performance occupationnelle et le bien-être de la personne. (31)

Pour faciliter la compréhension de ce modèle, j'ai choisi de définir les termes inhérents à ce modèle, c'est-à-dire la personne, l'environnement, les occupations, la performance et participation occupationnelle et le bien-être (Christiansen, Bass et Baum 2015) (31).

- Le concept de « **personne** » permet de décrire cette dernière en identifiant les capacités et les déficiences. Elle regroupe tous les facteurs psychologiques (auto-efficacité, estime de soi...), cognitif (comportementale...), sensoriel, moteur, physiologique (sommeil notamment), les croyances et la spiritualité de la personne (33).
- Le concept d'« **environnement** » englobe tout ce qui gravite autour d'une personne, en comprenant sa culture, son environnement physique, naturel et social, les déterminants sociaux mais également les facteurs politique et technologique. Il représente tous les éléments sur lesquels une personne peut s'appuyer, mais également tout ce qui peut limiter ses performances occupationnelles (31).
- Le concept d'« **occupation** » fait référence aux activités, tâches et rôles sociaux signifiants et significatifs de la personne (31).

- La « **performance occupationnelle** » se définit comme la réalisation d'activités, ce que la personne est en train de réaliser, son comportement observable. Elle est le support de la participation et du bien-être (34).
- La « **participation occupationnelle** » correspond au fait qu'une personne puisse s'engager dans des occupations situées dans un contexte socio-culturel désirées et/ou nécessaires pour le bien-être de la personne (34).
- Le « **bien-être** » correspond à la satisfaction et à la qualité de vie d'une personne. (31)(35).

3.4.2 La qualité de vie

La qualité de vie est un concept plutôt large, se définissant comme la perception que peut avoir une personne sur sa place dans la vie, dans un contexte culturel ou bien dans le système de valeurs dans lequel il évolue. Cette perception s'entremêle avec les objectifs, les attentes, les normes et les inquiétudes de la personne. La qualité de vie, comme nous le voyons à travers le modèle PEOP, peut être influencée par la santé physique, mentale et psychique de l'individu mais également par son niveau d'indépendance, ses relations sociales et d'autres encore (35). Selon Felce D. et Perry J., la qualité de vie pourrait porter autant de définitions qu'il n'existe de personne sur Terre (36).

Dans le domaine de la santé, le concept de qualité de vie intègre deux aspects essentiels : la multi dimensionnalité et la subjectivité. Elle reflète l'évaluation faite par les personnes de leur satisfaction en fonction de ce qu'ils pensent possible et idéal pour leur situation. On identifie quatre notions indispensables pour atteindre un équilibre en termes de qualité de vie (37).

- Le bien-être physique correspond à l'ensemble des signes ou sensations d'ordre somatiques, par exemple des symptômes pathologiques ou effets secondaires des traitements (37).

- Le bien-être fonctionnel désigne les aptitudes comme la capacité à accomplir des actions (37).
- Le bien-être émotionnel renvoie aux signes ou états d'ordre psychologiques, liés aux émotions (37).
- Le bien-être social concerne les interactions et les échanges humains qui sont à l'origine des relations entre individus (37).

3.4.3 Insomnie, TAG, performance occupationnelle et qualité de vie

Ainsi par le biais de cet outil ergothérapeutique, je m'interroge sur les liens existants entre l'insomnie dans le cadre des troubles anxieux, engendrant un sommeil inadéquat, la performance occupationnelle et le bien-être de la personne.

Au travers du PEOP, on constate que l'environnement, la personne et les occupations interagissent en permanence pour permettre une performance occupationnelle réalisée. Ainsi, la performance occupationnelle entraîne la participation et influe directement sur le bien-être et la qualité de vie de la personne lorsqu'il y a une adéquation optimale entre la personne, l'environnement et les occupations (31).

En alliant le modèle PEOP et les écrits de la littérature, on comprend que lorsque la personne présente un sommeil insuffisant ou perturbé, cela peut causer une fatigue physique et mentale persistante. Il peut alors y avoir une conséquence directe sur la performance occupationnelle de la personne lors de la réalisation de ses activités diurnes en les rendant plus difficiles à accomplir (38) (33).

De plus, le manque de sommeil peut réduire la productivité au travail ou dans d'autres activités entraînant des retards, des erreurs et une moindre capacité à effectuer des tâches de manière efficace. Puis, un sommeil de mauvaise qualité peut augmenter l'irritabilité et le stress, facteurs aggravants l'anxiété. Cela peut également avoir un impact sur l'environnement social de la personne et notamment sur sa participation dans ses relations interpersonnelles aussi bien à la maison qu'au travail (29) (38).

Ainsi, selon Green et Brown, la personne ne peut pas participer pleinement à sa vie si son sommeil n'est pas adéquat, qui plus est, lorsque l'insomnie est comorbide à une anxiété généralisée. Le bien-être sera bien souvent altéré.

En effet, comme expliqué ci-dessus la notion de bien-être repose sur la satisfaction de la personne ainsi que sa qualité de vie. Souvent, lorsque la performance d'une personne dans la réalisation de ses occupations et notamment des occupations qui ont du sens pour elle, que l'on nomme alors activités signifiantes, est diminuée, cela va induire de nombreuses conséquences. Cette baisse de performance dans les activités peut également diminuer la participation occupationnelle de la personne. Ainsi, le fait que la personne voit sa performance diminuer et qu'elle ne puisse plus participer de manière satisfaisante selon elle à ses occupations, alors sa perception du bien-être sera sans doute touchée tout comme l'évaluation de sa qualité de vie (33).

3.5 La place de l'ergothérapeute en lien avec les troubles du sommeil

3.5.1 L'évolution

A la suite de ces constatations je me suis alors questionnée sur la place de l'ergothérapeute sur le thème du sommeil. Tout d'abord, il faut savoir qu'avant 2003, très peu d'articles ont abordé le sujet du sommeil en lien avec l'ergothérapie. En effet, dans le manuel d'ergothérapie de Willard et Spackman de 2003, le terme de sommeil n'apparaît pas dans le sommaire (Green, 2008). Vert et Al. (2008) explique que les ergothérapeutes se sont intéressés aux occupations considérées comme rentables, et finalement peu d'importance a été accordée au sommeil (33). Toutefois, Adolph Meyer (neuropsychiatre et pionnier de l'ergothérapie) a souligné l'importance pour la santé de l'équilibre entre les 4 grands piliers : le travail, le jeu, le repos et le sommeil (3).

Comme expliqué ci-dessus le sommeil est reconnu comme une occupation en 2008 et par la suite les chercheurs et les théoriciens ont permis d'avancer la discussion sur le rôle de l'ergothérapeute face aux troubles du sommeil. En outre, un des rôles de l'ergothérapeute est d'adopter une vision holistique et globale de l'être humain, en le considérant comme un être unique. Les ergothérapeutes s'attachent à rehausser la performance et la participation

occupationnelle des personnes et « compte tenu de leurs compétences pour l'évaluation des enjeux personnels et environnementaux influençant le sommeil, les ergothérapeutes sont dans une position idéale pour faire valoir leur rôle dans le domaine du sommeil et des troubles du sommeil » (39).

3.5.2 Les axes d'interventions de l'ergothérapeute sur le sommeil associé à un TAG

Tout d'abord, l'ergothérapeute peut avoir un rôle dans l'évaluation des problèmes de sommeil et mesurer l'impact sur la performance occupationnelle et le bien-être de la personne. Il peut alors occuper une place centrale dans l'éducation à la santé du sommeil en informant la personne sur les règles d'hygiène de vie et de sommeil importantes. Il peut aider les personnes à devenir plus conscientes de leurs propres habitudes et croyances, à auto-évaluer leur niveau d'anxiété. Qui plus est, l'ergothérapeute peut échanger avec le patient afin de déterminer les éléments du quotidien pouvant conduire ou aggraver les troubles du sommeil associés au TAG. Le trouble anxieux favorise l'insomnie. L'ergothérapeute peut alors agir directement sur l'anxiété en enseignant diverses techniques de gestion de l'anxiété au patient (40).

Puis, le professionnel sera également à même de suggérer des modifications de l'environnement. En prenant en compte les particularités de chacun, l'objectif est de repérer les facteurs environnementaux qui peuvent être des obstacles à l'endormissement ou au maintien du sommeil mais également d'ajouter d'autres éléments pouvant favoriser cet endormissement. Qui plus est, afin de faire face aux répercussions d'un sommeil de mauvaise qualité, les ergothérapeutes ont la capacité de proposer au patient des stratégies telles que rythmer les activités, planifier des pauses et organiser les horaires quotidiens (41).

De plus, le suivi peut s'articuler autour des routines du quotidien et notamment la routine du coucher du patient, permettant de favoriser l'endormissement de la personne. Généralement associée à une idée péjorative ou de redondance, la routine est pourtant un concept qui facilite inconsciemment la vie quotidienne des humains. En ergothérapie la routine est définie comme telle : une séquence d'actions, d'habitudes ou de tâches qui sont effectuées de manière régulière et prévisible dans un certain ordre. Celles-ci sont souvent

établies pour organiser la journée, faciliter la gestion du temps, et créer un sentiment de stabilité et de prévisibilité dans la vie quotidienne. Elles peuvent varier en fonction des préférences individuelles, des besoins, et des contraintes personnelles ou professionnelles. Ainsi elle peut influencer de manière positive sur les troubles anxieux en diminuant l'anxiété (42).

Enfin, le terme « sleep preparation » défini par l'AOTA correspond donc au terme français de routine de coucher (44). Celle-ci est propre à chacun. Cela peut correspondre aux tâches de préparation telles que l'enfilage du pyjama, la toilette mais également préparer son environnement ou encore réaliser une technique de relaxation par exemple (44). Une étude réalisée auprès de nourrissons suggère que l'instauration d'une routine de coucher régulière permet de diminuer la latence de l'endormissement et les réveils nocturnes. Après réflexion, la routine du coucher est à la fois une manière de se préparer à dormir, mais également une manière de se préparer à la journée qui nous attend le lendemain. Ainsi, l'ergothérapeute peut avoir pour rôle de reconstruire la routine de coucher notamment d'un patient en collaborant avec ce dernier afin de favoriser son endormissement et diminuer son anxiété (45)(46).

3.6 Le sommeil : une collaboration indispensable

La complexité des troubles du sommeil nécessite une intervention globale et complète auprès de la personne ; on parle d'équipe pluridisciplinaire. On peut également aborder la notion de collaboration interprofessionnelle. Celle-ci est : « faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leurs expériences, leurs habiletés pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients. » (47).

Qui plus est, lorsque les troubles du sommeil sont comorbides à une pathologie psychiatrique : en l'occurrence le trouble anxieux généralisé, une approche pluridisciplinaire permet de prendre en compte ces comorbidités simultanément, améliorant ainsi la santé globale du patient (48)(49).

En intégrant l'éducation, le soutien et la coordination des soins, l'équipe peut contribuer à maximiser l'engagement du patient et à renforcer son adhésion au plan de traitement. Cela favorise des résultats positifs et durables. Cette approche facilite l'adaptabilité du traitement en fonction de l'évolution des besoins du patient au fil du temps, car les troubles du sommeil mais également le trouble anxieux généralisé peut varier dans leur gravité et leurs manifestations. La prise en soin illustre l'importance de combiner l'expertise de multiples professionnels de la santé pour mieux comprendre, traiter et gérer ces troubles complexes (49).

Pour exemple, le médecin et le psychiatre occupent une place prépondérante dans la prise en soin. Leurs rôles sont de recueillir les différentes plaintes, poser le diagnostic, prescrire un traitement adapté pour les troubles du sommeil mais également l'anxiété et enfin, orienter la prise en soin en fonction des besoins et des demandes du patient vers les autres professionnels. L'infirmier va permettre la coordination et l'organisation des soins, il va accompagner la personne dans son quotidien et essayer de cibler ses besoins et les problématiques qu'elle rencontre en complément des informations recueillies par les autres professionnels. Il pourra alors proposer un réajustement des actes de soins qui pourraient nuire au sommeil (49).

Le psychologue quant à lui, a une place particulièrement importante dans la prise en soin du patient présentant des troubles anxieux engendrant des troubles du sommeil. En effet, ce professionnel peut exercer les thérapies cognitivo-comportementales (le psychiatre également), ayant pour finalité une restructuration cognitive. Il représente également un soutien psychologique et une écoute attentive. Une alimentation non adaptée peut favoriser l'anxiété mais également altérer le sommeil d'une personne. Ainsi, le diététicien a pour rôle d'intervenir sur la régulation de l'alimentation. Il veillera à instaurer des règles d'hygiène alimentaire en fonction de la journée et des besoins du patient. Enfin, le kinésithérapeute peut enseigner des exercices de respiration et de relaxation tels que l'automassage afin d'aider les patients à mieux appréhender leur anxiété et favoriser l'endormissement (49).

4 Question de recherche et hypothèses

À la suite de mes diverses recherches, une question principale, qui sera ma question de recherche a émergé : **Au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, comment l'ergothérapeute peut-il améliorer la qualité de vie de la personne présentant des troubles du sommeil associés à un trouble anxieux généralisé ?**

Suite à la présentation de la question de recherche, j'ai établi 3 hypothèses permettant de répondre à celle-ci :

- La collaboration de l'ergothérapeute avec les autres professionnels de santé peut favoriser la prise en soin afin d'améliorer la qualité de vie de la personne avec un TAG associée à des troubles du sommeil.
- Par la restructuration de routines quotidiennes avec le patient, l'ergothérapeute peut favoriser une meilleure gestion du quotidien afin d'obtenir une qualité de vie satisfaisante.
- Le modèle conceptuel PEOP est un outil pouvant être utilisé par l'ergothérapeute afin de déterminer les facteurs influents sur la qualité de vie de la personne.

5 Méthodologie de recherche

5.1 Objectif de l'étude

Ma recherche est basée sur un modèle hypothético-déductif. En effet, l'objectif est d'analyser des données à partir d'hypothèses que je vais par la suite valider ou réfuter. Pour cela, une méthodologie de recherche est nécessaire. Celle-ci permet d'objectiver mon mémoire grâce à des méthodes d'enquêtes et des outils analytiques.

Ma recherche se porte donc sur : « **Au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, comment l'ergothérapeute peut-il améliorer la qualité de vie de la personne présentant des troubles du sommeil associés à un trouble anxieux généralisé ?** ».

L'objectif est de démontrer l'intérêt de l'ergothérapeute, ses possibles interventions, sa plus-value au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire afin d'avoir un impact positif sur la qualité de vie d'une personne présentant des troubles du sommeil associés à un trouble anxieux généralisé.

5.2 Outil de recueil de données

5.2.1 Choix de l'outil

Pour la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche, il existe deux méthodes : qualitative ou quantitative. La méthodologie de recherche découle de l'élaboration de mon cadre théorique qui m'a permis d'établir ma question de recherche. Au cours de cette première partie de travail, j'ai pris conscience que le choix de mon sujet était très spécifique. En effet, le rôle de l'ergothérapeute au près des troubles du sommeil n'est que peu abordé dans la littérature. De plus, faible est le nombre d'ergothérapeute intervenant sur les problématiques de sommeil. Ainsi, c'est tout naturellement que je me tourne vers une méthode qualitative. En effet, celle-ci vise à décrire et à expliquer des phénomènes complexes qui se produisent dans des milieux naturels. Elle se focalise sur les croyances, les expériences ainsi qu'aux actions et aux interactions des personnes, des organisations... (50) Au sein de la méthode qualitative, nous disposons de deux outils de recherche : des entretiens ou des questionnaires. J'ai donc opté pour des entretiens, me permettant d'avoir un panel réduit des participants en lien avec mon sujet très spécifique.

Toutefois, il existe trois types d'entretiens : non directif, semi-directif ou directif. Pour ma part, j'ai choisi l'entretien de type semi-directif avec des questions ouvertes afin qu'une trame soit respectée tout en laissant une certaine liberté d'expression aux personnes interrogées. Toutefois, j'ai également hésité avec l'entretien directif, car au vu de la spécificité de ma question de recherche il me semblait important d'avoir des réponses très précises (51).

5.2.2 Biais et limites de l'outil de l'entretien

Lors de la réalisation d'un entretien, nous pouvons rencontrer différents biais et limites. Il est important de les prendre en considération afin de limiter leur impact. Tout d'abord, la première limite selon moi est le fait que l'entretien sélectionne un nombre réduit de participants ; ainsi la représentativité du phénomène sera faible. Les réponses obtenues seront qualitatives mais elles ne permettront pas d'en faire une généralité au vu du faible nombre de participants. Puis, la méthode de l'entretien nécessite un coût temporel très important et non négligeable dans la réalisation de ma recherche. J'ai d'abord procédé à la construction de l'outil et ensuite je devrai retranscrire et réaliser une analyse post-interview. De plus, le fait de ne pas trouver d'ergothérapeutes diplômés d'Etat travaillant auprès de personnes atteintes de troubles anxieux et ayant des troubles du sommeil peut être une limite. En effet, les participants devront accepter de réaliser un entretien mais également d'être enregistrés lors de celui-ci. Si ce n'est pas le cas, la retranscription et l'analyse des résultats pourra alors être biaisée.

J'ai également mis en avant d'autres aspects de l'entretien pouvant influencer les réponses aux questions notamment des biais sonores, de communication, de neutralité ou encore langagier. En raison de la distance physique entre les ergothérapeutes interrogés et moi-même je serai amenée à réaliser les entretiens en visioconférence. L'utilisation du matériel informatique peut représenter de nombreux biais sonores notamment par la survenue d'interférences, de coupures dues à une mauvaise connexion Internet. La qualité de l'enregistrement peut être moindre à cause des bruits parasites de l'environnement ou de la qualité du micro. Il sera donc important de privilégier un environnement calme et adapté.

En outre, un langage inadéquat ou une mauvaise formulation des questions pourra entraîner une mauvaise compréhension de la personne interrogée et alors biaiser la réponse. Il faudra également que je reste vigilante quant au fait d'avoir une position neutre lorsque je poserais mes questions afin de ne pas influencer les réponses de l'ergothérapeute. Pour finir, il a un biais d'interprétation car je serais la seule personne à analyser les entretiens.

5.2.3 Choix des participants

Les critères d'inclusion et d'exclusion présentés ci-dessous vont permettre de définir une population cible constituant l'échantillon à interroger pour cette recherche.

| Critères d'inclusion | Critères d'exclusion |
|---|--|
| Ergothérapeute Diplômé d'Etat | Autres professionnels de santé |
| Ergothérapeute exerçant ou ayant exercé auprès de personnes atteintes de trouble anxieux généralisé | Ergothérapeute n'ayant jamais exercé auprès de personnes atteintes de trouble anxieux généralisé |
| Ergothérapeute qui exerce en France | Ergothérapeute qui ne parle pas français |

Tableau 1 : Critères d'éligibilité des participants

5.3 Mise en place de l'enquête

5.3.1 Recherche de contact

La recherche de contact et de recrutement des ergothérapeutes que je souhaite interroger a été une étape clé dans ma recherche. Cette dernière s'est déroulée entre le 4 septembre 2023 et le 18 janvier 2024.

Afin de trouver des ergothérapeutes diplômés d'état, j'ai contacté par mail, (**Annexe V**) par téléphone de nombreux hôpitaux psychiatriques mais également via le réseau social professionnel LinkedIn. Je n'ai obtenu aucune réponse positive concernant les mails et les appels. Cependant, en ciblant les personnes souhaitées sur le réseau social LinkedIn, j'ai eu 8 personnes qui ont refusé et 3 personnes qui ont accepté de réaliser l'entretien. D'autre part, j'ai fait le choix d'interroger des ergothérapeutes que je ne connais pas afin que l'entretien soit plus objectif.

5.3.2 Elaboration de l'outil de recherche

Concernant l'élaboration de mon outil de recherche, j'ai fait le choix de réaliser en amont un guide d'entretien. Celui-ci me permettra de respecter une trame, l'ordre des questions et de ne rien oublier lors de l'entretien. Le guide sera alors identique pour chaque entretien que je vais réaliser, il se compose d'une question signalétique et de six questions d'entretien (**Annexe VI**).

Question signalétique : Pouvez-vous vous présenter en tant qu'ergothérapeute travaillant auprès de patients atteints de troubles anxieux et souffrant d'insomnie ?

→ *Cette première question ne sera pas traitée au cours de l'analyse mais elle permet d'apporter un complément d'information à mon étude. De plus, elle me permet d'introduire l'entretien et de faire connaissance avec l'interlocuteur sur son parcours professionnel.*

QUESTION N°1 : Comment décririez-vous l'impact des troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée sur les activités quotidiennes de la personne ?

→ *Je cherche à connaître les répercussions (observées par le thérapeute sur le terrain) que peuvent avoir les troubles du sommeil, qui plus est, associés à un trouble anxieux généralisé sur la réalisation des activités quotidiennes de la personne.*

QUESTION N°2 : Quels liens faites-vous entre les activités quotidiennes et la qualité de vie de la personne ?

→ *Je cherche à savoir si l'ergothérapeute établit des liens entre les activités quotidiennes de la personne qui peuvent être impactées par la pathologie et comment cela influence et se répercute à son tour sur la qualité de vie de la personne et son niveau de satisfaction.*

QUESTION N°3 : Selon vous, au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, quelle peut être la place de l'ergothérapeute auprès de personnes souffrant de troubles du sommeil causés par une anxiété généralisée ?

→ *Au travers de cette question, je souhaite savoir comment l'ergothérapeute visualise son rôle, sa plus-value au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire auprès de personne souffrant de troubles du sommeil causés par une anxiété généralisée.*

QUESTION N°4 : Les modèles conceptuels en ergothérapie tels que le MOH, le PPH se sont développés au cours de ces dernières années. Ainsi, au sein de votre pratique, utilisez-vous un modèle conceptuel ? Si oui, de quelle manière et dans quel but ? Si non, en quoi pensez-vous que ces modèles ne sont pas pertinents dans votre pratique ?

→ *Je cherche à savoir quel intérêt porte l'ergothérapeute aux modèles conceptuels et comment il les emploie au quotidien et le lien qu'il peut établir avec l'amélioration de la qualité de vie de la personne souffrant de troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée.*

QUESTION N°5 : Selon vous, que permet la reconstruction de routines quotidiennes sur la qualité de vie de la personne souffrant de troubles du sommeil causés par un trouble anxieux généralisé ?

→ *Je cherche à savoir si le thérapeute pense que l'ergothérapie est une discipline à même de travailler sur les routines de vie quotidienne et s'il y voit un intérêt particulier auprès des personnes diagnostiquées avec une anxiété généralisée associée à des troubles du sommeil.*

QUESTION N°6 : Souhaitez-vous ajouter quelque chose à laquelle je n'ai pas pensé et que vous estimez important ?

→ *Cette question permet de rajouter des éléments que le professionnel estime importants et/ou pertinents auxquels je n'ai pas pensé.*

5.3.3 Conditions de passation de l'entretien

En amont de la réalisation des entretiens, nous avons pris avec ma directrice de mémoire un temps d'échange afin d'évaluer la pertinence et la bonne compréhension des mes questions. Qui plus est, je n'ai pas réalisé d'entretien test par manque d'ergothérapeutes à interroger. De plus, afin de pouvoir enregistrer les divers échanges et pour utiliser les différentes données récoltées durant les entretiens, tout en veillant à respecter l'anonymat, les ergothérapeutes ont préalablement remplis un formulaire de consentement concernant ces informations (**Annexe VII**).

L'enregistrement des entretiens m'a permis de faciliter la retranscription dans le but de pouvoir analyser les échanges. Ces derniers se sont déroulés par visioconférence concernant le premier et par appels téléphoniques concernant les deux autres personnes. Afin d'enregistrer j'ai utilisé l'application « Enregistreur vocal » que j'ai lancé sur un autre téléphone. De plus, la durée moyenne des entretiens se situe entre 21 minutes 45 secondes et 36 minutes 30 secondes.

6 Résultats

6.1 Présentation des participants

A présent je vais vous présenter les trois ergothérapeutes que j'ai interrogé afin d'avoir une vue des différents profils interrogés.

La première personne interrogée est un ergothérapeute, diplômé d'état depuis juin 2018 à l'Institut de formation d'ergothérapie de Lyon. Il a une formation initiale de psychomotricien mais exerce à ce jour le métier d'ergothérapeute à temps plein. Depuis septembre 2022, monsieur travaille dans un centre hospitalier psychiatrique où il intervient sur trois unités d'hospitalisation complète. Nombre de ses prises en soin sont axées sur le TAG associé à des troubles du sommeil.

La seconde est une ergothérapeute diplômée d'état depuis juin 2021 à l'Institut de formation d'ergothérapie de Clermont-Ferrand. Elle a débuté par un remplacement d'une durée de deux mois dans un centre de rééducation. Elle travaille désormais depuis deux ans et demi au sein d'un centre hospitalier en service de psychiatrie adulte.

Enfin la troisième personne interrogée est ergothérapeute et diplômée d'état depuis 2010. Elle a travaillé dans un premier temps en équipe spécialisée Alzheimer (ESA) sur Besançon. Par la suite, elle a été débauchée pour exercer au sein d'un centre de jour en unité d'accueil psychoéducative (UAPE) où elle y travaille depuis 10 ans. De ce fait, elle prend en soin quotidiennement des patients présentant des TAG qui plus est associés à des troubles du sommeil.

6.2 Analyses

Après avoir retranscrit par écrit sur WORD chacun des entretiens, j'ai procédé à la réalisation d'une analyse longitudinale (**Annexes VIII**) pour chaque entretien, me permettant de mettre en avant les notions et expressions clés citées par chacun des ergothérapeutes interviewés. Par la suite, j'ai élaboré une analyse transversale (**Annexes IX**) en croisant les résultats obtenus à l'analyse longitudinale. Elle permet ainsi de comparer les points de vue de chacun en mettant en lumière les convergences et les divergences des ergothérapeutes interrogés sur le sujet.

Qui plus est, afin de faciliter la compréhension et de conserver l'anonymat de chaque personne interrogée, les trois ergothérapeutes seront renommés respectivement « E1 », « E2 » et « E3 ».

6.2.1 Analyse longitudinale

Ergothérapeute n°1 (E1) :

Question 1 : « Comment décririez-vous l'impact des troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée sur les activités quotidiennes de la personne ? »

Selon lui, le TAG et les troubles du sommeil forment une relation bidirectionnelle puisqu'ils vont s'influencer réciproquement. Le TAG favorise les troubles du sommeil et un sommeil inadéquat génère davantage d'anxiété. Il pense que le manque de sommeil et le TAG se répercutent notamment sur les fonctions cognitives, comme l'attention, la planification ou l'organisation dans les activités quotidiennes mais influencent également la performance concernant le travail. L'aspect social de la personne est également influencé car le TAG et les troubles du sommeil amènent à de l'irritabilité, une difficulté majeure dans la gestion des émotions et des difficultés à s'engager dans les relations ou à maintenir le contact social. De plus, il pense que la santé de manière générale est détériorée et notamment la santé psychique de la personne. Il évoque également le recours auquel les patients peuvent avoir comme les substances addictives afin d'agir comme anxiolytiques sur l'anxiété ou encore se tenir éveillé au vu d'une fatigue trop importante. Toutefois, l'ergothérapeute explique que ce recours devenant alors une addiction nuit à la santé sur le long terme, accentue le TAG et détériore la qualité du sommeil de la personne.

Question 2 : « Quels liens faites-vous entre les activités quotidiennes et la qualité de vie de la personne ? »

Selon lui, tout ce qu'il évoque précédemment altère l'autonomie de la personne et diminue donc sa qualité de vie. De ce fait, la participation occupationnelle est diminuée et E1 évoque le fait que la personne peut aussi être dans l'incapacité de réaliser certaines activités. Ainsi, la qualité de vie sera davantage altérée puisque la réalisation des tâches doit alors être déléguées. L'ergothérapeute évoque les personnes ressources telles que la famille,

les amis, le conjoint(e). De ce fait l'entourage de la personne présentant un TAG associé à des troubles du sommeil peut également être impacté.

Question 3 : « Selon vous, au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, quelle peut être la place de l'ergothérapeute auprès de personnes souffrant de troubles du sommeil causés par une anxiété généralisée ? »

D'après E1, l'ergothérapeute va centrer son intervention sur les activités quotidiennes de la personne, sur les difficultés qu'elle rencontre ou encore sur les besoins qui se présentent. Pour cela il évoque ELADEB, une échelle lausannoise où le patient s'auto-évalue. En effet selon lui, le patient présentant un TAG est plutôt conscient de ses troubles et il présente un certain *Insight* contrairement à d'autres pathologies psychiatriques. Ainsi, le patient est acteur de sa prise en soin. *Ensuite*, E1 évoque la psychoéducation, il explique qu'elle peut se dérouler en groupe, ce qui permet au patient de partager leurs expériences. Toutefois, les séances individuelles de psychoéducation peuvent être pertinentes et permet de cibler les conseils, les notions évoquées en fonction des difficultés que rencontre la personne et notamment sur le sommeil et ses règles d'hygiène. Puis, l'objectif de E2 est également de réussir à investir le patient dans une activité physique pour diminuer l'anxiété et favoriser l'endormissement. Il travaille également avec les patients sur différentes relaxations, la cohérence cardiaque afin de gérer le TAG et de favoriser à nouveau l'endormissement lorsque des difficultés se présentent. D'après lui, le travail pluridisciplinaire est important afin d'avoir leur expertise. Puis, il met l'accent sur le fait qu'en tant qu'ergothérapeute, il va proposer différentes aides, outils permettant de limiter l'impact des troubles et d'améliorer la qualité de vie de la personne. Toutefois, selon lui, le patient doit essayer de tester, d'expérimenter afin de mieux se connaître, de voir ce qui lui convient le mieux et ce qui est le plus efficace car chaque personne est différente. Pour finir, E1 explique que les personnes sont souvent isolées socialement. De ce fait, il a également pour rôle d'orienter, d'accompagner les patients sur le plan social et notamment relationnel.

Question 4 : « Les modèles conceptuels en ergothérapie tels que le MOH, le PPH se sont développés au cours de ces dernières années. Ainsi, au sein de votre pratique, utilisez-vous un modèle conceptuel ? Si oui, de quelle manière et dans quel but ? Si non, en quoi pensez-vous que ces modèles ne sont pas pertinents dans votre pratique ? »

Concernant l'utilisation des modèles conceptuels, il les emploie de manière indirecte au sein de sa pratique. Selon lui, les modèles conceptuels permettent d'orienter sur les différentes pistes d'interventions. Il utilise toutefois des échelles comme ELADEB, AERES ou encore le test des errances multiples permettant d'évaluer différentes notions puis d'orienter la prise en soin en fonction des besoins. Toutefois, il évoque tout de même des modèles conceptuels comme le MCREO, le MOH ou encore le PEOP. Selon lui, le MCREO est le modèle le plus adapté pour les personnes ayant un TAG associé à des troubles du sommeil, car le patient se situe en tant qu'acteur de sa prise en soin. Puis, il cite le MOH comme un modèle plus général qui peut convenir également à ce type de prise en soin. Enfin, E1 évoque le PEOP avec trois notions : la productivité, les loisirs et les soins personnels. Selon lui, il est utile afin de mettre en évidence les ressources de la personne.

Question 5 : Selon vous, que permet la restructuration de routines quotidiennes pour agir sur la qualité de vie de la personne souffrant de troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée ?

D'après lui, la construction de routine auprès d'une personne présentant un TAG associé à des troubles du sommeil semble très pertinent. Il explique que celle-ci permet de créer un cadre, une structure, de rassurer le patient et de limiter l'apparition d'imprévu au quotidien, élément générateur d'anxiété. Selon lui, la routine peut également favoriser le sommeil notamment lors de l'endormissement car la personne sera plus à même de se détendre. En parallèle, il explique que les imprévus font partie intégrante de chacun de nos vies et qu'il est tout de même nécessaire de savoir rebondir et réagir face à celles-ci. Donc, la gestion des émotions est un axe selon lui essentiel à aborder. L'alliance thérapeutique avec le patient est nécessaire puisqu'elle va permettre de déterminer les situations problématiques du patient, des émotions ressenties et de trouver les solutions les plus adaptées au patient dans son quotidien.

Question 6 : Souhaitez-vous ajouter quelque chose à laquelle je n'ai pas pensé et que vous estimez important ?

Pour conclure, l'ergothérapeute met l'accent sur l'importance de l'estime de soi et de la confiance en soi pour le patient. Selon lui, il faut lui faire reprendre confiance en montrant au patient qu'il est capable de réaliser certaines activités. Pour cela, il faut procéder par étape, avec un objectif atteignable et identifier avec le patient les obstacles/difficultés pour l'atteindre mais également en cernant les ressources de la personne.

Ergothérapeute n°2 (E2) :

QUESTION N°1 : Comment décririez-vous l'impact des troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée sur les activités quotidiennes de la personne ?

D'après E2, il existe une relation bidirectionnelle entre le TAG et les troubles du sommeil. De ce fait, l'ensemble des activités quotidiennes de la personne vont être impactées de façon négative. Elle évoque une difficulté à s'investir dans des occupations, à se mettre en activité, une fatigue importante menant à des somnolences la journée et influençant les activités. De plus, une baisse significative de la motivation, des comportements apathiques et abouliques vont se présenter selon elle. En outre, E2 évoque le fait que la présence des troubles du sommeil sont souvent associés à la médication afin de faciliter l'endormissement de la personne.

QUESTION N°2 : Quels liens faites-vous entre les activités quotidiennes et la qualité de vie de la personne ?

Selon E2, les activités quotidiennes et la qualité de vie d'une personne s'influencent réciproquement. En effet, elle explique que la personne présentant des troubles du sommeil associés à un TAG aura des difficultés à trouver un équilibre occupationnel qui lui convient, à se satisfaire de sa performance occupationnelle menant ainsi à une diminution de sa qualité de vie. En outre, E2 partage le fait que les imprévus sont des éléments très difficiles à gérer

pour les personnes avec un TAG car cela génère davantage d'anxiété, une perte de contrôle impactant ainsi le quotidien mais également le sommeil de la personne, notamment sur la phase d'endormissement. De ce fait, E2 explique que la qualité de vie peut être assez fluctuante en fonction de cela.

QUESTION N°3 : Selon vous, au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, quelle peut être la place de l'ergothérapeute auprès de personnes souffrant de troubles du sommeil causés par une anxiété généralisée ?

D'après elle, le rôle de l'ergothérapeute auprès d'une personne présentant des troubles du sommeil associés à un TAG sera dans un premier de réaliser une psychoéducation notamment sur les règles d'hygiène. Puis, en partenariat avec le patient, il est pertinent selon E2 de travailler sur le rythme quotidien de ses activités. Elle évoque également l'importance de l'activation comportementale permettant de diminuer l'anxiété, de contribuer à une détente musculaire et également de favoriser le sommeil. De plus, la méditation de pleine conscience ou encore la respiration peuvent être des techniques que l'ergothérapeute peut présenter au patient et ainsi l'accompagner pour qu'il puisse s'approprier cet outil et ainsi l'inscrire dans une routine quotidienne notamment lors du coucher.

QUESTION N°4 : Les modèles conceptuels en ergothérapie tels que le MOH, le PPH se sont développés au cours de ces dernières années. Ainsi, au sein de votre pratique, utilisez-vous un modèle conceptuel ? Si oui, de quelle manière et dans quel but ? Si non, en quoi pensez-vous que ces modèles ne sont pas pertinents dans votre pratique ?

E2 n'utilise pas de modèles conceptuels dans sa pratique professionnelle quotidienne. Elle partage le fait que le MOH pourrait être un modèle pertinent à associer aux prises en soin mais par manque de temps et de maîtrise de l'outil celui-ci n'est pas utilisé. Selon E2, les modèles peuvent toutefois permettre de mettre en évidence certaines problématiques ou encore orienter les objectifs de traitement.

QUESTION N°5 : Selon vous, que permet la reconstruction de routines quotidiennes sur la qualité de vie de la personne souffrant de troubles du sommeil causés par un trouble anxieux généralisé ?

Selon E2, la restructuration de routines quotidiennes permet d'apporter une forme de contrôle, une sécurité supplémentaire perçue par le patient. Les routines diminuent l'anxiété et les pensées envahissantes qui impactent la performance occupationnelle de la personne. Ainsi selon E2, la personne sera dans de meilleures conditions pour s'endormir. Toutefois, elle évoque à nouveau la problématique des imprévus. Lorsque la personne sort de cette routine établit, l'anxiété générée est plus importante. De ce fait, en complémentarité avec la construction de routines, E2 travaille également sur la gestion des émotions de la personne notamment par le biais de la respiration.

Enfin, E2 aborde l'aspect de la routine du coucher comme favorisant un meilleur sommeil en intégrant des exercices tels que de la méditation. Selon elle il faut procéder par étape car c'est quelque chose qui est difficile à mettre en place. En collaboration avec les équipes de nuit, l'installation d'une routine de coucher peut apporter des effets bénéfiques et diminuer les angoisses au moment du coucher.

QUESTION N°6 : Souhaitez-vous ajouter quelque chose à laquelle je n'ai pas pensé et que vous estimez important ?

Pour finir, E2 ajoute que la problématique des troubles du sommeil ne se porte pas seulement sur des difficultés d'endormissement mais également sur des réveils nocturnes. Pour cela, elle conseille de refaire des exercices de respiration, certains se lèvent et marchent, d'autres demande une tisane ou écoutent de la musique. Ces techniques permettent de favoriser un retour au calme pour le patient afin d'essayer de se rendormir. De plus, si cela n'est pas efficace, des médicaments sont souvent administrés.

Ergothérapeute n°3 (E3) :

QUESTION N°1 : Comment décririez-vous l'impact des troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée sur les activités quotidiennes de la personne ?

Selon E3, les personnes présentant un TAG vont avoir des difficultés à participer et à maintenir leur engagement dans des activités. Elle fait le lien avec le sommeil. Le fait que le TAG crée des troubles du sommeil, qui vont eux-mêmes générer une fatigue chronique et ainsi se répercuter sur les activités journalières de la personne. E3 partage également que les troubles du sommeil peuvent installer des inversions de rythme ou des réveils tardifs chez une personne. Ainsi, cela favorise la somnolence diurne, l'absentéisme et se répercute directement sur leur engagement. Elle appuie également sur le fait que cette difficulté n'est pas seulement causée par les troubles du sommeil mais également par le TAG. Selon E3, toutes les activités quotidiennes de la personne sont concernées et notamment l'aspect social.

QUESTION N°2 : Quels liens faites-vous entre les activités quotidiennes et la qualité de vie de la personne ?

Selon E3, les activités quotidiennes et la qualité de vie d'une personne sont indissociables. Elle explique que l'Homme est fait pour être en activité. De ce fait, s'il ne peut l'être et si son nombre d'activités quotidiennes sont restreintes, du aux raisons citées ci-dessus, alors sa qualité de vie sera diminuée. Elle évoque également le dilemme entre le fait de forcer la personne à participer à des activités, au risque que cela majore le TAG ou bien ne pas les réaliser mais ainsi diminuer directement la qualité de vie de la personne. L'objectif pour E3 est de ne pas être dans le passage en force avec les patients.

QUESTION N°3 : Selon vous, au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, quelle peut être la place de l'ergothérapeute auprès de personnes souffrant de troubles du sommeil causés par une anxiété généralisée ?

En ce qui concerne la place du professionnel au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, E3 partage qu'en tant qu'ergothérapeute, il va être l'une de ses missions de

reconstruire un rythme, de proposer et tester de nouvelles activités en fonction des capacités et des envies de la personne. Puis, elle va également échanger avec le patient afin de mettre en évidence les activités qui nécessitent davantage d'énergie pour les réaliser ou bien celles qui lui permettent d'en regagner. Elle met l'accent sur la nécessité d'instaurer une alliance thérapeutique avec le patient. L'ergothérapeute joue un rôle d'accompagnant, d'orienteur. Par la suite, l'ergothérapeute interrogée aborde le fait que la prise en soin pluridisciplinaire est essentielle pour cette situation. Le travail en réseau et l'apport d'une vision transversale permet d'obtenir différentes observations et évaluations et ainsi optimiser la qualité de la prise en soin.

E3 évoque le rôle de l'ergothérapeute en tant que préventeur. En effet, les troubles du sommeil en lien avec le TAG peuvent amener à consommer des somnifères ou d'autres substances anxiolytiques afin de favoriser l'endormissement et diminuer l'anxiété. Pour elle, il est important de faire de la prévention concernant les effets que cela peut avoir sur l'organisme, sur le quotidien notamment par des effets de somnolence ou encore le phénomène d'accoutumance qui peut se mettre en place.

Enfin E3 cite la relaxation, la mobilité, la dépense énergétique comme outils afin de diminuer les difficultés liées au TAG et aux troubles du sommeil associés. Selon elle, l'ergothérapeute peut accompagner le patient dans le choix des différents outils. De plus, en proposant des activités signifiantes, adaptées à la personne, cela peut permettre de favoriser l'engagement de la personne dans des activités. Ainsi sa qualité de vie sera améliorée.

QUESTION N°4 : Les modèles conceptuels en ergothérapie tels que le MOH, le PPH se sont développés au cours de ces dernières années. Ainsi, au sein de votre pratique, utilisez-vous un modèle conceptuel ? Si oui, de quelle manière et dans quel but ? Si non, en quoi pensez-vous que ces modèles ne sont pas pertinents dans votre pratique ?

E3 n'utilise pas de modèles conceptuels dans sa pratique quotidienne. Elle cite le MOH comme ressource ponctuelle, lui permettant d'avoir des repères et de ne pas oublier des éléments importants. Puis, pour établir les objectifs de prise en soin, E3 utilise l'échelle ELADEB. Cette dernière prend en compte la vision globale du patient, ses envies et ses

demandes. L'aspect positif selon elle de cette échelle est que le patient est mis dans une position d'acteur, où il est à l'initiative.

QUESTION N°5 : Selon vous, que permet la reconstruction de routines quotidiennes sur la qualité de vie de la personne souffrant de troubles du sommeil causés par un trouble anxieux généralisé ?

Pour E3, la reconstruction de routines quotidiennes avec le patient est pertinente. En effet, selon elle, les routines permettent à une personne présentant des troubles du sommeil associés à un TAG, de reprendre un rythme, de faciliter l'organisation et d'éviter les rythmes inadaptés. Elles permettent de donner un cadre et améliorer la qualité de vie de la personne. Toutefois, E3 évoque le fait que pour elle il est difficile de reconstruire des routines quotidiennes lorsque l'on ne travaille pas au domicile de la personne.

Selon elle, l'installation de nouvelles routines doit se réaliser par étape, en suivant un processus afin de mettre le patient en confiance et que la routine puisse être intégrée. En ce qui concerne la routine de coucher, E3 explique qu'elle réalise de la psychoéducation mais également de la prévention face aux troubles du sommeil notamment et de ses conséquences sur le quotidien. En collaboration avec des autres professionnels de santé, ils sont amenés à construire et à accompagner le patient dans sa routine de coucher. Pour cela, des exercices de respirations, relaxations sont présentés. Selon elle, la routine du coucher est propre à chacun et elle permet de favoriser le sommeil et de diminuer la charge anxieuse.

QUESTION N°6 : Souhaitez-vous ajouter quelque chose à laquelle je n'ai pas pensé et que vous estimez important ?

Pour conclure, E3 pense que le domaine de la relaxation regroupe de nombreux bienfaits et avantages concernant le TAG. De ce fait, elle aimerait davantage développer cet aspect au sein de sa pratique et ainsi régulariser la relaxation dans la prise en soin pluridisciplinaire, de manière quotidienne pour qu'elle soit plus facilement intégrée par les patients.

6.2.2 Analyse transversale

QUESTION N°1 : Comment décririez-vous l'impact des troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée sur les activités quotidiennes de la personne ?

E1 et E2 évoquent tous deux le fait que le TAG et les troubles du sommeil forment une relation bidirectionnelle. Puis, les trois ergothérapeutes interrogés sont unanimes : il y a un impact sur les activités quotidiennes de la personne. E1 aborde l'aspect de la santé en général. Pour lui, la santé globale est altérée et notamment la santé mentale. Il met un point de vigilance quant à l'apparition fréquente d'addictions (tabac, alcool) ayant un impact direct sur la réalisation des activités quotidiennes. Il cite une limitation de la performance occupationnelle de la personne en lien avec des difficultés dans la gestion de soi.

E2 et E3 utilise le terme d'engagement occupationnel car la personne rencontre des difficultés pour initier, s'inscrire à une activité et ainsi les activités de la personne vont être altérées sur le plan qualitatif mais surtout quantitatif. Pour E1, E2 et E3, les troubles du sommeil vont générer de la fatigue, une irritabilité, une baisse des capacités cognitives et ainsi influencer la réalisation des activités diurnes.

QUESTION N°2 : Quels liens faites-vous entre les activités quotidiennes et la qualité de vie de la personne ?

Les trois ergothérapeutes s'accordent sur le fait que lorsque les activités sont altérées comme expliqué ci-dessus alors la diminution de la qualité de vie d'une personne présentant un TAG associé à des troubles du sommeil est inévitable. Selon E2 et E3 ces deux notions sont indissociables l'une de l'autre.

E1 explique que le TAG associé aux troubles du sommeil va totalement détériorer les relations sociales tant sur le plan professionnel que personnel de la personne car celle-ci créera malgré elle des stratégies d'évitement afin de diminuer l'anxiété et éviter des états de panique. De plus, il pense que la fatigue générée par le manque de sommeil influence également la performance et la motivation de la personne, diminuant ainsi sa qualité de vie. E2 rejoint E1 sur une diminution importante de la performance occupationnelle. Qui plus est,

elle ajoute que la gestion des imprévus et la modification des routines quotidiennes peut alors faire chuter la qualité de vie d'une personne très rapidement. L'ergothérapeute 3 explique que les patients présentant un TAG et des troubles du sommeil ont des difficultés pour s'engager dans les activités, elle relève beaucoup d'absentéisme notamment dans les prises en soin. Toutefois, d'après elle, les patients sont totalement conscients et ils verbalisent relativement bien les conséquences sur le quotidien et sur leur qualité de vie.

Pour finir, les trois ergothérapeutes pensent que les difficultés liées à l'endormissement, aux réveils nocturnes créent une fatigue chronique, une irritabilité en lien avec un sommeil non réparateur et cela influence négativement la qualité de vie puisque cette fatigue influence elle-même la réalisation des activités diurnes.

QUESTION N°3 : Selon vous, au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, quelle peut être la place de l'ergothérapeute auprès de personnes souffrant de troubles du sommeil causés par une anxiété généralisée ?

Les trois ergothérapeutes centrent leur approche sur les activités quotidiennes de la personne. Leur objectif étant de favoriser la participation occupationnelle et ainsi améliorer la qualité de vie de la personne présentant des troubles du sommeil associés à un TAG. Des outils communs à leur prise en soin reviennent, notamment le recourt aux méthodes de relaxation et de l'activité physique. Pour les trois ergothérapeutes, ces méthodes permettent de favoriser la détente sur le plan physique et également psychique permettant ainsi de diminuer le TAG et de mettre la personne dans de meilleures conditions pour s'endormir. E1 et E2 Réalise également de la psychoéducation concernant des règles d'hygiènes du sommeil ou les conséquences que certaines habitudes peuvent avoir sur la personne.

D'autres part E2 et E3 vont accompagner le patient dans son rythme de vie, notamment lorsqu'il présente des inversions de rythme, en essayant de réengager le patient dans certaines activités. Pour cela, E1 rejoint E3 sur le fait qu'il est nécessaire de proposer des activités signifiantes pour la personne afin que celle-ci soit concrète et motivante. D'après E1, les personnes présentant un TAG associé à des troubles du sommeil sont conscientes de leurs troubles, de leurs difficultés. De ce fait, il peut être pertinent que le patient s'auto-évalue afin d'orienter les axes de prise en soin. Toutefois, il est nécessaire pour E1 et E3 d'instaurer une

alliance thérapeutique afin d'accomplir les objectifs fixés. L'ergothérapeute accompagne, oriente, propose divers outils au patient, mais celui-ci doit être tout de même acteur du suivi et échanger avec le thérapeute afin d'améliorer sa qualité de vie.

Enfin, E1 et E3 mettent en avant l'aspect pluridisciplinaire de la prise en soin. En effet, ils ont pour habitude dans leur façon de travailler d'échanger, d'expliquer, d'analyser avec d'autres professionnels de santé tels que les médecins, les psychologues ou d'autres. Pour E3 le travail collaboratif avec d'autres professionnels permet de proposer un suivi global et complet pour le patient afin de maximiser l'atteinte des objectifs.

QUESTION N°4 : Les modèles conceptuels en ergothérapie tels que le MOH, le PPH se sont développés au cours de ces dernières années. Ainsi, au sein de votre pratique, utilisez-vous un modèle conceptuel ? Si oui, de quelle manière et dans quel but ? Si non, en quoi pensez-vous que ces modèles ne sont pas pertinents dans votre pratique ?

Aucun des trois ergothérapeutes interrogés n'utilisent les modèles conceptuels dans leur pratique quotidienne. Toutefois, ils évoquent le fait que l'utilisation de modèles est tout de même une ressource, permettant d'orienter son plan de traitement, de n'oublier aucun élément important ou encore de mettre en évidence certaines problématiques et besoins. D'après E1 cet outil est très scolaire mais avec l'expérience la nécessité de l'utiliser est moindre. Il cite le MOH, le MCREO et le PEOP. Pour lui, le MOH est un modèle que l'on peut utiliser dans la plupart des prises en soin, le MCREO semble le plus adapté puisque le patient est acteur et le PEOP regroupe les trois notions : productivité, loisirs et les soins personnels, il met également l'accent sur les ressources de la personne. Pour lui, les modèles sont un outil écologique. E2 explique que c'est par manque de temps et de maîtrise de l'outil qu'elle n'utilise pas de modèles dans sa pratique. Le MOH est cité comme un modèle complet par E2 et E3. Enfin, tout comme E1, l'ergothérapeute 3 utilise une échelle nommée ELADEB comme outil d'évaluation.

QUESTION N°5 : Selon vous, que permet la reconstruction de routines quotidiennes sur la qualité de vie de la personne souffrant de troubles du sommeil causés par un trouble anxieux généralisé ?

Selon E1 et E3, la restructuration de routines quotidiennes avec le patient permet d'être quelque chose de rassurant de sécurisant permettant ainsi de diminuer l'anxiété. E2 les rejoint également mais évoque également la notion de contrôle notamment sur le déroulé de la journée, sur la réalisation des activités quotidiennes. Toutefois, E2 aborde le fait que cette nécessité de contrôle permanent peut alors être une problématique lorsque des imprévus se présentent. En effet, pour E1 et E2, l'anxiété générée sera davantage importante si la personne sort des différentes routines qu'elle a pu créer. De ce fait, il est complémentaire, selon eux, de travailler également sur la gestion des émotions afin qu'il puisse expérimenter de façon plus détendue les situations non routinières. E1 accompagne le patient afin de mettre en évidence les moments ou activités qui génèrent beaucoup d'anxiété. E1 et E2 mettent l'accent sur l'alliance thérapeutique lorsque l'on souhaite instaurer de nouvelles routines. L'élaboration ne peut se réaliser que d'un seul côté l'un à besoin de l'autre et vice-versa.

Puis, d'après E2 et E3, il est important de procéder par échelon afin d'instaurer une routine. Le fait de suivre un processus, de procéder par étape permet au patient d'être rassuré, de limiter l'anxiété générée. Ces deux ergothérapeutes évoquent la routine du coucher comme un élément facilitateur de l'endormissement de la personne anxieuse. En effet, selon eux l'instauration d'une routine de coucher va permettre à la personne présentant un TAG de créer un environnement plus facilitateur et des conditions plus propices à l'endormissement et la continuité du sommeil. D'après eux, cette routine est un outil pouvant limiter et diminuer l'anxiété.

Pour E3, il est difficile d'instaurer des routines lorsque l'on ne travaille pas à domicile. Mais les trois ergothérapeutes pensent que les routines peuvent faciliter la détente, limiter les pensées envahissantes et ainsi favoriser le sommeil de la personne. Enfin, pour les trois ergothérapeutes, la restructuration de routines se réalisent en pluridisciplinarité. Pour eux, il est nécessaire d'avoir une approche holistique, en prenant en compte divers approches et

compétences. De plus, l'élaboration de la routine se fait au quotidien, ainsi les aides-soignantes ou encore les infirmières sont les plus à même d'intervenir dans l'élaboration ou l'accompagnement des restructurations de routines en collaboration avec le patient et l'ergothérapeute.

Enfin, E2 met en avant la collaboration et l'intérêt du travail pluridisciplinaire afin d'instaurer des routines quotidiennes notamment pour la routine du coucher. Etant donné que les horaires de travail de l'ergothérapeute ne coïncident pas toujours avec ces moments, les infirmières ou les aides-soignantes de nuit peuvent intervenir pour faciliter et accompagner la mise en place de cette routine.

QUESTION N°6 : Souhaitez-vous ajouter quelque chose à laquelle je n'ai pas pensé et que vous estimez important ?

Pour finir, E1 a insisté sur l'importance de prendre en compte également l'estime de soi du patient ainsi que sa confiance en lui et la nécessité d'établir des objectifs atteignables en procédant par échelon. Selon E1, le rôle de l'ergothérapeute est également de cerner les ressources de la personne. L'ergothérapeute 2 aborde le fait que les troubles du sommeil englobent également les réveils nocturnes qui sont nombreux et que la problématique n'est pas seulement liée à l'endormissement. Comme approche, elle renouvelle l'idée des techniques de relaxation. Enfin, E3 évoque également la relaxation et ses différents bienfaits sur le TAG ou encore les troubles du sommeil. L'objectif pour elle serait d'intégrée de façon plus récurrente et systématique la relaxation comme outil de prise en soin.

7 Discussion

La discussion, essentielle dans ce travail, offre une analyse réflexive de la méthode et des résultats, en établissant un lien entre les données scientifiques, le cadre théorique et les analyses d'entretiens. La discussion va me permettre de valider ou non mes hypothèses et de répondre à ma question de recherche qui est pour rappel la suivante : « **Au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, comment l'ergothérapeute peut-il améliorer la qualité de vie de la personne présentant des troubles du sommeil associés à un trouble anxieux généralisé ?** »

7.1 Interprétation des résultats

7.1.1 Eléments similaires au cadre théorique

➤ **Une relation bidirectionnelle confirmée :**

Les trois ergothérapeutes mettent en évidence l'existence d'une relation bidirectionnelle entre le sommeil et le trouble anxieux généralisé. En effet, l'anxiété affecte la réalisation des activités quotidiennes, limite la participation sociale, mais elle impacte également le sommeil de la personne, notamment par des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes. Cela s'explique en particulier par une hypervigilance, des inquiétudes et préoccupations constantes (15). Ainsi, une fatigue chronique s'installe, de l'irritabilité également, affectant l'engagement occupationnel et la réalisation des activités quotidiennes de la personne. Puis, la fatigue accentuant l'anxiété, un cercle vicieux se crée.

➤ **Intervention de l'ergothérapeute :**

Les ergothérapeutes reconnaissent unanimement que le Trouble Anxieux Généralisé (TAG) favorise les difficultés de sommeil et pose ainsi une réelle problématique, impactant significativement la qualité de vie des personnes concernées.

L'étude a mis en évidence les différents rôles que peut avoir un ergothérapeute dans l'amélioration de la qualité de vie en facilitant le réengagement occupationnel des patients. L'intervention de l'ergothérapeute se concentre d'abord sur les activités quotidiennes, en informant et en donnant également des conseils sur des règles d'hygiène au quotidien pour réduire l'anxiété et favoriser le sommeil (40). Différentes méthodes sont explorées pour limiter l'anxiété et créer un cercle vertueux en faveur du sommeil.

Les ergothérapeutes citent l'activité physique, promue pour ses bénéfices sur l'anxiété et le sommeil, entraînant la libération d'endorphines et ainsi une sensation de bien être et de détente. Faire de l'exercice peut agir comme une distraction permettant de diminuer les pensées envahissantes. Qui plus est, selon E1, les personnes sont très souvent isolées sur le

plan social, participer à des activités sportives peut ainsi offrir des opportunités d'interactions sociales (52).

La relaxation est également considérée par les personnes interrogées comme un outil essentiel, facilitant la gestion de l'anxiété et l'endormissement, avec des études soutenant ses bienfaits physiologiques (53). Par rapport à un autre professionnel de santé, l'ergothérapeute peut collaborer avec le patient pour guider et intégrer des moments de relaxation dans son quotidien, l'aidant à devenir autonome dans l'utilisation de cet outil.

➤ ***La collaboration avec les autres professionnels :***

La littérature et les ergothérapeutes interrogés évoquent l'importance et la nécessité d'une prise en soin pluridisciplinaire. En travaillant en collaboration avec d'autres professionnels de santé tels que des psychiatres, des psychologues, des spécialistes du sommeil, l'ergothérapeute peut contribuer à une approche holistique de la prise en soin de la personne (47).

En effet, la problématique que rencontre une personne présentant un TAG associé à des troubles du sommeil est complexe et multifactorielle. Ainsi, l'apport de l'expertise spécifique de chaque professionnel et leur échange mutuel permet de mieux traiter et de trouver davantage de solutions afin d'améliorer la qualité de vie de la personne.

Comme l'explique E3, le travail collaboratif permet également de créer une continuité dans la prise en soin. Par exemple, lorsque la restructuration d'une routine quotidienne est travaillée en ergothérapie, l'ergothérapeute pourra communiquer aux aides soignantes ou d'autres professionnels afin d'agir en faveur de l'atteinte de cet objectif hors des séances d'ergothérapie.

Pour rappel ma première hypothèse était : « ***La collaboration de l'ergothérapeute avec les autres professionnels de santé peut favoriser la prise en soin afin d'améliorer la qualité de vie de la personne avec un TAG associé à des troubles du sommeil.*** » Ainsi, à la suite de l'interprétation des résultats et du croisement avec des données scientifiques, **la première hypothèse est validée.**

➤ **Routines quotidiennes :**

D'après les ergothérapeutes interrogés, la restructuration de routines quotidiennes peut être un outil utilisé en ergothérapie auprès de personnes présentant un TAG associé à des troubles du sommeil dans le but d'améliorer la qualité de vie de la personne. Cette restructuration apporte un cadre sécurisant et rassurant, un environnement prévisible réduisant ainsi l'anxiété et facilitant l'endormissement ainsi que la qualité du sommeil de la personne. Cependant, certains professionnels soulignent le fait que l'instauration de nombreuses routines peuvent accroître l'anxiété en cas d'imprévu.

En effet, la fonction première de l'anxiété serait de se préparer à faire face à des menaces, des dangers (5). L'imprévu perturbe donc la sensation de contrôle et de sécurité habituelle, exacerbant ainsi l'anxiété et ses répercussions sur le quotidien. Toutefois, la survenue des imprévus au quotidien est indéniable, alors pour contrer ses effets, les ergothérapeutes 1 et 2 suggèrent un travail sur la gestion des émotions pour améliorer la qualité de vie des patients (54). En outre, la mise en situation réelle est un outil utilisé très régulièrement en ergothérapie. Elle pourrait être un moyen efficace d'aborder cette gestion émotionnelle dans certaines situations de manière plus concrète et pertinente.

Par ailleurs, le moment du coucher offre moins d'opportunités pour les imprévus. Ainsi, comme l'explique E2 et E3, il est tout à fait pertinent et bénéfique d'engager une discussion avec le patient pour définir la routine la plus efficace, favorisant ainsi l'endormissement et une meilleure qualité de sommeil selon les ergothérapeutes.

Ma seconde hypothèse était : « **Par la restructuration de routines quotidiennes avec le patient, l'ergothérapeute peut favoriser une meilleure gestion du quotidien afin d'obtenir une qualité de vie satisfaisante.** »

Ainsi, en considérant les bienfaits isolés des routines quotidiennes sur la qualité de vie de la personne, mon hypothèse est validée. Cependant, si l'on tient compte de l'inévitable occurrence d'imprévus, la mise en place de routines trop rigides peut augmenter l'anxiété et réduire la qualité de vie. **Ainsi, cette seconde hypothèse est partiellement validée.**

➤ **Modèles conceptuels :**

L'étude met en évidence que les ergothérapeutes interrogés n'utilisent pas quotidiennement les modèles au sein de leur pratique professionnelle. Toutefois, ils expliquent que ces outils peuvent tout de même être une ressource, permettant de n'oublier aucune donnée essentielle ou de mettre en évidence certaines problématiques.

Ma dernière hypothèse établit était : « **Le modèle conceptuel PEOP est un outil pouvant être utilisé par l'ergothérapeute afin de déterminer les facteurs influents sur la qualité de vie de la personne.** »

Le modèle conceptuel PEOP a seulement été abordé par E1 mais peu détaillé dans l'ensemble et le professionnel m'a plutôt orienté vers l'évaluation de la MCRO. Effectivement celle-ci peut être intéressante car elle permet d'identifier les problèmes rencontrés par le patient, de les hiérarchiser par ordre d'importance et de connaître la satisfaction du patient. Toutefois, il faut pour cela que le patient soit totalement conscient de ses difficultés, une condition souvent rencontrée chez les personnes ayant un TAG mais pas toujours. Il revient donc à l'ergothérapeute de déterminer si le patient est capable ou non de réaliser cette évaluation (31).

Concernant l'utilisation des bilans. Les deux modèles sont centrés sur l'occupation, ont une vision holistique et sont axés sur trois concepts : la personne, l'environnement et l'occupation. Ils prennent également en considération le sommeil de la personne.

Le modèle PEOP peut être utilisé comme outil afin de déterminer les facteurs influents sur la qualité de vie de la personne. Il est centré sur la performance occupationnelle. Celle-ci influence la participation et la qualité de vie de la personne. Ce modèle identifie les capacités et les contraintes de la personne, ainsi que les facilitateurs et obstacles de son environnement. Il est intéressant car le recueil se réalise sous forme de narration du patient, les données nécessaires sont donc obtenues de manière non-offensive envers le patient (31). **De ce fait, la dernière hypothèse est donc validée.**

Le modèle MCREO peut également convenir pour être un outil afin de détecter les facteurs influençant la qualité de vie de la personne. Celui-ci centre son analyse davantage sur le rendement et l'engagement occupationnel de la personne mais son utilisation est cohérente puisque E1 explique que l'engagement occupationnel d'une personne présentant un TAG et des troubles du sommeil est altéré. De plus, le modèle MCREO est connu d'une grande partie des ergothérapeutes pouvant ainsi être un facteur facilitant la transmission des données et les différents concepts sont très bien définis. Toutefois, le MCREO axe le recueil de données sur les problématiques et les déficiences et moins sur les ressources de la personne, ce qui peut être limitant pour les personnes anxieuses avec une faible estime de soi (31). Etant donné que le modèle PEO ne propose pas d'évaluation spécifique, combiner son utilisation avec celle de la MCRO pourrait être une approche intéressante. Cela permettrait de recueillir les informations nécessaires de manière non-offensive pour le patient et de valoriser ses ressources, tout en complétant les données par l'évaluation de la MCRO permettant de placer tout de même le patient en tant qu'acteur de sa prise en soin.

De plus, l'échelle ELADEV, une évaluation qui mesure les difficultés et le besoin d'aide des personnes suivies en psychiatrie, a été abordée par deux ergothérapeutes. Ils l'utilisent afin de cerner les facteurs problématiques et établir leurs objectifs de prise en soin, ce qui en fait également un outil approprié pour le diagnostic de l'ergothérapeute (55).

7.1.2 Eléments supplémentaires

➤ **Alliance thérapeutique :**

L'analyse des résultats a également permis de mettre l'accent sur des aspects non évoqués dans le cadre théorique.

E1 et E3 évoquent une notion à laquelle je n'avais pas pensé, celle d'établir une alliance thérapeutique avec le patient et son importance. L'alliance thérapeutique est décrite dans la littérature comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. » Le respect et la compréhension de l'autre sont au centre de la relation (56). L'alliance thérapeutique établit un lien étroit avec la notion de confiance mutuelle et d'écoute de l'autre. Elle permettrait donc de favoriser un environnement sécurisant, où le patient se sent à l'aise d'exprimer ses peurs et émotions sans

se sentir jugé ou en danger. Le patient serait donc plus facilement motivé à explorer ses difficultés et à travailler sur celles-ci en échangeant avec l'ergothérapeute pour qu'il puisse adapter la prise en soin.

E3 aborde le fait qu'il y a régulièrement de l'absentéisme lors des séances d'ergothérapie. Toutefois, une étude montre qu'une alliance thérapeutique adaptée minimise le risque d'abandon de la thérapie par le patient. Aussi, les résultats obtenus et l'efficacité de la thérapie sont fortement associés à la qualité de l'alliance thérapeutique (57).

➤ **Activités significantes :**

Une autre notion est mise en évidence par E1 et E3 ; celle de proposer en tant qu'ergothérapeute des activités dites significantes, c'est-à-dire ayant du sens pour la personne, renvoyant à la sphère psycho-affective. En effet, dans le cadre de sa pratique l'ergothérapeute s'intéresse et centre sa pratique sur les activités significantes. Des données ont prouvé que celles-ci permettaient d'augmenter l'engagement, la motivation, la pertinence de l'intervention thérapeutique... (58).

Ainsi, E1 et E3 soulignent l'importance de proposer des activités significantes au cours de la prise en soin d'une personne présentant un TAG associé à des troubles du sommeil. Ce choix permettrait de faciliter l'adhésion du patient à l'activité mais également à la prise en soin. De plus, KIELHOFNER dit que « la signification est un élément moteur central pour l'engagement occupationnel », permettant ainsi de justifier ce choix puisque l'étude relève que dans ce contexte une baisse considérable de leur engagement occupationnel est observée (59). En outre, les activités significatives définies comme les attentes et les exigences de la vie en société pourraient également avoir leur place dans ce type de prise en soin. Orienter les objectifs sur ce type d'activité permettrait de créer un sentiment d'utilité et de reconnaissance sociale, en améliorant l'estime de soi (26).

Réponse à la question de recherche : Ainsi, en s'inscrivant dans une approche pluridisciplinaire, en collaborant avec les autres professionnels de santé, l'ergothérapeute peut participer à amélioration de la qualité de vie de la personne par divers moyens. En effet, son approche holistique permettra de comprendre les difficultés, les besoins et les ressources de la personne. Puis, par le biais d'une alliance thérapeutique adaptée, l'ergothérapeute peut informer le patient sur certaines notions essentielles, aborder certaines routines quotidiennes, présenter divers outils pour diminuer l'anxiété ou favoriser le sommeil et proposer des activités signifiantes ou significatives pour la personne afin de l'engager davantage dans sa prise en soin.

7.2 Analyse de la méthode

Au cours de la réalisation et de l'avancée de cette recherche j'ai pu relever différentes limites et biais à la méthode de ma recherche.

Tout d'abord, afin de sélectionner et d'interroger des ergothérapeutes pouvant répondre à mes questions, j'ai établi des critères d'inclusion et d'exclusion. De ce fait, dans un premier temps j'avais établi un critère qui était le suivant : « ergothérapeute ayant réalisé des interventions sur le sommeil d'une personne présentant un TAG ». Par la suite, je me suis très vite rendu compte que je ne trouvais pas d'ergothérapeute afin de réaliser mes entretiens car les critères de sélection semblaient trop sélectifs. J'ai donc supprimé ce critère et j'ai trouvé 3 ergothérapeutes à interroger. Ainsi, je pense que cela peut être un biais puisque certaines réponses aborder sur le sommeil d'une personne présentant un TAG peut être des idées et non le partage d'une réelle expérience. Toutefois, chaque ergothérapeute intervenait sur le sommeil de manière direct ou indirect.

Puis, le fait d'avoir pu interroger seulement trois ergothérapeutes au cours de ce travail ne me permet pas de généraliser les résultats obtenus. Qui plus est, chaque ergothérapeute travaille auprès de personnes présentant un TAG associé à des troubles du sommeil ; mais dans des secteurs, des structures différentes. Ainsi, je me questionne sur le fait que certaines réponses aient pu être influencées par le contexte institutionnel dans le quel les

ergothérapeutes exercent. Un point à noter est que le premier ergothérapeute interrogé m'a demandé s'il était possible de se tutoyer, ce qui représente donc un biais de proximité.

D'autre part, comme expliqué ci-dessus, un entretien s'est déroulé en visioconférence et les deux autres par téléphone. Bien que les entretiens téléphoniques offrent une certaine commodité, une souplesse pour les personnes interrogées, j'ai pu remarquer des différences entre ces deux moyens. En effet, lors d'un appel téléphonique, une grande partie, voire la totalité de la communication non verbale est perdue. De part l'absence des expressions faciales, du langage corporel et autres, la compréhension des nuances ou des émotions exprimées par l'interlocuteur a pu être biaisé. De plus, il a été plus simple pour moi d'interagir et de reformuler mes propos lors de l'entretien en visioconférence.

Au cours de la réalisation des deux derniers entretiens, je me suis surprise en train d'attendre une réponse particulière à la question ou de formuler des questions de relance en ce sens. Après réflexion, je pense que la réalisation du premier entretien et les réponses obtenues m'ont influencé pour la réalisation des entretiens suivant. De ce fait, il y a un biais et une subjectivité involontaire de ma part.

Concernant la composition de mon guide d'entretien, bien que l'importance de la pluridisciplinarité ait été soulignée, j'ai remarqué que des réponses évoquant ce sujet ont été abordées à différents moments au cours de l'entretien. A refaire, pour obtenir des résultats plus détaillés et approfondis sur ce thème, je prévois d'ajouter une question spécifique sur la place de l'ergothérapie au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire. Par ailleurs, je conserverais une autre question dédiée aux divers axes d'intervention de l'ergothérapeute visant à améliorer la qualité de vie de la personne. Diviser la troisième question en deux permettrait je pense de mieux mettre en évidence ces deux notions et de rendre les questions plus explicites pour les personnes interrogées.

Pour conclure cette partie, je me suis parfois focalisée sur ma grille d'entretien. J'aurais souhaité que certains propos évoqués soient plus étayés, en particulier sur la problématique du sommeil associés au TAG et non seulement le TAG en lui-même. Toutefois, même si les ergothérapeutes ont apporté des réponses sur la question du sommeil, cela permet à nouveau

de mettre en évidence que leur prise en soin est davantage orientée sur le TAG que sur les difficultés d'endormissements ou des réveils nocturnes associés. Cela pourrait également être dû à un manque de clarté dans mes formulations.

7.3 Réinvestissement professionnel et apports personnels

7.3.1 Apports personnels

Ce mémoire d'initiation à la recherche a été d'un grand intérêt pour moi, car il traitait de l'anxiété lié au sommeil, un sujet qui m'intéresse particulièrement. Tout au long de cette étude, j'ai donc maintenu ma motivation et mon engagement. Ce travail m'a offert l'occasion de développer mon esprit critique et d'adopter une méthodologie de travail rigoureuse et concise, une compétence que je considère indispensable pour ma future pratique professionnelle. J'ai dû remettre en question mes idées préconçues et adopter une approche nuancée dans mes analyses plutôt que des opinions tranchées sur des faits.

Cette démarche m'a également permis d'approfondir mes connaissances sur les champs de compétences et d'intervention de l'ergothérapeute. De nouvelles notions découvertes au cours de cette recherche m'ont incité à approfondir mes investigations. De plus, ce travail a contribué à enrichir mon identité professionnelle, en me projetant dans l'avenir où je souhaite contribuer davantage au développement de l'ergothérapie, notamment dans le domaine du traitement des troubles du sommeil.

7.3.2 Apports et perspectives pour la profession

L'objectif de cette étude était de mettre en lumière le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes souffrant des conséquences d'un TAG et des troubles du sommeil associés, impactant ainsi leur quotidien. La recherche a confirmé l'existence réelle de cette problématique, soulignant comment les troubles du sommeil amplifient l'anxiété et ses répercussions sur la vie quotidienne.

Cette étude a révélé les diverses fonctions que peut remplir un ergothérapeute auprès de cette population, notamment en ce qui concerne le sommeil. En effet, des ergothérapeutes en santé mentale sont présents. Toutefois, au vu de la faible sélection d'ergothérapeutes que j'ai pu interroger, du fait que je sois obligée de modifier un critère d'inclusion et du manque d'études à l'appui ; il semble que leurs interventions dans le domaine du sommeil restent largement méconnues, tant du public que parfois des professionnels eux-mêmes.

Il serait pertinent de réaliser un questionnaire auprès d'ergothérapeutes et des professionnels de santé afin de déterminer s'ils considèrent que la prise en charge des troubles du sommeil peut relever des compétences de l'ergothérapeute. Cela permettrait de comprendre l'origine de cette problématique, qu'il s'agisse de l'orientation du patient, de l'auto-évaluation des champs d'intervention de l'ergothérapeute ou d'une combinaison des deux. Néanmoins, étant donné les répercussions des troubles du sommeil liés au TAG, la recherche montre qu'il est judicieux pour l'ergothérapeute de ne pas se limiter à la prise en soin exclusive du TAG, mais également de prendre en charge les difficultés de sommeil associées afin de favoriser au mieux la qualité de vie de la personne.

En conséquence, l'intégration de cours sur le sommeil dans le cursus standard des études en ergothérapie pourrait être pertinente, sensibilisant ainsi les futurs professionnels dès le début de leur formation aux conséquences des troubles du sommeil sur la vie quotidienne, surtout lorsqu'ils sont associés à d'autres pathologies. Il serait également intéressant d'élargir cette échelle à l'échelle mondiale ou dans des pays où l'ergothérapie est développée pour analyser leur rôle de l'ergothérapeute dans ce type de situation. Enfin, le travail réalisé peut servir de base afin d'apporter des éclaircissements ou susciter des réflexions chez d'autres personnes intéressées par ce sujet.

CONCLUSION

Au départ, mon objectif était de mettre en évidence l'impact que peut avoir des troubles du sommeil associés à une autre pathologie qui est le TAG, sur le quotidien d'une personne et le rôle de l'ergothérapeute. Cette recherche a mis en lumière l'existence d'une relation bidirectionnelle entre le TAG et le sommeil. Il est apparu clairement que les personnes voient leur qualité de vie dégradée, avec une incidence sur leurs activités quotidiennes.

Cette étude met alors en évidence les multiples facettes du rôle de l'ergothérapeute dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes confrontées à cette problématique complexe. Parmi ces fonctions, on retrouve l'éducation du patient, la réintégration progressive des activités significatives, l'apport d'outils de relaxation, ainsi que la restructuration des routines quotidiennes et d'autres encore. Pour cela le professionnel peut s'appuyer sur des modèles conceptuels, des évaluations permettant d'orienter la prise en soin et d'établir des objectifs. De plus, il est essentiel de souligner que l'intervention de l'ergothérapeute s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire, nécessitant une collaboration avec d'autres professionnels de la santé, compte tenu de la complexité et des difficultés multifactorielles rencontrées. En outre, cette recherche a révélé que le rôle de l'ergothérapeute dans le domaine du sommeil était largement méconnu, alors que le TAG était souvent abordé de manière isolée. Toutefois, ce mémoire met en lumière l'importance de considérer les deux aspects pour améliorer la qualité de vie des personnes concernées.

Qui plus est, une étude menée par Santé Publique France met en évidence la détérioration de la santé mentale des Français en 2023, marquée par une augmentation des niveaux d'anxiété, de dépression ou encore de pensées suicidaires (60). Une autre enquête révèle que 95% des Français ressentent du stress ou de l'anxiété, dû principalement à la guerre en Ukraine, aux difficultés financières ou encore à l'appréhension d'une crise économique mondiale (61). L'anxiété semble donc représenter un enjeu majeur de santé publique qui s'intensifie au fil des années tout comme les difficultés de sommeil. Dans ce contexte, l'ergothérapeute pourra être amené à traiter ces problématiques de manière plus fréquente. Ainsi, je m'interroge sur le sujet : **La place de l'ergothérapeute évoluera-t-elle dans les années à venir pour répondre à cette problématique de santé publique croissante ?**

BIBLIOGRAPHIE

1. Pelissolo A. Troubles anxieux et névrotiques. EMC Traite Med AKOS [En ligne]. Juil 2012 [cité le 6 mai 2024];7(3):1-11. Disponible : [https://doi.org/10.1016/s1634-6939\(12\)48040-1](https://doi.org/10.1016/s1634-6939(12)48040-1)
2. Sophie VAUX et Romain GUIGNARD. Le temps de sommeil en France. Sante Publique Fr. 2019;(8-9).
3. Morel Bracq MC. La science de l'occupation pour l'ergothérapie. [Cité le 12 sept 2023] : de Boeck supérieur ; 2016.
4. Inserm [En ligne]. Troubles anxieux · La science pour la santé ; [Cité le 17 août 2023]. Disponible : <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>
5. Barnhill JW. Édition professionnelle du Manuel MSD 5 [En ligne]. Revue générale des troubles anxieux - Troubles psychiatriques - Édition professionnelle du Manuel MSD ; 1 avril 2020 [Cité le 9 sept 2023]. Disponible : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-troubles-anxieux>
6. Haute Autorité de Santé - Professionnels [En ligne]. [Cité le 5 sept 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
7. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, Gaudin AF. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). L'Encephale [En ligne]. Avril 2005 [Cité le 2 oct 2023] ;31(2):182-94. Disponible : [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(05\)82385-1](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(05)82385-1)
8. Boyer P. l'anxiété généralisée. [Cité le 25 sept 2023] : John Libbey Eurotext ; 2005.
9. Palazzolo J. De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique. J Psychol [En ligne]. 2019 [Cité le 31 août 2023];369(7):72. Disponible : <https://doi.org/10.3917/jdp.369.0072>
10. Haute Autorité de Santé - Professionnels [En ligne]. Prise en charge du trouble anxieux généralisé ; juin 2007 [cité le 16 sep 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
11. Palazzolo J. Ma bible des TCC. [cité le 4 sep] : Leduc ; 2021. 300 p.
12. Boulenger JP, Lépine JP. Les troubles anxieux [En ligne]. Lavoisier ; 2014 [Cité le 3 oct 2023]. Disponible : <https://doi.org/10.3917/lav.boule.2014.01>

13. Laureys S. Le sommeil c'est bon pour le cerveau. [Cité le 13 août 2023] : Odile Jacob ; 2023. 368 p.
14. Inserm [En ligne]. Sommeil · Inserm, La science pour la santé ; [cité le 6 mai 2024]. Disponible : <https://www.inserm.fr/dossier/sommeil/>.
15. Dagneaux S. Prendre en charge l'insomnie par les TCC - 2e éd. [Cité le 10 Septembre 2023] : DUNOD ; 2021. 320 p.
16. Schmidt C, Collette F. Impact du moment de la journée et du rythme de veille-sommeil sur les performances cognitives. Rev Neuropsychol [En ligne]. 3 oct 2016 [cité le 6 mai 2024];Volume 8(3):173-81. Disponible : <https://doi.org/10.1684/nrp.2016.0391>
17. Carrère d'Encausse M, Guéry Riquier C. En finir avec les troubles du sommeil. [Cité le 22 août 2023] : Larousse ; 2022. 144 p.
18. Schulz P. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17969862/>. Chronobiol Psychiatry [En ligne]. Sep 2007 [cité le 16 sept 2023];9(3):237-55. Disponible : <https://doi.org/10.31887/dcns.2007.9.3/pschulz>
19. Rauchs G, Bertran F, Gaubert M, Desgranges B, Eustache F. Liens entre sommeil et mémoire au fil de la vie. Rev Neuropsychol [En ligne]. 2011 [cité le 1 oct 2023];3(1):33. Disponible : <https://doi.org/10.3917/rne.031.0033>
20. Walker MD, Soulat P. Pourquoi nous dormons - Le pouvoir du sommeil et des rêves. [Cité le 17 sept 2023] : LA DECOUVERTE ; 2018. 450 p.
21. Accueil [En ligne]. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017 ; [cité le 13 sep 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/le-temps-de-sommeil-la-dette-de-sommeil-la-restriction-de-sommeil-et-l-insomnie-chronique-des-18-75-ans-resultats-du-barometre-de-sante-publique>
22. Zorn JV, Schür RR, Boks MP, Kahn RS, Joëls M, Vinkers CH. Cortisol stress reactivity across psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. Psychoneuroendocrinology [En ligne]. Mars 2017 [cité le 1 oct 2023];77:25-36. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.11.036>
23. Schulz P. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17969862/>. Chronobiol Psychiatry [En ligne]. Sep 2007 [cité le 2 oct 2023];9(3):237-55. Disponible : <https://doi.org/10.31887/dcns.2007.9.3/pschulz>
24. Contraste. Ergothérapie et petite enfance. [Cité le 29 sept 2023] : Erès ; 2017. 368 p.

25. Fung C, Wiseman-Hakes C, Stergiou-Kita M, Nguyen M, Colantonio A. Time to Wake Up : Bridging the Gap between Theory and Practice for Sleep in Occupational Therapy. Br J Occup Ther [En ligne]. Août 2013 [cité le 1 nov 2023];76(8):384-6. Disponible : <https://doi.org/10.4276/030802213x13757040168432>

26. Caire JM. Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités. [Cité le 29 sept 2023] : de Boeck supérieur ; 2012. 364 p.

27. Occupational Therapy and Mental Health. WFOT. 2019.

28. Ordre des ergothérapeutes du Québec [En ligne]. L'ergothérapie en santé mentale | Ordre des ergothérapeutes du Québec ; [cité le 3 jan 2024]. Disponible : <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergotherapie-en-sante-mentale.html>

29. ADANT G. Expériences en ergothérapie : Sommeil et occupations : nouveau champ d'intervention pour l'ergothérapie ? [Lu le 26 août 2023] : sauramps médical ; 2013. 419 p.

30. Ho EC, Siu AM. Occupational Therapy Practice in Sleep Management : A Review of Conceptual Models and Research Evidence. Occup Ther Int [En ligne]. 29 juil 2018 [cité le 1 nov 2023];2018:1-12. Disponible : <https://doi.org/10.1155/2018/8637498>

31. Morel Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie. [cité le 10 sep] : de Boeck supérieur ; 2017. 272 p.

32. Trouvé, E. (2016). Agir sur l'environnement pour permettre les activités. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2016.01>

33. Brown C, Green A, Alford C, Asadi-Moghaddam A, Boswell J. Occupational Therapist's Guide to Sleep and Sleep Problems. [lieu inconnu] : Kingsley Publishers, Jessica ; 2015. 368 p.

34. ANFE. Sciences de l'occupation de la théorie à la pratique. [Lu le 24sept 2023] .LME. 2018.

35. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res [En ligne]. Avril 1993 [cité le 1 nov 2023];2(2):153-9. Disponible : <https://doi.org/10.1007/bf00435734>

36. (Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. Res Dev Disabil. Janv 1995;16(1):51-74)

37. Cella DF. Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. Rech SoinsInfirm. 2007;N° 88(1):25

38. ADANT G. Impact de la santé du sommeil sur les activités humaines. Educ Sante. 2017;(334).
39. Watson M, Garden J, Brown CA, Swedlove F. Revenir à l'essentiel : Le sommeil et l'occupation. Actual Ergother. [cité le 22 oct];16.6.
40. Fung, C., Wiseman-Hakes, C., Stergiou-Kita, M., Nguyen, M., et Colantonio, A. (2013). Time to wake up: Bridging the gap between theory and practice for sleep in occupational therapy. British Journal of Occupational Therapy
41. Fung C, Wiseman-Hakes C, Stergiou-Kita M, Nguyen M, Colantonio A. Time to Wake Up : Bridging the Gap between Theory and Practice for Sleep in Occupational Therapy. Br J Occup Ther [En ligne]. Août 2013 [cité le 1 nov 2023];76(8):384-6. Disponible : <https://doi.org/10.4276/030802213x13757040168432>
42. Meyer S. De l'activité à la participation. [cité le 27 oct] De Boeck supérieur ; 2013. 288 p.
43. Occupational Therapy's Role in Sleep. AOTA. 2008.
44. Mindell JA, Leichman ES, Lee C, Williamson AA, Walters RM. Implementation of a nightly bedtime routine : How quickly do things improve ? Infant Behav Dev [En ligne]. Nov 2017 [cité le 3 oct 2023];49:220-7. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.09.013>
45. Mindell JA, Telofski LS, Wiegand B, Kurtz ES. A Nightly Bedtime Routine : Impact on Sleep in Young Children and Maternal Mood. Sleep [En ligne]. Mai 2009 [cité le 2 oct 2023];32(5):599-606. Disponible : <https://doi.org/10.1093/sleep/32.5.599>
46. Mindell JA, Williamson AA. Benefits of a bedtime routine in young children : Sleep, development, and beyond. Sleep Med Rev [En ligne]. Août 2018 [cité le 25 sept 2023];40:93-108. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.10.007>
47. Policard, F. (s. d.). *Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives*. ARSI.
48. Roth T. les affranchis. [cité le 4 oct] : ERES ; 2020.
49. Haute Autorité de Santé - Professionnels [En ligne]. [cité le 19 oct 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_recommandations.pdf
50. Qualitative Research and Evidence-based Physiotherapy Prac+ce, Barbara E Gibson Douglas K Martin

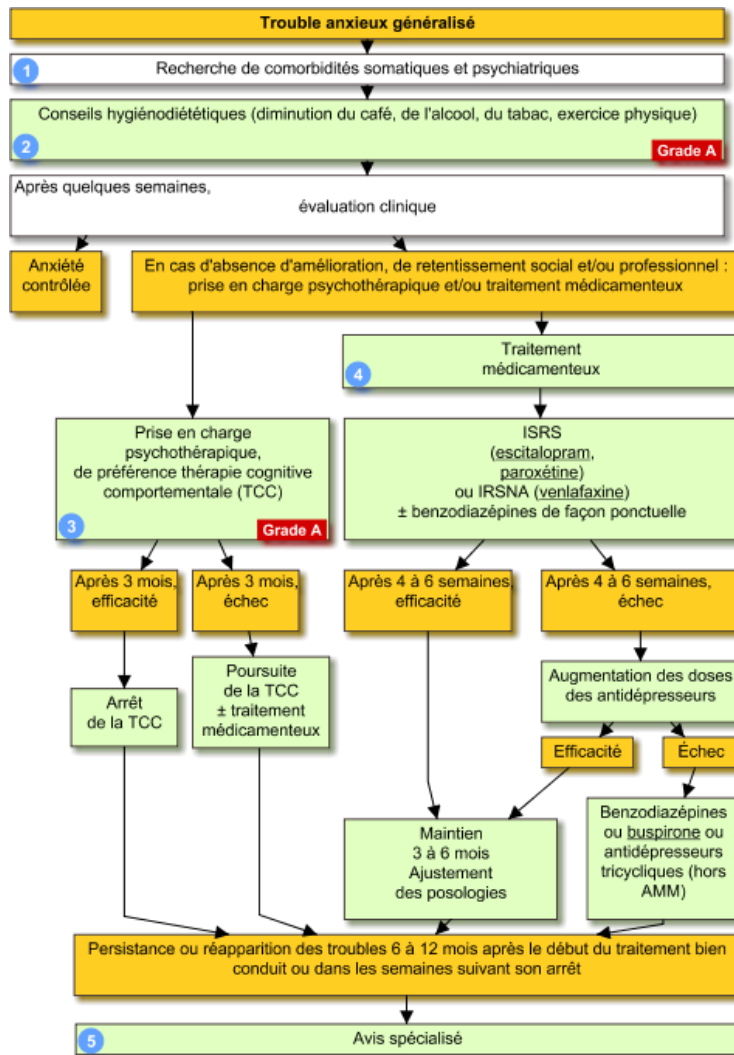
51. Combessie JC. La méthode en sociologie. 5^e éd. Paris : La Découverte ; 2007. 124 p.
52. De Matos MG, Calmeiro L, Da Fonseca D. Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. Presse Medicale [En ligne]. Mai 2009 [cité le 6 mai 2024];38(5):734-9. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2008.08.015>
53. Larroque M. Les procédés de relaxation hier et aujourd'hui. Linformation Psychiatr [En ligne]. 1 nov 2013 [cité le 6 mai 2024];Volume 89(9):751-8. Disponible : <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1120>
54. Sapey-Triomphe LA. L'imprévu [En ligne]. [lieu inconnu] : Presses Universitaires de France ; 2016. Le cerveau face à l'imprévu ; [cité le 6 mai 2024] ; p. 89-98. Disponible : <https://doi.org/10.3917/puf.frydm.2016.03.0089>
55. Les Ateliers de réhabilitation | [En ligne]. Outil ELADEB (français) | Les Ateliers de réhabilitation ; [cité le 7 mai 2024]. Disponible : <https://ateliers-rehab.ch/produit/outil-eladeb/>.
56. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. Perspect Psy [En ligne]. Oct 2010 [cité le 6 mai 2024];49(4):317-26. Disponible : <https://doi.org/10.1051/ppsy/2010494317>
57. Dupont S. L'alliance thérapeutique : un équilibre entre donner et recevoir. J Psychol [En ligne]. 2020 [cité le 6 mai 2024];380(8):63. Disponible : <https://doi.org/10.3917/jdp.380.0063>
58. Université de Sherbrooke [En ligne]. Engagement dans les activités significantes : nouveau questionnaire en ergothérapie ; [cité le 6 mai 2024]. Disponible : https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/symposium_affiches_recherche/Archives/2015/engagement_acitivtes_signifiantes.pdf
59. FUTSCH M. L'activité significative en ergothérapie, Source de volition ? : Paris Est Créteil ; 2017. 80 p.
60. Vie publique [En ligne]. La santé mentale des Français se dégrade en 2023 ; [cité le 6 mai 2024]. Disponible : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/291481-la-sante-mentale-des-francais-se-degrade-en-2023>
61. 95 % des Français sont stressés ou anxieux [En ligne] ; [cité le 6 mai 2024]. Disponible : <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2022/05/communiqu%C3%A9-presse-mesbienfaits.pdf>

ANNEXES

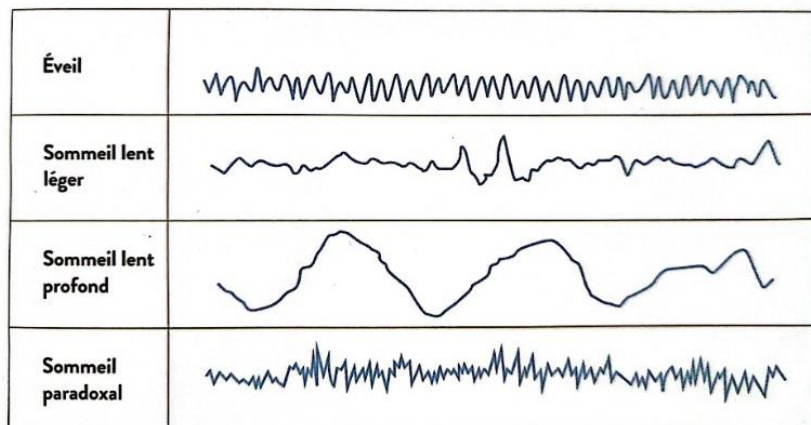
TABLE DES MATIERES DES ANNEXES

| | |
|---|-----|
| Annexe n°I : Schéma du processus de la prise en soin des troubles anxieux | I |
| | I |
| Annexe n°II : Tracés d'électroencéphalogramme en fonction des différents stades du sommeil et de l'éveil..... | I |
| | I |
| Annexe n°III : Les différentes phases du sommeil au cours d'un cycle et leur évolution sur une nuit..... | II |
| Annexe n°IV : Modèle conceptuel Personne-Environnement – Occupation – Personne (PEOP) | II |
| Annexe n°V : Mail type envoyé aux ergothérapeutes pour la demande d'entretien... | III |
| Annexe n°VI : Guide d'entretien..... | IV |
| Annexes n°VII : Formulaire de consentement | VI |
| Annexe n°VIII : Analyse longitudinale | VII |
| Annexe n°IX : Analyse transversale | XXX |

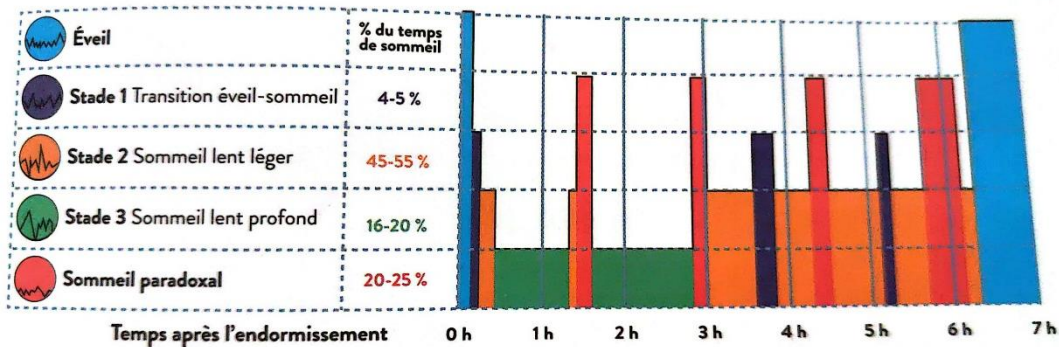
Annexe n°I : Schéma du processus de la prise en soin des troubles anxieux



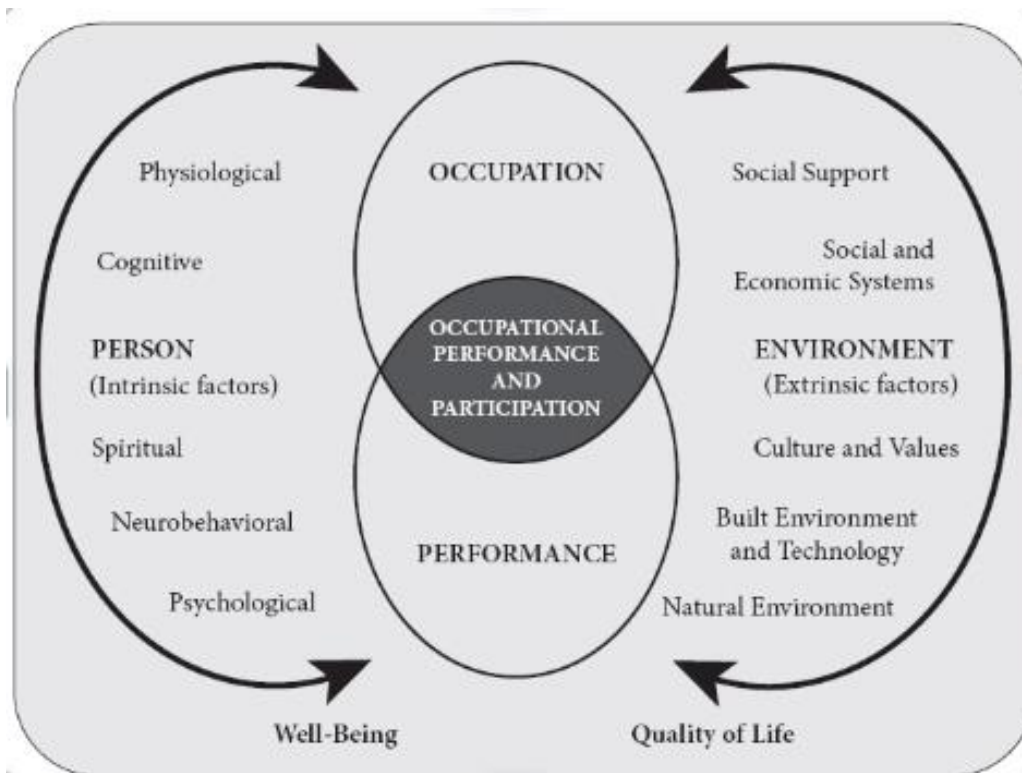
Annexe n°II : Tracés d'électroencéphalogramme en fonction des différents stades du sommeil et de l'éveil



Annexe n°III : Les différentes phases du sommeil au cours d'un cycle et leur évolution sur une nuit



Annexe n°IV : Modèle conceptuel Personne-Environnement – Occupation – Personne (PEOP)



Annexe n°V : Mail type envoyé aux ergothérapeutes pour la demande d'entretien

Bonjour,

Actuellement en troisième année d'ergothérapie à Nevers (58), je me permets de vous adresser ce mail dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études. En effet, je réalise mon écrit d'initiation à la méthode de recherche sur le thème des troubles du sommeil chez la personne diagnostiquée avec un trouble anxieux généralisé et le lien avec la prise en soin ergothérapique.

Je me suis questionnée sur l'impact des troubles du sommeil sur le quotidien d'une personne, la gestion de l'anxiété et la plus-value que peut avoir l'ergothérapeute afin d'améliorer la qualité de vie de la personne.

Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai décidé de réaliser des entretiens individuels, d'une durée en moyenne de 30 minutes, avec des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes souffrant de troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée.

Les critères d'inclusion des personnes interrogées sont donc les suivants :

- Exerce ou a exercé auprès d'adultes avec des troubles anxieux généralisé
- Diplômé d'Etat en ergothérapie,
- Travaille en France,
- Parle français.

Merci de me recontacter si vous remplissez ces critères et si vous accepteriez de réaliser un entretien afin de me permettre de répondre à ma question de recherche. A noter qu'aucune information relative à la personne interrogée ne sera divulguée et l'anonymat sera préservé.

Merci d'avance, cordialement,

ORMANCEY Maud

Annexe n°VI : Guide d'entretien

| Question | Argumentation | Question de relance |
|---|---|--|
| <p>1 : Comment décririez-vous l'impact des troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée sur les activités quotidiennes de la personne ?</p> | <p><i>Je cherche à connaître les répercussions (observées par le thérapeute sur le terrain) que peuvent avoir les troubles du sommeil, qui plus est, associés à un trouble anxieux généralisé sur la réalisation des activités quotidiennes de la personne.</i></p> | <p>Observez-vous cet impact sur les activités quotidiennes de la personne de manière systématique ?</p> |
| <p>2 : Quels liens faites vous entre les activités quotidiennes et la qualité de vie de la personne ?</p> | <p><i>Je cherche à savoir si l'ergothérapeute établit des liens entre les activités quotidiennes de la personne qui peuvent être impactées par la pathologie et comment cela influence et se répercute à son tour sur la qualité de vie de la personne et son niveau de satisfaction.</i></p> | <p>Selon vous, comment les activités quotidiennes et leur réalisation influent sur la qualité de vie de la personne ?</p> <p>Quelles distinctions faites-vous entre activités quotidiennes et qualité de vie ?</p> |
| <p>3 : Selon vous, au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, quelle peut être la place de l'ergothérapeute auprès de personnes souffrant de troubles du sommeil causés par une anxiété généralisée ?</p> | <p><i>Au travers de cette question, je souhaite savoir comment l'ergothérapeute visualise son rôle, sa plus-value au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire auprès de personne souffrant de troubles du sommeil causés par une anxiété généralisée.</i></p> | <p>Avez-vous déjà mené une intervention auprès d'une personne souffrant de troubles du sommeil associés à un TAG ?</p> <p>Est-ce que vous agissez sur les troubles du sommeil en particulier ? Si oui, comment ?</p> <p>Pensez-vous que l'ergothérapeute peut apporter une plus-value au sein de cette prise en soin ?</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>4 : Les modèles conceptuels en ergothérapie tels que le MOH, le PPH se sont développés au cours de ces dernières années. Ainsi, au sein de votre pratique, utilisez-vous un modèle conceptuel ? Si oui, de quelle manière et dans quel but ? Si non, en quoi pensez-vous que ces modèles ne sont pas pertinent dans votre pratique ?</p> | <p><i>Je cherche à savoir quel intérêt porte l'ergothérapeute aux modèles conceptuels et comment il les emploie au quotidien et le lien qu'il peut établir avec l'amélioration de la qualité de vie de la personne souffrant de troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée.</i></p> | <p>Pensez-vous que l'utilisation que vous faites du modèle conceptuel peut favoriser la qualité de vie de la personne ?</p> <p>Vous n'utilisez pas de modèle conceptuel, mais pensez-vous que celui-ci peut être un moyen de favoriser la qualité de vie de la personne ?</p> |
| <p>5 : Selon vous, que permet la restructuration de routines quotidiennes pour agir sur la qualité de vie de la personne souffrant de troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée ?</p> | <p><i>Je cherche à savoir si le thérapeute pense que l'ergothérapie est une discipline à de travailler sur les routines de vie quotidienne et s'il y voit un intérêt particulier auprès des personnes diagnostiquées avec une anxiété généralisée associé à des troubles du sommeil.</i></p> | <p>Selon vous, que permet la reconstruction de la routine du coucher sur la qualité de vie de la personne ?</p> |
| <p>6 : Souhaitez-vous ajouter quelque chose à laquelle je n'ai pas pensé et que vous estimez important ?</p> | <p><i>Cette question permet de rajouter des éléments que le professionnel estime importants et/ou pertinents auxquels je n'ai pas pensé.</i></p> | |

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

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'études en ergothérapie.

Date de l'entretien :

Je soussigné(e),, consens à ce que mes enregistrements audios fassent l'objet d'une recherche de fin d'études 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 ORMANCEY Maud, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à Nevers à des fins pédagogiques et sera présenté aux jurys pour l'examen de fin d'études, 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 : ORMANCEY Maud

TELEPHONE : 06.09.86.52.43

DATE :

SIGNATURE, précédée de la mention « Lu et approuvé »

Annexe n°VIII : Analyse longitudinale

Ergothérapeute 1 (E1)

Premier entretien : mercredi 24 janvier à 15h30 (durée : 36 minutes et 30 secondes)

| Question 1 : Comment décririez-vous l'impact des troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée sur les activités quotidiennes de la personne ? | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <u>Exploitation du matériel</u> | <u>Corpus et organisation</u> | <p>« Bas au niveau des troubles du sommeil, ce qui peut poser certaines difficultés c'est plus bah par rapport à l'anxiété justement, le fait de manquer de sommeil, ça va renforcer ce côté anxieux et du coup ça va se répercuter que ce soit dans diverses fonctions cognitives, que ce soit au niveau de l'attention, que ce soit au niveau de la planification, donc tout ce qui est fonctions exécutives. Et aussi bah globalement dans l'organisation, ça peut aussi être dans la gestion des émotions, notamment le manque de sommeil et il y a aussi de l'irritabilité donc ça influence euh les relations sociales. Et aussi à suivre une conversation par rapport à l'attention on voit au niveau du quotidien, ça va se répercuter autant je dirais dans l'organisation donc des conditions de vie, ça peut être au travail, ça peut être dans le lieu de vie, ça peut être aussi au niveau de ce que je vais dire plus pragmatique du quotidien donc pour effectuer par exemple je sais pas moi, les tâches administratives, l'entretien du ménage. Pour s'organiser, ça peut être compliqué. En générale, le TAG et en plus associé aux troubles du sommeil rend difficile tout ça. Et aussi au niveau relationnel parce que du coup la, la personne comme je disais, ça va comme ça nécessite certaines ressources de devoir voilà entretenir des relations, des conversations et la personne aura tendance à s'isoler. Et enfin bah par rapport à la santé de manière générale, au niveau de la santé psychique forcément, comme je l'ai expliqué. Et puis aussi par rapport à tout ce qui est addiction notamment par rapport au tabac, par rapport au café, à l'alcool.</p> <p>Ah oui.</p> <p>Pour pouvoir se tenir éveillé donc en lien avec les troubles du sommeil, pour rester en alerte, et avoir ce petit coup de fouet, de nicotine, de caféine ou même l'alcool hein. Mais aussi par rapport je pense plus à l'alcool et notamment au tabac. En fait, on aura tendance à être plus, je vais dire avoir des comportements, qu'on appelle des comportements d'usage que ce soit pour le tabac et à l'alcool. Le tabac et l'alcool dans un premier vont être anxiolytiques sauf que, à force de consommer, en fait de manière chronique, ça va renforcer ce côté anxieux ça peut accentuer aussi les troubles du sommeil et ça va être plus anxiogène. Sur le moment de la prise, non mais à force de fumer par exemple, on va rechercher bah sur le côté tranquilisant, sauf que bah cet effet tranquilisant va durer un certain nombre de temps et le seuil de d'anxiété va augmenter</p> |

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| | | <p>donc le patient va devoir refumer. Et c'est ainsi en fait qui a qui a une dépendance et une addiction. Ok. Et donc les addictions par rapport aux troubles du sommeil, en fait eh Ben ça les aggrave aussi parce que un patient qui va consommer certaines substances, je pense notamment à l'alcool, soit la cocaïne par exemple. L'alcool, va rendre un sommeil qui sera pas réparateur non plus et ca va influencer la récupération même si la personne dort. Donc c'est en fait c'est un peu un cercle vicieux que je veux dire. D'accord, merci. »</p> |
| | <p><u>Codage</u></p> | <p>« troubles du sommeil » « l'anxiété » « manquer de sommeil, ça va renforcer ce côté anxieux » « répercuter que ce soit dans diverses fonctions cognitives » « l'attention » « planification » « fonctions exécutives » « l'organisation » « gestion des émotions » « manque de sommeil » « l'irritabilité » « influence euh les relations sociales » « suivre une conversation par rapport à l'attention » « se répercuter autant je dirais dans l'organisation donc des conditions de vie, ça peut être au travail » « tâches administratives » « l'entretien du ménage » « s'organiser, ça peut être compliqué » « TAG et en plus associé aux troubles du sommeil rend difficile tout ça » « la personne aura tendance à s'isoler » « la santé de manière générale » « santé psychique » « addiction » « Pour pouvoir se tenir éveillé donc en lien avec les troubles du sommeil, pour rester en alerte » « comportements d'usage » « anxiolytiques » « renforcer ce côté anxieux ca peut accentuer aussi les troubles du sommeil » « les addictions par rapport aux troubles du sommeil, en fait eh Ben ça les aggrave » « sommeil qui sera pas réparateur non plus et ca va influencer la récupération » « cercle vicieux »</p> |
| | <p><u>Catégorisation</u></p> | <p>Relation Bidirectionnelle – Impact Sur Les Fonctions Cognitives – TAG – Addictions – Impact Sur Les Activités Quotidiennes – Santé Mentale – Troubles Du Sommeil – Difficultés Dans La Gestion De Soi – Limitation De La Performance Occupationnelle- Fatigue – Isolement</p> |

Question 2 : Quels liens faites-vous entre les activités quotidiennes et la qualité de vie de la personne ?

| | | |
|---|---|--|
| <p><u>Exploitation du matériel</u></p> | <p><u>Corpus et organisation</u></p> | <p>« Euh comme je disais sur le TAG il y a des stratégies d'évitement qui se font du à l'anxiété, ce sont des personnes qui vont moins fréquenter les lieux public, cela va être anxiogène, certains patients vont fuir certaines situations qui sont comme ça. Les troubles du sommeil renforçant cette anxiété fait que ça peut impacter la personne donc ça peut être aller faire ses courses dans un lieux public où il y a du monde ça peut être compliqué aussi à ce moment là. Pourquoi ? Parce que soit les personnes qui ne se sentent pas à l'aise avec les autres soit ça peut être aussi des personnes qui ont peur par exemple de faire une crise d'angoisse et peur de ne pas pouvoir gérer, euh c'est vrai que c'est beaucoup plus rassurant pour la personne de se dire qu'elle est chez elle, et que si elle fait une crise d'angoisse ou un état de panique elle peut être seule à gérer qu'être dans un centre commercial. Donc, euh disons qu'il peut y avoir ces côtés évitants qui fait que au niveau de l'impact cela va jouer sur l'autonomie de la personne et donc ca qualité de vie. La je parle plus de ce qui concerne l'extérieur, mais comme on disait les troubles du sommeil renforce l'anxiété, bas au travail il est plus difficile de se concentrer, pour organiser les choses de sa vie quotidiennes, ses tâches quotidiennes administratifs ou autre peut être beaucoup plus difficile et nécessiter plus d'énergie mais comme la personne n'a pas ce repos la, n'est pas suffisamment reposer elle se sent pas capable est c'est la que je disais que elle eut se tourner vers des substances pour pouvoir se tenir éveillé. Donc oui, ca a cet impact là dans le meilleur des cas et sinon la personne peut être aussi en incapacité de le faire et va déléguer les tâches à son environnement, euh si il a un environnement facilitateur j'ai envie de dire. Donc ca peut être des ressources comme les amis, la famille, les enfants ou au niveau relation sentimentale le conjoint ou la conjointe. Donc globalement les personnes ne sont entourage sont également touchées. Donc voila la qualité de vie est quoi qu'il impacté puisque le manque de sommeil va renforcer l'anxiété, l'irritabilité et toucher tout ce qu'on vient d'évoquer. »</p> |
| | <p><u>Codage</u></p> | <p>« TAG » « stratégies d'évitement » « moins fréquenter les lieux public » « anxiogène, certains patients vont fuir certaines situations » « Les troubles du sommeil renforçant cette anxiété » « ne se sentent pas à l'aise avec les autres » « peur par exemple de faire une crise d'angoisse et peur de ne pas pouvoir gérer » « état de panique » « sur l'autonomie de la personne et donc ca qualité de vie » « au travail il est plus difficile de se concentrer, pour organiser les choses de sa vie quotidiennes, ses tâches quotidiennes administratifs » « n'a pas ce repos » « se tourner vers des substances pour pouvoir se tenir éveillé ». « incapacité » « déléguer les tâches à son environnement » « environnement facilitateur » « ressources comme les amis, la famille, les enfants ou au niveau relation sentimentale » « les personnes ne sont entourage sont également touchées » « la qualité de vie est quoi qu'il impacté » « l'irritabilité ».</p> |
| | <p><u>Catégorisation</u></p> | <p>Diminution De La Qualité De Vie – TAG – Impact Sur L'aspect Social – Fatigue – Ressources Environnemental – Etat De Panique – Répercussions Sur L'ensemble Des AVQ – Limitation De Performance Occupationnelle – Troubles Du Sommeil – Stratégie D'évitement</p> |

Question 3 : Selon vous, au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, quelle peut être la place de l'ergothérapeute auprès de personnes souffrant de troubles du sommeil causés par une anxiété généralisée ?

| | | |
|---|---|--|
| <p><u>Exploitation du matériel</u></p> | <p><u>Corpus et organisation</u></p> | <p>« Euh, la place de l'ergo elle va plus se situer, bas voila faire le point sur les activités quotidiennes, quelles sont les difficultés, quels sont les besoins d'aide, pour ca l'ergo va euh notamment en réab on utilise pas mal Eladeb, qui est l'échelle lausianienne par rapport aux difficultés et des besoins dans la vie quotidienne et donc c'est une autre, c'est le patient qui s'évalue, comme je disais c'est le prisme du patient, c'est jamais vraiment objectivable en fait ce qu'on essaye de faire au mieux c'est pour un patient psychiatrique à un maximum d'Inside, l'Inside c'est-à-dire c'est euh voila avoir la conscience de son troubles, la conscience de ses symptômes, la conscience des répercussions du troubles. Eh, tu as des pathologies où l'Inside peut être assez pauvre, je pense notamment à la schizophrénie notamment ou autre psychose. En général dans le trouble anxieux la personne a quand même un certain Inside euh je veux dire que ya pas de psychose, le patient est assez conscient. Donc on peut faire ca on peut voir ce qui pose problème du coup à ce niveau la et puis la à ce moment la essayer de mettre en place des choses, moi je propose en général dans les pistes c'est euh de la psychoéducation, donc moi j'en fais en groupe comme ca ils peuvent échanger leurs expérience avec euh d'autres soignants mais je peux aussi le faire individuellement c'est-à-dire des conseils pour favoriser le sommeil, euh voila, ca peut être aussi, donc ca c'est plus par rapport au sommeil mais de manière directe ca peut être je sais pas moi éviter la consommation de stimulant dans la journée fin en tout cas dans la fin de la journée ca peut être bas voila essayer d'avoir une activité plus relaxante, donc essayer de donner des conseils pour améliorer le sommeil ou alors être tout simplement d'autres conseils que je donne peut être pratiquer une activité physique, de faire plus de décharge pour pouvoir améliorer le sommeil mais de manière indirecte on va dire donc proposer de pratiquer une activité physique. Et l'alimentation aussi, qui joue au niveau du sommeil donc voila ca va être plus de la psychoéducation par rapport à ca euh et sinon ca peut être au niveau de la relaxation, j'en connais quelques unes, j'en utilise deux principalement euh c'est la relaxation progressive de Jacobsen et le training autogène de Should. Euh la contre-indication majeure pour les deux bas pour Should c'est la psychose mais ce qui est pas le cas pour le TAG sauf si c'est associé à une composante psychotique mais sinon il y a celle la et il y a Jacobsen la contre-indication majeure y'en a pas réellement à part des gros soucis cardiaques, mais il faut y aller quand même donc il y a pas vraiment de contre-indication pour ca. Ca ce que je leur dis de faire, je leur fais expérimenter avec moi et donc ils le font une fois avec moi et après on échange la dessus, savoir comment ca été, euh savoir comment ca été et quelles relaxation leur convient le mieux et aussi ce qui peut fonctionner beaucoup c'est la cohérence cardiaque, donc les sensibiliser par rapport à ca, qu'est ce que la cohérence cardiaque et comment la pratiquer. »</p> <p><i>[Coupure]</i></p> <p>« Donc voila c'est ce qu'on essaye de sensibiliser au mieux et puis essayer de toujours prendre en compte bas voila les ressources de la personne, ses envies, toujours en ergothérapie en se basant sur euh ses ha, fin voila que les activités soient signifiantes pour elle et essayer de se baser sur la routine de la personne et c'est vrai que bas voila il y a des gens qui sont beaucoup plus sensibles à la relaxation et à la cohérence cardiaque, d'autres moins et qui seront plus sensibles à l'activité physique. Mais le stress de manière générale et l'anxiété peuvent s'évacuer de deux façons, soit en se posant avec de la <i>[bafouillage]</i> relaxation pardon, de la méditation, de la cohérence cardiaque soit euh dans ce qu'on appelle plus une décharge donc dans l'activité physique dans le</p> |
|---|---|--|

| | | |
|--|-----------------------|---|
| | | <p>sport. Après il y a des personnes qui aiment bien les deux aussi après voilà c'est voir, et toujours leur donner les ressources après c'est juste qu'ils se les approprient. Et puis après voilà donner des sources de lien social, euh leur informer qu'il existe des organismes aussi, pour pas que, parce que des fois la solitude peut générer de l'anxiété aussi, donc essayer de leur expliquer qu'il y a des associations, il y a des plannings d'activités qui sont fait, avec euh, donc toujours ca pour maintenir le lien social dans le sens où pour que le personne puisse s'épanouir pleinement euh rencontrer de nouvelles personnes grâce au loisirs ou autres activités sociales. Globalement, c'est ce qu'on propose en tant qu'ergo on fait, on est au centre des activités de la personne donc c'est vrai que on va autant se centrer sur le quotidien comme j'expliquais sur l'aspect relationnel et sur la santé de manière générale c'est la que on va faire de la psychoéducation. »</p> |
| | Codage | <p>« la place de l'ergo », « sur les activités quotidiennes », « difficultés », « les besoins d'aide », « réab », « Eladeb, qui est l'échelle lausianienne par rapport aux difficultés et des besoins dans la vie quotidienne », « le patient qui s'évalue », « patient psychiatrique à un maximum d'Inside » « la conscience des répercussions du troubles », « assez conscient » « essayer de mettre en place des choses » « psychoéducation » « moi j'en fais en groupe comme ca ils peuvent échanger leurs expérience » « d'autres soignants » « individuellement » « conseils pour favoriser le sommeil » « moi éviter la consommation de stimulant dans la journée » « essayer d'avoir une activité plus relaxante » « donner des conseils pour améliorer le sommeil » « pratiquer une activité physique, de faire plus de décharge pour pouvoir améliorer le sommeil » « la relaxation » « relaxation progressive de Jacobsen » « training autogène de Should » « je leur fais expérimenter » « on échange la dessus, savoir comment ca été » « leur convient le mieux » « la cohérence cardiaque »</p> <p>« ressources de la personne, ses envies » « ergothérapie » « activités soient signifiantes » « se baser sur la routine de la personne » « l'activité physique » « méditation » « leur donner les ressources après c'est juste qu'ils se les approprient » « informer qu'il existe des organismes » « solitude peut générer de l'anxiété » « associations » « maintenir le lien social »</p> |
| | Catégorisation | <p>Activités quotidiennes – Ergothérapie - Auto-évaluation du patient – Conscience des difficultés – Psychoéducation – Pluridisciplinarité – Relaxation – Activité physique – Alliance thérapeutique – Expérimenter – Activités signifiantes – Lien social</p> |

Question 4 : Les modèles conceptuels en ergothérapie tels que le MOH, le PPH se sont développés au cours de ces dernières années. Ainsi, au sein de votre pratique, utilisez-vous un modèle conceptuel ? Si oui, de quelle manière et dans quel but ? Si non, en quoi pensez-vous que ces modèles ne sont pas pertinent dans votre pratique ?

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Exploitation du matériel | Corpus et organisation | <p>« Bas, c'est vrai que en réalité les modèles conceptuels on les voit à l'école et après dans tu les suis mais de manière indirecte on va dire, c'est vrai que je faisais pas comme quand j'étais à l'école ou je devais ah bah c'est tel modèle tu le fais plus dans la pratique avec l'habitude et de ce que je me souviens des modèles, oui, ce qui pourrait se rapprocher le plus c'est plus le cognitivo--comportemental. »</p> <p>« Donc vous vous appuyez pas concrètement sur un modèle conceptuel dans votre pratique ? »</p> |
|---------------------------------|-------------------------------|---|

« Oui, en fait, les modèles ils t'aident de ce que ce que je disais, à l'école, ça aide parce que ça te permet de donner plusieurs pistes d'interventions. Mais à force tu le fais mais tu le fais pas de manière procédurier, je me dis pas tiens je vais prendre un modèle. Mais si je fais une introspection de ma pratique, oui ça se rapproche plus du modèle cognitivo--comportemental du coup plus par rapport à ça. Je me souviens oui y avait eu un si un cognitivo--comportemental. C'est ça c'est de faire prendre conscience à la personne de son comportement et voir comment elle pourrait ajuster son comportement. »

« Bah ça c'est la TCC je pense que c'est de ça que tu parles, mais c'est pas un modèle en ergothérapie. Les modèles c'était je sais pas si tu te souviens, le MCRO le MOH je sais pas si ça te dit quelque chose ça. »

« Euh oui, mais tu as des modèles je crois, attend je vais regarder il me semble même en ergo, tu as un manuel qui est sur les concepts généraux en ergo mais je sais plus de qui il est, euh et je crois que il y a ce modèle là de cognitivo--comportemental mais non oui la TCC c'est encore autre chose. C'est modèle conceptuel je crois le livre et je l'avais eu ouais voilà c'est un livre vert *oui je vois très bien quel livre c'est* et bas lui tu vois c'est ces modèles la que je te disais que j'utilise plus à l'école et la je suis entrain de le lire ils mettent l'approche cognitivo--comportementale est une méthode intensive de courte durée qui met l'accent sur le moment présent, les problèmes qui surviennent au quotidien, donc en fait en ergo comme modèle ça serait plus celui la, et sinon en modèle conceptuel comme je disais les patients sont la 3 semaines sachant que notamment quand ils viennent quand ils sont stabilisés pour les voir sinon ça n'a pas de sens. Non c'est plus les échelles que j'utilise c'est plus ELADEB et la AERES et le euh le test des errances multiples aussi. **OK oui je vois.** Ça, c'est plus en écologie que tu l'utilises ça a été fait pour les traumatismes crâniens. Euh mais en fait ils l'ont adapté en psychiatrie parce qu'ils se sont rendu compte que le test des errances multiples c'est pour évaluer les habiletés sociales et les fonctions exécutives et du coup ils ont vu des similitudes par rapport à ce test ils ont adaptées en psychiatrie. Parce que bah voilà, avec les traumatismes crâniens, niveau habiletés sociales c'est plus ce qui est désinhibition. Et après forcément comme tu touches au niveau frontal c'est exécutif mais en psychiatrie c'est des difficultés que tu peux retrouver un bah notamment pour le Tag au niveau social, et au niveau fonction exécutive, planification voir comment il s'organise. **D'accord.** Et sinon moi je l'utilise pas, mais je pense qu'il pourrait être pas mal qui pourrait être pratique à utiliser la MCREO. À un moment donné je voulais puis au final je l'ai pas fait mais je dirais la MCREO et oui après le MOH forcément le MOH tu peux le mettre dans toutes les prises en charge ergo après il est long à faire hein, il est-il est long, c'est vrai que...[coupure] oui je disais il est long à faire mais en réalité le MOH tu peux le faire dans toutes les prises en charge ergo que ce soit en psychiatrie en neuro ou alors plus ce qui est chir-ortho, non tu peux le faire partout le MOH après comme je te disais en théorie oui, je pense que c'est plus intéressant à faire en psychiatrie pour les TAG, peut être plus le MCREO d'ailleurs car il y a plus ce côté de mettre le patient acteur, où le patient sélectionne le rendement par rapport à la satisfaction qu'il

| | | |
|--|-------------------------------------|---|
| | | <p>a dans les activités, pour moi je le fais pas passer mais ca serait le plus optimal. Enfaite quand je suis arrivé ici c'était une création de poste et du coup j'avais fait des demandes en rapport avec les évaluations et la MCREO c'est ce que j'avais demandé, on n'avait pas pu me la commander à ce moment là et j'ai pas relancé le truc. Et c'est assez rapide à faire en plus le MCREO contrairement au MOH qui demande plus de temps, voila. Ah oui aussi peut-être dans le modèle PEOP là ? Voilà mais ouais c'est un truc notion des 3 c'est ça ? Oui</p> <p>Dans les occupations il y a 3 trucs, tu as la productivité, tu as loisir et les soins personnels, c'est ça ? Oui. Bas ça va nous permettre de mettre l'accent sur les ressources. On va toujours essayer de centrer, que la personne retrouve ses loisirs qu'elle avait avant, la production quand elle travaillait. Tu vas essayer de voir comment elle s'organise grâce à ces lignes directrices. D'accord. »</p> |
| | <p><u>Codage</u></p> | <p>« les modèles conceptuels » « les suis mais de manière indirecte » « l'habitude »</p> <p>« Permet de donner plusieurs pistes d'interventions » « tu le fais pas de manière procédurier » « ça se rapproche plus du modèle cognitivo-comportemental »</p> <p>« Les patients sont la 3 semaines » « Non c'est plus les échelles que j'utilise c'est plus ELADEB » « AERES » et le euh le « test des errances multiples » « écologie » « pour évaluer les habiletés sociales » « fonctions exécutives » « test ils ont adaptées en psychiatrie » « désinhibition ». « niveau frontal » « Tag » « niveau social » « planification » « comment il s'organise » « je l'utilise pas, mais je pense qu'il pourrait être pas mal qui pourrait être pratique à utiliser la MCRO » « MOH » « tu peux le mettre dans toutes les prises en charge ergo » « plus le MCRO d'ailleurs car il y a plus ce côté de mettre le patient acteur, où le patient sélectionne le rendement par rapport à la satisfaction qu'il a dans les activités », « ca serait le plus optimal » « PEOP » « Dans les occupations il y a 3 trucs, tu as la productivité, tu as loisir et les soins personnels » « mettre l'accent sur les ressources » « de centrer, que la personne retrouve ses loisirs qu'elle avait avant, la production quand elle travaillait ». « Comment elle s'organise grâce à ces lignes directrices » « motivation »</p> |
| | <p><u>Catégorisation</u></p> | <p>Modèles conceptuels – MCRO – MOH – PEOP – Echelles d'évaluations – Ecologie – Plan de traitement</p> |

Question 5 : Selon vous, que permet la restructuration de routines quotidiennes pour agir sur la qualité de vie de la personne souffrant de troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée ?

| | | |
|---|---|---|
| <p><u>Exploitation du matériel</u></p> | <p><u>Corpus et organisation</u></p> | <p>Oui, c'est ça en fait l'ergo, en créant des routines. En fait, en créant des routines, je parle toujours par rapport au TAG, par rapport à l'anxiété et en créant des routines, tu vas fournir un cadre en fait aux patients. Et ce cadre, il va être rassurant parce que ce qui est générateur d'anxiété, c'est les imprévus. Bref, c'est le côté imprévu des choses en fait. Donc si t'arrives à créer une routine, une structure, ça va, ça va amener aux patients une certaine réassurance en fait, tu vois, il va se sentir un peu, il va se sentir contenu on va dire dans le sens où il va y avoir un cadre qui va être mis et ça va le rassurer et du coup ça va également favoriser le sommeil et l'endormissement car la personne sera plus détendue. Mais en créant des routines, des rituels euh, c'est un peu le même principe et bah ça va rassurer la personne. Après en tant qu'ergo tu peux faire ça sur le plan théorique, sur le papier. Mais en vérité il faut aussi que le patient il puisse expérimenter ce côté inattendu. Et c'est le côté des gestions des émotions. Et ça, l'ergo peut aussi le faire hein la gestion des émotions. Et aussi tu vois renforcer ce côté-là. C'est vrai que j'en ai pas parlé de la gestion des émotions et c'est un truc important aussi. C'est justement parce que même si tu crées une routine à la personne, certes tu vas lui apporter une, une réassurance ça va tu vois pas comme on disait. Tu vois par rapport à l'anxiété, le côté des organisations la personne va s'organiser mais en fait t'as toujours des moments inattendus dans la vie, c'est comme ça. OK. Euh je sais pas imaginons qu'il a pas de permis de conduire, tu lui dis de prendre les transports en commun ou lui a l'habitude de prendre les transports en commun parce que tu vois là tu te places toujours sur lui comment il fonctionne. Mais imaginons que il y a un je sais pas une grève de bus à ce moment-là. Le patient, il va, ça va être inattendu pour lui, du coup l'anxiété va augmenter parce que voilà, c'est quelque chose qui doit gérer, c'est un imprévu et donc voilà, c'est toujours oui, créer une routine, oui, sur le papier oui, mais en parallèle, travailler tout ce qui est gestion des émotions en lien notamment avec les imprévus.</p> <p><i>Du coup, la gestion des la gestion des émotions comment en tant qu'ergothérapeute tu peux agir sur ça ?</i></p> <p>Bah la gestion des émotions c'est peut-être essayer de voir avec le patient euh dans quelles circonstances, voir les difficultés dans la vie quotidienne et c'est de dire est-ce que cette des situations précises, quels sont les moments qui génèrent de l'angoisse et l'anxiété. Et essayer de trouver des solutions aussi par rapport à ça et aussi de travailler en équipe aussi.</p> |
| | <p><u>Codage</u></p> | <p>« l'ergo » « routines » « TAG » « un cadre » « rassurant » « ce qui est générateur d'anxiété, c'est les imprévus » « une structure, ça va, ça va amener aux patients une certaine réassurance » « se sentir contenu » « ça va également favoriser le sommeil et l'endormissement car la personne sera plus détendue » « des rituels » « le patient il puisse expérimenter ce côté inattendu » « des gestions des émotions » « organisations » « t'as toujours des moments inattendus dans la vie » « mais en parallèle, travailler tout ce qui est gestion des émotions » « essayer de voir avec le patient euh dans quelles circonstances, voir les difficultés dans la vie quotidienne » « des situations précises, quels sont les moments qui génèrent de l'angoisse et l'anxiété » « trouver des solutions » « travailler en équipe aussi. »</p> |
| | <p><u>Catégorisation</u></p> | <p>Favorise le sommeil – Rassurant – Difficultés liées aux imprévus – Cadre – Gestion des émotions – Alliance thérapeutique – Cerner les activités anxieuses – Pluridisciplinarité</p> |

Question 6 : Souhaitez-vous ajouter quelque chose à laquelle je n'ai pas pensé et que vous estimez important ?

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Exploitation du matériel | Corpus et organisation | « Euh, comme ça je pense que j'ai fait le tour j'ai dit pas mal de choses, j'essaye de réfléchir sur ce que je. Mais oui, surtout je veux réinsister sur l'estime de soi j'en ai parlé un peu tout à l'heure mais c'est hyper important, euh mais ça fait parti de l'ergo. Mais par rapport à la confiance en soi, à l'estime de soi, voila bien essayer de lui refaire prendre confiance en montrant à la personne qu'elle peut être capable de faire, mais toujours en échelonnant, tu vas pas lui je sais pas, quelqu'un qui a jamais couru, tu vas pas lui dire fait un marathon, c'est toujours dans l'objectif atteignable. Tu as un but mais aussi des obstacles et du coup il faut les identifier mais toujours en essayant de faire prendre conscience à la personne de ses ressources. C'est à dire bah d'un côté pas que la personne se dévalorise et c'est lui dire bah si elle a des ressources de mettre l'accent là-dessus, qu'on a confiance en lui. Mais ton rôle d'ergo c'est aussi toi de cerner les ressources de la personne aussi parce que ça elle en a pas toujours conscience. » |
| | Codage | « L'estime de soi » « l'ergo ». « la confiance en soi » « refaire prendre confiance en montrant à la personne qu'elle peut être capable de faire », « en échelonnant » « l'objectif atteignable » « but » « obstacles » « identifier » « faire prendre conscience à la personne de ses ressources » « ton rôle d'ergo c'est aussi toi de cerner les ressources de la personne aussi parce que ca elle en a pas toujours conscience » |
| | Catégorisation | Estime de soi – Confiance en soi – Objectif atteignable – Echelon – Cerner les ressources |

Ergothérapeute 2 (E2)

Deuxième entretien : vendredi 26 janvier à 9h30 (durée : 21 minutes et 45 secondes)

Question 1 : Comment décririez-vous l'impact des troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée sur les activités quotidiennes de la personne ?

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Exploitation du matériel | Corpus et organisation | Euh bah du coup, [pause] euh le TAG va avoir un impact sur le sommeil, mais aussi le sommeil va avoir un impact sur l'anxiété. C'est un peu du coup le serpent qui se mord la queue et dans tous les cas, ça va impacter du coup les activités euh négativement en fait parce que bas du coup soit ça va majorer l'anxiété et donc bas enfaite les patients vont avoir du mal à se mettre en activité et à réaliser euh les activités de la vie quotidienne et donc ca va impacter leurs occupations. Hum. Euh et aussi quand ca impacte le sommeil souvent aussi avec les troubles du sommeil il y a de la fatigue ils vont somnoler la journée, euh ils vont être apathiques, abouliques et du coup bas la aussi ils vont, il y aura pas de motivation pour faire les différentes activités. D'accord. Euh du coup je trouve que c'est important d'intervenir fin de prendre en compte autant les troubles du sommeil que les troubles anxieux dans l'accompagnement des patients. Ok. |
|---------------------------------|-------------------------------|---|

| | | |
|--|-----------------------|--|
| | | <p>Lorsque vous prenez en soin un trouble anxieux généralisé il est fréquent que celui-ci soit accompagné de troubles du sommeil ?</p> <p>Bas non pas tant que ça, ok, pas tant que ça parce que enfin il peut y avoir, mais bah souvent en fait en hospit complète. Quand il va y avoir des troubles du sommeil, ils vont être compensés par la médication. Ah oui. Après ça dépend en fait des services avec lesquels on travaille parce que chaque psychiatre va avoir un peu son mode de fonctionnement. Mais je sais que par exemple, ben c'est vrai que en première intention, souvent ça va quand même être des traitements, mais juste pour le confort en fait du patient. D'accord, ok.</p> |
| | Codage | <p>« Le tag va avoir un impact sur le sommeil » « Le sommeil va avoir un impact sur l'anxiété » « Impacter du coup les activités euh négativement » « Majorer l'anxiété » « Les patients vont avoir du mal à se mettre en activité » « Va impacter leurs occupations » « De la fatigue ils vont somnoler la journée » « Apathiques, abouliques » « Pas de motivation pour faire les différentes activités » « Les troubles du sommeil » « Les troubles anxieux » « Médication » « Psychiatre » « Traitements » « Le confort en fait du patient »</p> |
| | Catégorisation | <p>Relation bidirectionnelle – TAG – Limitation de l'engagement occupationnel – Troubles du sommeil – Médication – Psychiatre – Impact sur les AVQ – Fatigue et somnolence – Apathie</p> |

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| <p>Question 2 : Quels liens faites-vous entre les activités quotidiennes et la qualité de vie de la personne ?</p> | | |
| Exploitation du matériel | Corpus et organisation | <p>Ah ben ils s'influencent complètement. Si la personne du coup elle est pas, elle trouve pas un équilibre, elle est pas satisfaite de ses activités au quotidien bah ça va impacter cette qualité de vie, ouais, de façon négative. Alors que si du coup elle ressent la satisfaction, elle a certaines performances, etcetera, en tout cas, elle se sent bien dans son quotidien et bah du coup la qualité de vie sera supérieure. D'accord.</p> <p>Est-ce que la qualité de vie de la personne peut être variable sur une courte période ?</p> <p>Euh oui en tout cas la dans les patients c'est assez fluctuants quand même, parce que bah souvent en plus les personnes qui ont un trouble anxieux généralisé la moindre petite chose qui va venir perturber un peu leur routine quotidienne, hum, on va dire leur quotidien ca peut prendre beaucoup</p> |

| | | |
|--|-----------------------|--|
| | | d'ampleur et du coup impacter leur quotidien et du coup la qualité de vie assez rapidement. D'accord. Ouais des fois c'est vraiment des petits éléments après voilà ça peut être un conflit avec le conjoint ou les enfants ça c'est assez fréquent mais des fois c'est juste c'est des choses qui sont moindres, ou des imprévus oui ça c'est compliqué à gérer ça génère de l'anxiété et se répercute sur le sommeil notamment au moment de l'endormissement oui. |
| | Codage | « S'influencent complètement » « Equilibre » « Pas satisfaite de ses activités au quotidien » « Qualité de vie » « Négative » « Satisfaction » « Performances » « Quotidien » « Fluctuants » « Trouble anxieux généralisé » « Perturber un peu leur routine quotidienne » « Prendre beaucoup d'ampleur » « Impacter leur quotidien » « Qualité de vie » « Imprévus » « Compliqué à gérer » « Génère de l'anxiété » « Répercute sur le sommeil » « L'endormissement » |
| | Catégorisation | Diminution De La Qualité De Vie – Relation Bidirectionnelle – Influence Les Activités Quotidiennes – Gestion De L'anxiété – Difficultés D'endormissement – Difficultés Liées Aux Imprévus – Modification De La Routine - Diminution De La Performance Occupationnelle |

Question 3 : Selon vous, au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, quelle peut être la place de l'ergothérapeute auprès de personnes souffrant de troubles du sommeil causés par une anxiété généralisée ?

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Exploitation du matériel | Corpus et organisation | Alors, euh du coup ce qu'on va essayer c'est de mettre en place nous c'est un peu au niveau des règles d'hygiène de vie. Ok. Euh, en fait, c'est bah du coup expliquer le rythme au quotidien que il y a des horaires parce qu'en fait si par exemple la personne elle dort en journée, enfin son cycle est inversé. Oui bah du coup c'est sûr que elle va dire qu'elle a des troubles du sommeil. Après qu'est-ce qu'on fait, bah oui on fait ça, on fait aussi tout ce qui est un peu activation comportementale parce que du coup la personne elle va être, enfin le fait de la mettre en activité, elle va être moins anxieuse, plus du coup le fait de s'activer il va y avoir aussi de la fatigue. Ça va être de la bonne fatigue. Ouais. Et en général ça va venir aussi favoriser du coup, une détente musculaire, une meilleure tranquillité d'esprit et ben donc le sommeil. Ouais après on a aussi une salle multisensorielle, ah oui , du coup c'est vrai que bah ça on l'utilise aussi assez régulièrement euh et du coup pareil, on peut aussi faire un peu tout ce qui est méditation de pleine conscience, exercices de respiration, d'accord , chercher des exercices que par exemple, on va faire la journée en séance et qu'on va demander à la personne de refaire le soir au moment du coucher seule. Euh en |
|---------------------------------|-------------------------------|---|

| | | |
|--|------------------------------|---|
| | | général, ça aide quand même au lâcher-prise et se détendre et du coup ça facilite l'endormissement. Ok merci |
| | <u>Codage</u> | « Règles d'hygiène de vie » « Expliquer le rythme au quotidien » « Horaires » « Dort en journée » « Cycle est inversé ». « Troubles du sommeil » « Activation comportementale » « Mettre en activité » « Moins anxieuse » « S'activer » « Fatigue » « Bonne fatigue » « Favoriser du coup, une détente musculaire » « Tranquillité d'esprit » « Sommeil » « Une salle multisensorielle » « Méditation de pleine conscience » « Exercices de respiration » « Personne de refaire le soir au moment du coucher seule » « Au lâcher-prise » « Détendre » « Facilite l'endormissement » |
| | <u>Catégorisation</u> | Relaxation – Troubles du sommeil – Gestion de l'anxiété – Routine du coucher – Activité physique – Psychoéducation – Travail du rythme – Fatigue importante – Psychoéducation |

Question 4 : Les modèles conceptuels en ergothérapie tels que le MOH, le PPH se sont développés au cours de ces dernières années. Ainsi, au sein de votre pratique, utilisez-vous un modèle conceptuel ? Si oui, de quelle manière et dans quel but ? Si non, en quoi pensez-vous que ces modèles ne sont pas pertinent dans votre pratique ?

| | | |
|---|---|--|
| <p><u>Exploitation du matériel</u></p> | <p><u>Corpus et organisation</u></p> | <p>Euh non pas directement, euh c'est pas que c'est pas pertinent parce que du coup par exemple le MOH, il est complet, il pourrait avoir toute sa place, après on l'utilise pas directement mais oui on prend en compte, on peut prendre en compte certains éléments. Ouais. Après je pense que on l'utilise pas, plus par manque de temps et de maîtrise de l'outil en fait. Ok. Si vraiment on se mettait à fond dans les modèles et qu'on mettait en lien avec notre pratique, on le ferait mais là en fait c'est vrai que bah du coup quand avec ma collègue quand on est arrivé sur notre poste euh il fallait tout revoir avec l'ergo. Enfin on avait plein de challenge et c'est vrai que ça a pas été notre priorité de mettre en lien avec les modèles, avec le modèle et que là en fait du coup on a mis en place notre routine et on utilise pas spécialement, mais c'est quelque chose qui, je me questionne parce que du coup bah là on a des stagiaires qui nous questionnent sur les modèles et on accompagne pour des mémoires aussi et donc il faut que ça fasse parti de nos objectifs. D'accord, je vois. C'est vrai que enfin déjà en psychiatrie il y a vraiment une méconnaissance de la profession d'ergo. En fait on voit que dès qu'on veut employer certains termes bah du coup déjà les autres professionnels comprennent pas spécialement. Ok. Enfin il y a une méconnaissance un peu autour de ce qu'on tout ce qu'on peut faire. Du coup c'est aussi à nous là de les sensibiliser sur d'autres choses que les modèles. Voilà mais oui ça après on sait que c'est un truc qu'il faut qu'on intègre plus dans notre pratique, ça pourrait nous permettre de mettre en évidence certains problématiques, certains besoins euh ou même d'orienter vers un objectif de traitement auquel on aurait pas pensé avec le patient.</p> |
| | <p><u>Codage</u></p> | <p>« Non pas directement » « MOH » « il est complet, » « Pourrait avoir toute sa place » « Par manque de temps et de maîtrise de l'outil en fait » « modèles » « En lien avec notre pratique » « Utilise pas spécialement » « Psychiatrie » « Méconnaissance de la profession d'ergo ». « Mettre en évidence certains problématiques » « Besoins » « Objectif de traitement » « Avec le patient. »</p> |
| | <p><u>Catégorisation</u></p> | <p>Modèle conceptuel – MOH – Outils ergothérapique – Santé mentale</p> |

Question 5 : Selon vous, que permet la restructuration de routines quotidiennes pour agir sur la qualité de vie de la personne souffrant de troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée ?

| <u>Exploitation du matériel</u> | <u>Corpus et organisation</u> |
|---------------------------------|--|
| | <p>Euh, bas du coup ça va être quelque chose de sécurisant pour la personne. Euh parce que, bah du coup elle va, ça va lui donner du une certaine forme de contrôle sur son quotidien, et du coup ben il va y avoir moins d'anxiété et cela peut à nouveau limiter les pensées envahissantes. Enfin, c'est souvent parce que les patients nous disent du coup le fait vraiment d'avoir une routine, d'avoir du contrôle, ils peuvent anticiper un petit peu les choses. Alors certes, comme on le disait tout à l'heure, il y a toujours les imprévus qui peuvent être un petit peu gênants, mais du coup en tout cas cette sécurité généralement euh bah du coup ils se sentent mieux, moins angoissés et du coup ça favorise directement le sommeil.</p> <p><i>Est-ce que la création de routines comme on vient de l'expliquer peut également créer une source d'anxiété plus importante lorsque la routine n'est pas respectée ?</i></p> <p>Alors du coup bah ça c'est aussi ce qu'on travaille, c'est un peu tout ce qui est la gestion des émotions. Ouais. Du coup par exemple en séance ça va être face à telle situation par exemple je sais pas moi, vous allez à la CAF et vous vous rendez compte qu'il vous manque un papier dans votre dossier. Bah comment vous pouvez faire ? ok oui. Ca c'est des situations qu'on peut travailler. Après oui en fait on sait pas les imprévus qu'il peut y avoir, on ne sait pas. Mais justement, après c'est aussi mettre en place par du coup les exercices de relaxation, hum, de respiration de choses comme ça ou dans des moments où ils sentent que ben c'est en train de monter qu'ils sentent anxieux, etcétera, c'est qu'ils arrivent à se refocaliser par exemple sur la respiration. Et après, bah du coup ça va diminuer la charge anxieuse on va dire. Après on a pas de baguette magique, oui c'est sur, mais on essaie de travailler un petit peu des situations comme ça, des mises en situation.</p> <p>Euh voila, on intervient aussi sur la routine du coup, on essaie de recréer avec le patient une routine de coucher pour qu'il puisse bah justement retrouver ce cadre et cette routine qui lui permet de de peut-être s'endormir plus facilement. Et si du coup, ce qu'on essaie de mettre en place un peu avec justement tout ce qui est la méditation, la respiration carrée, les choses comme ça que les patients refont un petit peu tout le temps, même tous les soirs, en fait la même chose. Après c'est quand même quelque chose qui est compliqué à mettre en place parce que souvent en fait les patients ils vont avoir du mal à initier cette routine. D'accord. Enfin au début ça va être compliqué, c'est vraiment de passer un contrat avec eux en plus. Du coup bah nous le soir on est plus présent, enfin on est pas là au moment du coucher. Du coup c'est aussi bah travailler en équipe, voir avec les infirmiers et leur dire ben par exemple, quand Monsieur Madame machin va se coucher, euh est-ce que c'est possible par exemple, je sais pas moi, dans un premier temps, on va dire de de faire le la petite méditation avec lui, si c'est possible euh au niveau de leur boulot en fonction de ce qu'il a à faire. D'accord. Et petit à petit c'est de laisser la personne faire toute seule. Donc voilà mais c'est par étape, du jour au lendemain ça marche pas. Surtout dans le dans le trouble anxieux généralisé et surtout pour mettre une nouvelle routine. Même pour une personne qui a pas de pathologie ça met longtemps à se mettre en place. Donc oui euh après, en fait, dès que il commence à voir les effets bénéfiques, l'aspect positif par contre, ils s'en saisissent vraiment bien, assez rapidement. D'accord, je vois. Mais du coup c'est prévenir aussi que bah du coup ça va pas se faire du jour au lendemain cerveau il a besoin d'un petit temps d'adaptation et que bah il faut compter à peu près 10 jours, que ça soit fait 10 jours d'affilée pour que y ait déjà les premiers effets qui</p> |

| | | |
|--|------------------------------|--|
| | | <p>apparaissent, donc on les prévient et ils le savent. D'accord. Après vraiment ça dépend de la personne aussi, son caractère, il y en a qui vont être à fond et qui vont le faire dès le premier jour et ça va. Et après ils vont continuer et d'autres ont vraiment c'est plus compliqué. Enfin il y en a des fois on leur propose plein d'outils et en fait, eh ben ils arrivent à se saisir d'aucun. Ouais. Là c'est compliqué. Et puis de toute façon, en fonction de chaque, enfin chaque personne est différente et du coup on peut proposer des outils à une personne qui ne correspondront pas à une autre personne, etcetera. Ok. Et puis on a par exemple qui vont dire que euh tout ce qui est bah du coup la méditation, la relaxation, ça les angoisse encore plus, c'est un temps où ils se retrouvent avec eux-mêmes et il se passe rien pendant ce temps là.</p> <p><i>Après tu peux aussi jouer sur un autre sens où là par exemple l'auditif. C'était compliqué parce que enfin je me souviens plus exactement, mais en fait ça lui renvoyait des choses. Enfin il fallait pas passer par le canal auditif et par contre quand on passait par le plutôt le canal visuel du coup et bah ça a marché. D'accord. Et du coup on avait fait ça et après on avait trouvé des vidéos où ça faisait un enfin je sais plus ce que ça faisait mais en tout cas pas les vidéos étaient assez sympas. Ouais et du coup en fait ça a détourné son attention au lieu d'être les yeux fermés à écouter en fait. Du coup il est regardait la vidéo et en même temps j'ai la même chose du coup on jouait sur 2 tableaux. Ok d'accord.</i></p> |
| | <p>Codage</p> | <p>« Sécurisant pour la personne » « Forme de contrôle sur son quotidien, » « Moins d'anxiété » « Limiter les pensées envahissantes » « Patients nous disent » « Routine, d'avoir du contrôle, » « Anticiper » « Imprévis » « Sécurité » « Se sentent mieux, moins angoissés » « Favorise directement le sommeil. »</p> <p>« Gestion des émotions ». « Exercices de relaxation » « Respiration » « Diminuer la charge anxieuse » « Des mises en situation. »</p> <p>« Une routine de coucher » « Permet de de peut-être s'endormir plus facilement » « Méditation, la respiration carrée », « Refasse un petit peu tout le temps, même tous les soirs » « Compliqué à mettre en place » « Initier cette routine » « Contrat avec eux » « Au moment du coucher » « Travailler en équipe » « Infirmiers » « Par étape » « Trouble anxieux généralisé » « Nouvelle routine » « Les effets bénéfiques », « Temps d'adaptation » « La méditation, la relaxation, ça les angoisse encore plus »</p> <p>« Autre sens » « Canal auditif » « Canal visuel » « Détourné son attention »</p> |
| | <p>Catégorisation</p> | <p>Contrôle – Difficultés liés aux imprévus – Pluridisciplinarité – Routine – Routine de coucher - Alliance thérapeutique – Relaxation – Sécurité – Bénéfique – Echelonner</p> |

Question 6 : Souhaitez-vous ajouter quelque chose à laquelle je n'ai pas pensé et que vous estimez important ?

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Exploitation du matériel | Corpus et organisation | Euh non je vois pas, je crois que on a fait le tour... Euh, ah si sur l'aspect des troubles du sommeil, il y a une problématique d'endormissement mais également de réveils nocturnes, c'est très fréquent que les patients se réveillent la nuit, ça arrive souvent et du coup euh bas la c'est la même chose on leur dit souvent exercice de respiration. Si ça marche ou sinon après, enfin en fait, leur premier réflexe, c'est d'aller voir les soignants de nuit et d'aller demander un traitement si besoin par facilité. En fait, c'est assez souvent ce qui est fait quand même. D'accord . Mais sinon oui c'est de refaire des petits exercices ou y en a qui demandent s'ils peuvent avoir une tisane ou aussi ils peuvent se lever et marcher, ça peut être quelque chose qui peut faciliter le retour au calme mais il n'y a pas beaucoup de patient qu'ils le font. Ouais vraiment en général c'est bah du coup soit ils sollicitent les soignants pour avoir un si besoin ou une tisane soit après on conseille du coup à nouveau les exercices de respiration ou écouter la musique aussi, ça marche bien. Voila ce que je peux rajouter. D'accord merci beaucoup . |
| | Codage | « Troubles du sommeil » « Problématique d'endormissement » « Réveils nocturnes » « Fréquent » « Exercice de respiration » « Soignants de nuit » « Traitement » « Tisane » « Se lever et marcher » « Faciliter le retour au calme » « Musique » |
| | Catégorisation | Réveils nocturnes – Difficultés d'endormissement – Relaxation – Prise en soin – Nocturne |

Ergothérapeute 3 (E3)

Troisième entretien : vendredi 26 janvier à 15h30 (durée : 28 minutes et 34 secondes)

Question 1 : Comment décririez-vous l'impact des troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée sur les activités quotidiennes de la personne ?

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Exploitation du matériel | Corpus et organisation | Alors [pause] ça dépend des gens à qui j'ai en tête. Moi je vois j'ai vraiment 2 patients qui, plutôt 3 je dirais qu'ont un gros trouble de l'anxiété généralisée, où il n'y a pas forcément d'autres associations de pathologies, il y a vraiment que ce TAG. Ok . Et du coup ce sont des gens qui ont de la peine à pouvoir s'inscrire dans un programme avec des activités et pouvoir maintenir des activités sans être épuisé en journée parce que du coup le sommeil est fortement perturbé chez ces gens-là. Après j'en ai une autre qui a d'autres pathologies associées et elle passe des nuits nickel parce qu'elle a un gros traitement qui fait qu'elle dort vraiment toute la nuit. Mais ouais, les quelques autres que je j'ai en tête en tout cas n'ont pas, enfin on peut de de d'heures de sommeil la nuit, parce que il va y avoir des difficultés d'endormissements importantes ou même des réveils nocturnes et les personnes n'arrivent pas à se rendormir. D'accord . Et donc du coup voilà, il va y avoir des décalés le matin ou des inversions de rythme ou c'est plus compliqué pour avoir des activités en journée. Euh quelques-uns vont inverser leur rythme, ils vont dormir un peu la journée après, il y en a d'autres qui vont ne pas arriver à venir, mais pour d'autres raisons qu'uniquement celles du sommeil. Donc ouais là l'anxiété en fait la, l'anxiété bah du coup, euh ils vont limiter en fait leur engagement dans leurs activités. D'accord . Cet impact se traduit sur l'ensemble des activités de la personne ou plus sur un aspect ? |
|---------------------------------|-------------------------------|---|

| | | |
|--|-----------------------|--|
| | | Bah je dirais alors majoritairement, le TAG va impacter sur l'aspect social, mais l'association des 2 bah clairement ça limite dans toutes les activités, fin pour pas dire toutes les activités parce qu'ils vont arriver à faire des choses dans leur quotidien quand même. Ok. Oui mais les choses on va dire importantes comme les thérapies ben là va y avoir de l'absentéisme euh donc du coup, une limitation dans leurs activités quotidiennes. Ok d'accord. |
| | Codage | « Gros trouble de l'anxiété généralisée » « TAG » « La peine à pouvoir s'inscrire dans un programme avec des activités et pouvoir maintenir des activités » « Epuisé en journée » « On peut de de d'heures de sommeil de la nuit » « Des difficultés d'endormissements importantes » « Réveils nocturnes et les personnes n'arrivent pas à se rendormir » « Le sommeil est fortement perturbé chez ces gens-là. » « Des décalés le matin ou des inversions de rythme » « Compliqué pour avoir des activités en journée. » « Dormir un peu la journée » « Ne pas arriver à venir, mais pour d'autres raisons que uniquement celle du sommeil » « Troubles du sommeil » « Limiter en fait leur engagement » « Activités » « Le TAG va impacter sur l'aspect social » « Limite dans toutes les activités » « Qu'ils vont arriver à faire des choses dans leur quotidien quand même » « Absentéisme » « Limitation dans leurs activités quotidiennes » |
| | Catégorisation | TAG – Impact sur les activités quotidiennes – Diminution participation occupationnelle – Limitation de l'engagement occupationnel – Fatigue – Peu de sommeil – Difficultés d'endormissements – Réveils nocturnes |

Question 2 : Quels liens faites-vous entre les activités quotidiennes et la qualité de vie de la personne ?

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|
| Exploitation du matériel | Corpus et organisation | Euh pour moi c'est un petit peu indissociable l'un de l'autre parce que bah on sait que l'homme il est fait pour être en activité et que bah s'il a pas d'activité voire peu, il a en général une qualité de vie qui est quand même moindre ou moins épanouis en tout cas. Euh (<i>pause</i>) et donc du coup, le fait d'avoir peu d'activités va nuire à leur qualité de vie. C'est souvent ça fait partie de des choses qu'ils vont verbaliser. Hum d'accord. Je voulais revoir la cause, il y a un monsieur qui m'a dit je ne suis pas là cette semaine mais je voulais voir. (<i>Pause</i>). Et aussi j'ai une dame assez souvent qui m'appelle, que je vois en individuel, qui me dit je ne serais pas présente encore une fois aujourd'hui. Euh en fait, ils arrivent pas à venir et à participer et ça c'est pour eux quelque chose de dans lequel ils ont une déception, ils verbalisent plutôt bien. Et en même temps, l'angoisse et là, auquel s'ajoute les conséquences du manque de sommeil et du coup, est ce qu'il vaut mieux être enfermé chez toi et angoissé ou sortir et être encore plus angoissé. Oui je vois. Ça c'est le questionnement, quelle est la limite entre je viens et j'arrive à me détendre et du coup j'ai pu passer un moment et passer outre mon angoisse. Ou, je viens et du coup j'avais tellement d'angoisse que du coup j'ai fait un passage en force pour arriver à venir et en fait ça va pas du tout. Donc il faut dans les prises en charge, pour moi, arriver à ne pas être dans le passage en force et être juste à l'étape après où on arrive à sortir et même si ça a été difficile, mais avoir pu prendre un peu de plaisir dans l'après-midi, dans la journée. D'accord, merci. |
|---------------------------------|-------------------------------|--|

| | | |
|--|-----------------------|---|
| | | |
| | Codage | « Indissociable l'un de l'autre » « L'homme il est fait pour être en activité » « Pas d'activité voire peu » « Une qualité de vie qui est quand même moindre » « Peu d'activités va nuire à leur qualité de vie. » « Ils vont verbaliser. » « Arrivent pas à venir et à participer » « Déception, ils verbalisent plutôt bien » « L'angoisse » « Conséquences du manque de sommeil » « Est ce qu'il vaut mieux être vaut mieux être enfermé chez toi et angoissé ou sortir et être encore plus angoissé. » « Limite » « J'avais tellement d'angoisse que du coup j'ai fait un passage en force » « Les prises en charge pour moi arriver à ne pas être dans le passage en force » |
| | Catégorisation | Indissociables – Diminution de la qualité de vie – Diminution de l'engagement occupationnel – Participation occupationnelle – Troubles du sommeil – Anxiété – Communication |

Question 3 : Selon vous, au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, quelle peut être la place de l'ergothérapeute auprès de personnes souffrant de troubles du sommeil causés par une anxiété généralisée ?

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|
| Exploitation du matériel | Corpus et organisation | <p>Ben je pense que sur le fait d'apporter des activités et puis d'apporter un certain rythme ou certaines petites on va dire exercices ou tâches, je sais que typiquement on a mis en place avec un monsieur, un système de, un petit peu comme des vases communicants on va dire avec ce qui mange de l'énergie et puis ce qui me permet d'en regagner. Et puis de un peu mettre à l'équilibre entre ces vases, on a mis des haricots typiquement dedans.</p> <p>D'accord. Voilà, c'était pour qu'il ait une image de si je fais ça, ça me prend beaucoup d'énergie, d'un point de vue, au niveau des angoisses et des choses comme ça et le sommeil et l'impact qu'il a sur le quotidien, on avait mis plusieurs boîtes et on essayait d'avoir en fait les boîtes à l'équilibre et d'avoir aussi, bah, d'intégrer la qualité du sommeil dans ces petits vases communicants. Du coup, ça lui permet entre guillemets, c'est une petite activité, enfin on va dire journalière pour se rendre compte où est ce qu'il en est dans sa journée, ses activités, voilà. Ok bien.</p> <p>Puis après, ben je pense que, nous on fonctionne beaucoup en réseau alors c'est peut-être le cas pour tout le monde et j'espère, d'être convié aux séances, ça c'est pas tout les mois, mais on le fait plutôt quelques fois dans l'année où on se réunit le réseau en entier. Et puis de pouvoir apporter aussi le point de vue de un peu l'analyse ou l'observation et les différentes évaluations qu'on aura fait de la prise en soin auprès ben du médecin, de l'infirmier et auprès des personnes qui entourent ces patients, d'où l'intérêt voilà de la prise en soins pluridisciplinaire. D'accord, oui. Il faut qu'il y est une prise en charge ne serait-ce que déjà d'ordre d'un psychiatre et des thérapies, donc l'ergothérapeute tout seul ne peut pas mais en plus il peut pas il y a des choses sur le sommeil qu'on peut pas impacter qui sont liés au traitement. Ça dépend en fait de ce que va prescrire le médecin psychiatre. Ouais, ok.</p> <p>Mais il y a voilà il va y avoir tout ce qui va être les catégories de somnifères qui vont pouvoir aider le patient à diminuer, enfin à s'endormir. Après, y aura tout ce qui va être anxiolytique où ben je</p> |
|---------------------------------|-------------------------------|--|

veux dire, les épines qui peuvent permettre la diminution des angoisses. Après euh... ouais, il y a aussi tout un côté où il faut être on va dire préventif en tant qu'ergo sur ces traitements là, euh on sait qu'il y a des phénomènes d'accoutumance et puis d'accommodation, **oui effectivement**, qui sont assez importantes, c'est qu'il faut toujours en prendre plus pour qu'après le produit soit efficace donc, ça produit des addictions. **D'accord.**

Euh après du coup, il y a d'autres techniques qui peuvent être employées là du coup soit par les ergothérapeutes en faisant des exercices de relaxation, cohérence cardiaque ça peut également être par des psychologues. Par exemple, nous, on anime conjointement une relaxation avec une de nos anciennes patientes. En fait, elle a fait une formation en sophrologie et en relaxation et c'est elle qui vient sur un mandat libéral animer les séances de relaxation. Et donc du coup, elle coanime avec nous les séances de relaxation et du coup il y a pas mal de travail en pluridisciplinarité. **Ah oui d'accord.**

On va également donner des petites pistes sur ce qui pourrait aider au niveau de quel exercice faire, on a déjà conseillé plusieurs patients typiquement, il y a pas mal de d'applications comme petit bambou, des choses comme ça. On leur conseille d'installer sur leur téléphone puis d'essayer de faire des relaxations. Il y a pour l'endormissement, il y a la boîte de morphée aussi. **Ok.** On l'a recommandé, c'est une petite boîte qu'on installe à côté de son lit, il y a quelques exercices à faire avant de s'endormir. Ça peut-être plutôt pas mal. Après je n'ai pas de patients qui ont investi dedans mais en tout cas je sais que je l'avais amené une fois pour qu'il faisait des exercices et ils avaient apprécié après ça à un coût ouais et le fait que ben nos patients ont peu de moyens financiers donc oui les thérapies non médicamenteuses sont souvent coûteuses.

Outre la relaxation y a-t-il d'autres intervention que vous proposez en tant qu'ergothérapeute ?

Alors, (pause) du coup tous les tous les tous les matins, je coanime avec un de mes collègues qui n'a rien à voir dans le corps de métier, à la base, il est maître sociaux professionnel, donc c'est un peu comme moniteur d'atelier, il encadre des ateliers protégés, mais il a un diplôme dans le fitness et le coaching et du coup on coanime lui et moi, le réveil musculaire donc on fait un petit réveil musculaire tous les matins de 1/4 d'heure. On essaie de promouvoir la mobilité au sein de notre établissement, donc typiquement d'éviter de puisqu'on en étage et du coup, typiquement, d'éviter de prendre l'ascenseur et de prendre les escaliers. **D'accord.** On a des ateliers sportifs plusieurs fois par semaine. On a un groupe de marche, un groupe de piscine et un groupe de fitness. Et du coup, c'est vrai que ça fait partie des choses qu'on essaie de promouvoir. En tout cas, l'activité physique et l'importance d'avoir une dépense énergétique. En ergo ça permet de se réinvestir dans des activités puisque que ce sont des activités qui deviennent signifiantes pour eux et surtout l'activité physique va permettre comme je disais de faire une dépense

| | | |
|--|------------------------------|--|
| | | <p>énergétique, ca diminue l'anxiété et cela favorise le sommeil souvent les patients nous le disent qu'ils se sentent apaisés après. <i>D'accord, merci.</i></p> |
| | <u>Codage</u> | <p>« D'apporter des activités » « Un certain rythme » « Exercices ou tâches », « Vases communicants » « Mange de l'énergie et puis ce qui me permet d'en regagner » « Mettre à l'équilibre entre ces vases » « Intégrer la qualité du sommeil » « Petite activité, enfin on va dire journalière » « Se rendre compte où est ce qu'il en est dans sa journée, ses activités »</p> <p>« En réseau » « D'être convié aux séances » « Quelques fois dans l'année où on se réunit le réseau en entier » « Point de vue de un peu l'analyse ou l'observation et les différentes évaluations »</p> <p>« Psychiatre » « L'ergothérapeute » « Sommeil »</p> <p>« Catégories de somnifères » « S'endormir. » « Anxiolytique »</p> <p>« Diminution des angoisses » « Préventif en tant qu'ergo »</p> <p>« Traitements » « Phénomènes d'accoutumance et puis d'accommodation » « Addictions »</p> <p>« Des exercices de relaxation, cohérence cardiaque »</p> <p>« Psychologues. » « Anime conjointement une relaxation »</p> <p>« Travail en pluridisciplinarité ».</p> <p>« Aider au niveau de quel exercice faire » « D'applications comme petit bambou » « Boîte de morphée »</p> <p>« Le réveil musculaire » « Tous les matins de 1/4 d'heure »</p> <p>« Promouvoir la mobilité » « Ateliers sportifs » « L'activité physique et l'importance d'avoir une dépense énergétique » « En ergo ça permet de se réinvestir dans des activités qui deviennent signifiantes pour eux » « Diminue l'anxiété et cela favorise le sommeil » « Se sentent apaisés après »</p> |
| | <u>Catégorisation</u> | <p>Médication – Addictions – Pluridisciplinarité – Rythme – Activités quotidiennes – Relaxation – Activité physique – Qualité de sommeil – Prévention – Gestion de l'anxiété – Activités signifiantes – Réengagement dans certaines AVQ- alliance thérapeutique</p> |

Question 4 : Les modèles conceptuels en ergothérapie tels que le MOH, le PPH se sont développés au cours de ces dernières années. Ainsi, au sein de votre pratique, utilisez-vous un modèle conceptuel ? Si oui, de quelle manière et dans quel but ? Si non, en quoi pensez-vous que ces modèles ne sont pas pertinents dans votre pratique ?

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Exploitation du matériel | Corpus et organisation | <p>Je réfléchis parce que alors je suis en train de changer de travail, donc je sais quel outil j'utilise dans mon nouveau travail, le MOH. Hé nous aussi en fait, je j'étais en train de révéfier, mais je voulais juste pas dire de bêtises entre mes 2 emplois. <i>D'accord (rires)</i>. Mais oui, fin j'en utilise pas au quotidien mais des fois ce peut nous aider. Euh, l'objectif d'avoir un on va dire modèle, c'est d'avoir un peu une ressource sur quoi on se base en termes de, de d'outils d'évaluation, on va pas dire évaluation, parce qu'on utilise principalement un outil d'évaluation ELADEB mais du coup ça permet de on va dire, d'avoir un repère entre les grandes composantes en fait dans la prise en charge, voilà. Et puis de pas oublier en fait les choses importantes pour le patient. Ok. Pour les objectifs de prise en charge on utilise principalement ELADEB et on part de la vision globale du patient mais le modèle peut nous permettre aussi de voir, de faire ressortir des éléments auxquels on ne pense pas que ca soit nous ou le patient.</p> <p>En fait, on parle vraiment de leurs demandes, c'est eux qui sont à l'initiative en fait. Oui on va pas dire tiens, j'ai repéré telle chose, on va faire tel objectif. Oui je vois. C'est plutôt, c'est eux, quelle est votre demande, alors votre demande c'est ça, donc on peut essayer de partir sur tel objectif en fonction de votre demande. <i>D'accord</i>.</p> |
| | Codage | <p>« MOH » « Modèle » « Fin j'en utilise pas au quotidien » « Ressource sur quoi on se base » « Un outil d'évaluation ELADEB » « Permet de on va dire, d'avoir un repère entre les grandes composantes en fait dans la prise en charge », « Pas oublier en fait les choses importantes pour le patient. » « On part de la vision globale du patient » « Le modèle peut nous permettre aussi de voir, de faire ressortir des éléments auxquels on ne pense pas que ca soit nous ou le patient ».</p> <p>« Leurs demandes » « C'est eux qui sont à l'initiative en fait » « Tel objectif en fonction de votre demande. »</p> |
| | Catégorisation | MOH – Modèle conceptuel – Ressource – Patient à l'initiative– Outils ergothérapique |

Question 5 : Selon vous, que permet la reconstruction de routines quotidiennes sur la qualité de vie de la personne souffrant de troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée ?

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Exploitation du matériel | Corpus et organisation | <p>Alors nous c'est ce qu'on on essaie de faire pas mal pour justement pour que les patients reprennent un rythme. En fait les routines leur redonnent un rythme pour qu' ils soient moins désorganisés ou avec des rythmes inadaptés, pas inadaptés mais en tout cas, qui sont dans un certain désordre. Oui . On espère que ces routines là puissent leur redonner un peu un cadre puis une qualité de vie satisfaisante. Ouais, mais euh je sais pas si enfin après nous n'intervenant pas à domicile, c'est peut-être le côté plus difficile pour les aider à mettre en place une routine, parce que ce qu'on va faire nous ici et ben ils vont peut être pas toujours réussir à les conduire à la maison. <i>D'accord</i>. Il y en a quelques-uns où j'ai quelques activités que j'arrive alors qui qui reprennent et que du coup ils arrivent à faire à la maison. Mais des fois ils se mettent trop de pression, donc du coup faut vraiment choisir des choses extrêmement simples pour qu'elles puissent être reproduites sans, sans qu'ils se mettent la pression. Typiquement je</p> |
|---------------------------------|-------------------------------|---|

sais que j'avais une dame qui m'avait parlé et le week-end parce que du coup nous ils viennent pas le week-end chez nous. Du coup les week-ends sont assez souvent longs pour eux et du coup je sais qu'elle m'a demandé pour repartir au moins avec une activité pour pas, ben passer son week-end assise chez elle à l'intérieur et ne rien faire. Et je sais que par exemple elle a des chiens et je lui ai proposé qu'elle puisse au moins sortir sur les 2 jours au moins euh sortir un jour pour aller promener ses chiens à l'extérieur. Et pas seulement dans son jardin. Donc essayez de faire une courte balade de 10 minutes autour de la maison et les premiers temps, c'était impossible, donc on avait vu pour essayer de sortir de la maison avec ses chiens dans le jardin avant on fait une demi étape avant de sortir. Elle a réussi à sortir petit à petit de chez elle pour aller faire des plus longues balades. **D'accord, ok.** Pareil, on a pris des activités qu'elle arrive à faire parfaitement en ergothérapie. Typiquement, elle aime beaucoup le tricot donc elle a pris du tricot à faire à la maison. On a fait du macramé, des choses où elle avait réussi à le faire et qu'elle le faisait en toute confiance. À ce moment-là, on le mettait en place pour qu'elle puisse faire cette activité à la maison. C'est une activité où la personne n'a pas toute confiance et pas toutes les compétences ou elle va devoir chercher un tuto sur internet ou des choses comme ça bah là c'est plus difficile de se mettre en route. Mais par contre une fois qu'elle a acquis les étapes, en général ça ne bouge plus trop. Euh (*pause*) mais voilà alors ça serait plus simple si par exemple c'est des choses qu'on pouvait en mettre en place déjà à domicile, peut-être un petit déj, un repas à 12h00 ou une activité autre de la vie quotidienne, **d'accord**, pour arriver à se mettre en route, mais en intervenant à domicile, je pense que ça serait presque plus simple que moi qui travaille en centre.

Est ce que vous travaillez également sur la routine du coucher avec les patients ?

Ça, c'est des choses qu'on aborde on fait de la psychoéducation et de la prévention c'est notre rôle aussi. Il y a des groupes et en tant qu'ergo avec mes collègues infirmiers, on fait vraiment une séance où on a justement dédié au sommeil où on explique l'importance de par exemple, bah couper les écrans 1h avant de se coucher et plutôt prendre un livre. Voilà, on travaille des petites choses comme ça. On essaie en général en routine de mettre un exercice en début de chaque séance de psychoéducation, c'est un groupe qui dure sur 6 mois. Du coup, tous les vendredis il y a 1 h de séance et par groupe, on essaie de travailler différentes, les petites relaxations mais 5 minutes en début ou exercice de concentration un peu et on en essaie plusieurs. **D'accord.** Puis une fois que chacun a trouvé son outil, qu'ils ont réussi à établir quelque chose, intégrer pour eux ce qui leur convient. Et du coup on fait pas un truc général, c'est adapté à chacun mais on dit bah chacun prend l'exercice qu'il a l'habitude de faire, qui lui convient pour se centrer, pour se concentrer quelques minutes et puis bah ça c'est un exercice qu'ils doivent refaire aussi avant de se coucher, que ce soit une respiration au carré, ça peut être inventer différents exercices de respiration, souffler 30 secondes, expirez, voilà

| | | |
|--|------------------------------|---|
| | | et souvent ça permet de faciliter l'endormissement ou au moins limiter l'anxiété. D'accord merci pour votre réponse. |
| | <u>Codage</u> | « Reprennent un rythme » « Moins désorganisés ou avec des rythmes inadaptés » « Dans un certain désordre » « Ces routines » « Redonner un peu un cadre » « une qualité de vie satisfaisante » « N'intervenant pas à domicile, c'est peut-être le côté plus difficile » « Ils vont peut être pas toujours réussir à les conduire à la maison » « Ils se mettent trop de pression » « Choisir des choses extrêmement simples » « On fait une demi étape » « Des activités qu'elle arrive à faire parfaitement en ergothérapie » « Elle aime beaucoup » « Une fois qu'elle a acquis les étapes, en général ça ne bouge plus trop. » « En intervenant à domicile, je pense que ça serait presque plus simple que moi qui travaille en centre ». « Psychoéducation » « La prévention c'est notre rôle aussi » « Qu'ergo » « Mes collègues infirmiers » « Séance où on a justement dédié au sommeil » « Couper les écrans 1h avant de se coucher et plutôt prendre un livre » « Routine » « Exercice en début de chaque séance de psychoéducation » « Les petites relaxations 5 minutes » « Concentration » « Une fois que chacun a trouvé son outil » « Adapté à chacun » « L'habitude de faire » « Avant de se coucher » « Une respiration au carré » « Exercices de respiration » "faciliter l'endormissement ou au moins limiter l'anxiété." |
| | <u>Catégorisation</u> | Domicile – Rythme – Sécurisant – Routine – Processus – Pluridisciplinarité – Psychoéducation – Relaxation – Routine du coucher |

Question 6 : Souhaitez-vous ajouter quelque chose à laquelle je n'ai pas pensé et que vous estimez important ?

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <u>Exploitation du matériel</u> | <u>Corpus et organisation</u> | Heu non je crois pas, euh après honnêtement, on aimerait bien arriver à développer l'aspect de la relaxation parce qu'on touche encore peu de gens. Enfin trop peu de gens je trouve. Là, dans le groupe qu'on a, on a une patiente qui a vraiment trouble de l'anxiété généralisé, on en a quelques-uns qui mériteraient d'y aller, mais pour le moment, ils ont encore du mal à passer un peu le cap, on va dire ouais, et je pense plutôt que d'avoir une séance par semaine, ça serait bien qu'on est quand même quelque chose de plus, plus conséquent, d'ordre de relaxation. On l'avait imaginé un peu tous les tous les après-midis après le repas, quelque chose de plus régulier pour que ça s'intègre vraiment. |
| | <u>Codage</u> | « Développer l'aspect de la relaxation » « Trouble de l'anxiété généralisé » « Plus conséquent, d'ordre de relaxation » « Un peu tous les tous les après-midis après le repas » |
| | <u>Catégorisation</u> | Relaxation – TAG – Récurrence |

Annexe n°IX : Analyse transversale

| Question 1 : Comment décririez-vous l'impact des troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée sur les activités quotidiennes de la personne ? | | | |
|--|---|--|--|
| | Ergothérapeute 1 (E1) | Ergothérapeute 2 (E2) | Ergothérapeute 3 (E3) |
| <u>Catégorisation</u> | Relation bidirectionnelle – Impact sur les fonctions cognitives – TAG – Addictions – Substances addictives – Impact sur les activités quotidiennes – Santé mentale – Troubles du sommeil – Difficultés dans la gestion de soi – Limitation de la performance occupationnelle- Fatigue – Isolement | Relation bidirectionnelle – TAG – Limitation de l'engagement occupationnel – Troubles du sommeil – Médication – Psychiatre – Impact sur les AVQ – Fatigue et somnolence- Apathie | TAG – Impact sur les activités quotidiennes – Diminution participation occupationnelle – Limitation de l'engagement occupationnel – Fatigue – Peu de sommeil – Difficultés d'endormissements – Réveils nocturnes |

| Question 2 : Quels liens faites-vous entre les activités quotidiennes et la qualité de vie de la personne ? | | | |
|--|---|--|---|
| | Ergothérapeute 1 (E1) | Ergothérapeute 2 (E2) | Ergothérapeute 3 (E3) |
| <u>Catégorisation</u> | Diminution de la qualité de vie – TAG – Impact sur l'aspect social – Fatigue – Ressources de la personne – Etat de panique – Répercussions sur l'ensemble des AVQ – Limitation de performance occupationnelle – Troubles du sommeil - Stratégie d'évitement | Diminution de la qualité de vie – Relation bidirectionnelle – Activités quotidiennes – Gestion de l'anxiété – Difficultés d'endormissement – Difficultés liées aux imprévus – Modification de la routine- Diminution de la performance occupationnelle | Indissociables – Diminution de la qualité de vie – Diminution de l'engagement occupationnel – Participation occupationnelle – Troubles du sommeil – Anxiété – communication |

| Question 3 : Selon vous, au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, quelle peut être la place de l'ergothérapeute auprès de personnes souffrant de troubles du sommeil causés par une anxiété généralisée ? | | | |
|---|---|--|---|
| | Ergothérapeute 1 (E1) | Ergothérapeute 2 (E2) | Ergothérapeute 3 (E3) |
| <u>Catégorisation</u> | Activités quotidiennes – ergothérapie - Auto-évaluation du patient – Conscience des difficultés – psychoéducation – pluridisciplinarité – Relaxation – activité physique – Alliance | Relaxation – Troubles du sommeil – Gestion de l'anxiété – Routine du coucher – Activité physique – Activité quotidienne- Psychoéducation – Travail | Médication – addictions – pluridisciplinarité – Rythme – activités quotidiennes – Relaxation – Activité physique – Qualité de sommeil – Prévention – Gestion de l'anxiété - Activités |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|---|
| | thérapeutique – Expérimenter – Activités significantes – Lien social - | du rythme – Fatigue importante | signifiantes – Réengagement dans certaines AVQ – Alliance thérapeutique |
|--|--|--------------------------------|---|

Question 4 : Les modèles conceptuels en ergothérapie tels que le MOH, le PPH se sont développés au cours de ces dernières années. Ainsi, au sein de votre pratique, utilisez-vous un modèle conceptuel ? Si oui, de quelle manière et dans quel but ? Si non, en quoi pensez-vous que ces modèles ne sont pas pertinents dans votre pratique ?

| | Ergothérapeute 1 (E1) | Ergothérapeute 2 (E2) | Ergothérapeute 3 (E3) |
|-----------------------|---|--|--|
| Catégorisation | Modèles conceptuels – MCRO – MOH – PPO – Echelles d'évaluations – Ecologie – Plan de traitement | Modèle conceptuel – MOH – Outils ergothérapeutique – Santé mentale | MOH – Modèle conceptuel – Ressource – Patient à l'initiative – Outils ergothérapeutique – ELADEB |

Question 5 : Selon vous, que permet la restructuration de routines quotidiennes pour agir sur la qualité de vie de la personne souffrant de troubles du sommeil associés à une anxiété généralisée ?

| | Ergothérapeute 1 (E1) | Ergothérapeute 2 (E2) | Ergothérapeute 3 (E3) |
|-----------------------|--|--|--|
| Catégorisation | Favorise le sommeil – Rassurant – Difficultés liées aux imprévus – Cadre – Gestion des émotions – Alliance thérapeutique – Sélection des moments qui génèrent de l'anxiété – Pluridisciplinarité | Contrôle – Difficultés liés aux imprévus – Pluridisciplinarité – Routine – Gestion des émotions - Routine de coucher - Alliance thérapeutique – Relaxation – Sécurité – Bénéfique – Echelonner | Domicile – Rythme – Sécurisant – Routine – Processus – Pluridisciplinarité – Psychoéducation – Relaxation – Routine du coucher |

Question 6 : Souhaitez-vous ajouter quelque chose à laquelle je n'ai pas pensé et que vous estimez important ?

| | Ergothérapeute 1 (E1) | Ergothérapeute 2 (E2) | Ergothérapeute 3 (E3) |
|-----------------------|---|--|------------------------------|
| Catégorisation | Estime de soi – Confiance en soi – Objectif atteignable – échelonnage – Cerner les ressources | Réveils nocturnes – Difficultés d'endormissement – Relaxation – Prise en soin – Nocturne | Relaxation – TAG – Réurrence |

RÉSUMÉ

Introduction : Le trouble anxieux généralisé (TAG) est une pathologie psychiatrique qui se définit par une inquiétude chronique et excessive, un sentiment persistant d'insécurité. De plus, les troubles du sommeil sont un des critères afin de réaliser le diagnostic du TAG. En effet, ces deux notions semblent présenter une relation bidirectionnelle. De ce fait, la personne voit l'ensemble de ses activités quotidiennes impactées et sa qualité de vie altérée. Ainsi, cette étude portera sur la prise en soin ergothérapeutique de cette double problématique afin d'améliorer la qualité de vie de la personne.

Méthodologie : Une méthode qualitative avec des entretiens semi-directifs a été utilisée pour cette étude. Trois ergothérapeutes ont été interrogés, soit par appel visioconférence, soit par appel téléphonique. Pour évaluer la pratique actuelle, une analyse longitudinale et transversale ont été effectuées.

Résultats : Les résultats des trois ergothérapeutes interrogés ont mis en avant des moyens afin d'améliorer la qualité de vie de la personne. Les professionnels expliquent qu'ils évaluent les besoins et les difficultés de la personne dans ses activités quotidiennes. Pour cela, ils essaient d'établir une alliance thérapeutique. De plus, ils évoquent différents outils comme la restructuration de routines quotidiennes, la proposition d'outils tels que des techniques de relaxations, des activités significatives ou d'autres encore.

Discussion : Ainsi, cette étude a démontré que l'ergothérapeute disposait de divers moyens efficaces à mettre en place afin d'améliorer la qualité de vie de la personne présentant des troubles du sommeil associé à un TAG. En outre, l'intervention de l'ergothérapeute s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire, nécessitant une collaboration avec d'autres professionnels de la santé.

Conclusion : Enfin, l'étude souligne la plus-value de l'ergothérapeute dans la prise en soin de cette double problématique. En effet, l'ergothérapeute est un acteur détenant les compétences nécessaires afin de limiter l'impact des troubles du sommeil et du TAG sur les activités quotidiennes de la personne et sur sa qualité de vie.

Mots clés : ergothérapeute, troubles du sommeil, troubles anxieux généralisés, qualité de vie

ABSTRACT

Introduction : Generalized anxiety disorder (GAD) is a psychiatric pathology defined by chronic, excessive worry and a persistent feeling of insecurity. Sleep disorders are also one of the criteria for diagnosing GAD. Indeed, these two concepts seem to have a two-way relationship. As a result, the person's daily activities are affected and their quality of life impaired. This study will focus on the occupational therapy care of this dual problem in order to improve quality of life.

Method : A qualitative method with semi-structured interviews was used for this study. Three occupational therapists were interviewed, either by videoconference or by telephone. In order to evaluate the current practice a longitudinal and cross-sectional analysis were carried out.

Results : The results of the three occupational therapists interviewed highlighted ways of improving the person's quality of life. The professionals explain that they assess the person's needs and difficulties in their daily activities. To do this, they try to establish a therapeutic alliance. Moreover, they mention various tools, such as restructuring daily routines, suggesting relaxation techniques, meaningful activities and so on.

Discussion : This study showed that occupational therapists have various effective means of improving the quality of life of people with sleep disorders associated with GAD. Furthermore, occupational therapy is part of a multidisciplinary approach, requiring collaboration with other health professionals.

Conclusion : Finally, the study highlights the added value of occupational therapists in dealing with this dual problem. Indeed, occupational therapists have the skills needed to limit the impact of sleep disorders and GAD on people's daily activities and quality of life.

Keywords : occupational therapist, sleep disorders, generalized anxiety disorder, quality of life