

**La participation occupationnelle chez le militaire souffrant de stress post
traumatique : Pertinence et intérêt de la MCRO.**

*Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.6 (S6) et en vue de
l'obtention du Diplôme d'État d'Ergothérapeute*

Maître de mémoire : Jean-Michel CAIRE

RICARD GAEL
Promotion 2022-2025

ENGAGEMENT ET AUTORISATION

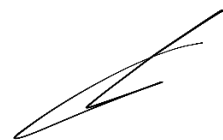
Je soussigné Gael RICARD, étudiant en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.
Le : 12/05/2025

Signature du candidat :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Gael Ricard', written in a cursive style.

NOTE AU LECTEUR

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

REMERCIEMENTS

Tout d'abord mes pensées se dirigent envers mes anciens camarades. Vous continuez à vous battre sur tous les fronts, avec audace et courage pour oser et gagner malgré des combats parfois difficiles et douloureux.

Aussi, je tiens à adresser mes respects à l'Institut de formation en Ergothérapie (IFE) du PREFMS de Toulouse, pour m'avoir offert l'accès à cette formation sans quoi je n'aurais sans doute jamais eu accès à cette expérience professionnelle. Merci à Madame Clémence CHASSAN-MENON et à l'ensemble des formateurs pour leur suivi durant ces trois années afin de nous préparer au mieux à notre insertion professionnelle.

Je tiens également à remercier tout particulièrement Monsieur Jean-Michel CAIRE qui a pu m'accompagner en tant que directeur de mémoire, qui a su me guider et a réussi à m'aider à organiser mes idées avec bienveillance et professionnalisme.

Enfin, je terminerai par remercier mes camarades de classe, mes amis et ma famille pour avoir fait de ces trois années un bon souvenir et pour avoir été à mes côtés et m'avoir soutenue tout au long de ce cursus universitaire, j'en suis particulièrement reconnaissant.

GLOSSAIRE

OMS : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

MCPO : **M**odèle **C**anadien de la **P**articipation **O**ccupationnelle

MCRO : **M**esure **C**anadienne du **R**endement **O**ccupationnel

TSPT : **T**rouble de **S**tress **P**ost-**T**raumatique

ESPT : **E**tat de **S**tress **P**ost-**T**raumatique

PTSD : **P**ost **T**raumatic **S**tress **D**isorder

TSA : **T**rouble du **S**tress **A**igu

SSA : **S**ervice de **S**anté des **A**rmées

DSM : **D**iagnostic and **S**tatistical Manual of **M**ental Disorders

TOP : **T**echnique d'**O**ptimisation du **P**otentiel

ORFA : **O**ptimisation des **R**essources des **F**orces **A**rmées

TCC : **T**hérapies **C**ognitivo-**C**omportementale

HIA : **H**ôpital d'**I**nstruction des **A**rmées

DE : **D**iplôme d'**E**tat

RIPH : **R**echerches **I**mpliquant la **P**ersonne **H**umaine

ACT : **A**nalyse de **C**ontenu **T**hématique

Sommaire

Introduction.....	1
PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE	3
1. Le milieu militaire	3
1.1. Singularité du métier	3
1.2. Evolution des conflits armés.....	5
1.3. Exposition au stress	6
1.4. Réponse au stress.....	7
1.5. Médecine militaire.....	8
2. Le Trouble de Stress Post Traumatique	10
2.1. Définition	10
2.2. Epidémiologie	10
2.3. Facteurs de risques.....	12
2.4. Manifestation et symptômes	13
2.5. Stratégie de prévention et traitement	14
3. L'impact du Trouble de Stress Post Traumatique sur les occupations et le rôle de l'ergothérapie.....	17
3.1. Le Modèle canadien de la participation occupationnelle	17
3.2. Participation occupationnelle du militaire	18
3.3. Rôle de l'ergothérapeute dans le trouble de stress post traumatique du militaire.....	19
3.4. L'intervention de l'ergothérapeute dans le TSPT du militaire.....	19
3.5. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel : un outil centré sur la personne	20
PARTIE 2 : CADRE EXPLORATOIRE	23
1. Choix méthodologique	23
1.1 Démarche qualitative	23
1.2 Approche hypothético-déductive.....	24
1.3. Entretien	24
2. Recueil de données	26
2.1 Objectivité de la recherche	26
2.2 Ethique de la recherche	27
2.3 Guide d'entretien.....	29
3. Echantillonnage	32
3.1 Modalités de sélection	32
3.2 Prise de contact	33

3.3 Déroulé des entretiens	33
4. Analyse des données	34
4.1 Analyse du contenu thématique	34
4.2 Processus d'analyse des données	35
5. Résultats	37
5.1 Echantillon final	37
5.2 Analyse des entretiens	37
6. Discussion	44
6.1 Interprétation des résultats	44
6.2 Biais et limites	46
6.3 Perspectives professionnelles	47
Conclusion	50
Bibliographie	52
ANNEXES	58

Introduction

En France, les origines militaires de l'ergothérapie sont bien connues. En effet, dès la Première Guerre Mondiale les « occupational therapist » formés aux Etats-Unis s'occupent des blessés de guerre aux Invalides afin qu'ils puissent retrouver une vie fonctionnelle. En 1943, le terme « ergothérapie » est retenu en France et remplace le terme de « travail thérapeutique ». Dès lors et avec l'arrivée de la Seconde Guerre mondiale, l'ergothérapie trouvera sa véritable légitimité en tant que profession. Depuis, la pratique s'est considérablement développée et a su s'adapter aux divers contextes sociétaux. De plus, les fondements conceptuels du métier ont profondément évolué. Différents paradigmes successifs ont sous-tendu et ont fortement imprégné l'exercice de l'ergothérapie en France, véritable caméléon conceptuel. C'est donc l'histoire d'une profession aussi singulière que séculaire.

J'ai voulu dans ce mémoire m'intéresser à l'accompagnement en ergothérapie du militaire traumatisé. Une allusion à l'histoire (les militaires sont parmi les premiers à avoir reçu un accompagnement en ergothérapie) ainsi qu'à mon histoire personnelle.

Je me suis intéressé à la blessure psychique, car c'est un domaine qui a été bien souvent oublié. Cela représente aujourd'hui un enjeu majeur de notre société, de par la prévalence de plus en plus importante des troubles de la santé mentale (Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030, s. d.).

Durant ses années de service, le militaire est soumis à un environnement incertain et potentiellement dangereux. Le stress, en tant que mécanisme d'adaptation, est donc fortement sollicité. Le statut de militaire expose ce dernier à des événements susceptibles de laisser des marques profondes dans sa vie personnelle qui feront le lit de plusieurs pathologies dont le trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Parmi les divers cadres théoriques utilisés en ergothérapie, le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO) et son outil associé, la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) recouvrent différents concepts et idées philosophiques sous-tendant la pratique de l'ergothérapie. Ce modèle repose sur une approche holistique et centrée sur la personne, en prenant en compte les interactions complexes entre la personne,

son environnement et ses occupations. L'ergothérapeute semble être particulièrement bien placé pour répondre aux besoins complexes des militaires souffrant de troubles psychiques, en les aidant à surmonter leurs traumatismes et à améliorer leur vie quotidienne. Dans le contexte de TSPT chez les militaires, l'application du MCPO semble particulièrement pertinent. J'ai donc voulu me baser sur ce modèle pour la suite de mon écrit. Les militaires souffrant de TSPT font face à des défis uniques avec notamment des symptômes qui affectent leur capacité à participer pleinement à leur vie quotidienne et à leurs occupations. Je me suis alors interrogé sur le potentiel intérêt de l'utilisation de la MCRO auprès de cette population.

L'objectif de cet écrit est donc de déterminer quel pourrait être l'intérêt d'utiliser la MCRO auprès des militaires souffrant de TSPT dans le cadre d'un accompagnement en ergothérapie, et d'identifier comment cet outil pourrait permettre de favoriser une participation occupationnelle satisfaisante chez cette population.

Il s'agira donc ci-dessous de présenter la partie théorique de mon mémoire afin de contextualiser le rôle de l'ergothérapeute auprès des militaires souffrant de TSPT et d'explorer les différentes conséquences du trouble sur la vie quotidienne. Cet écrit permettra également d'explorer l'utilisation de la MCRO chez cette population et d'identifier les potentielles lacunes dans les recherches actuelles. Cela justifiera donc mon étude. A la suite de la partie théorique, une problématique sera formulée, laquelle introduira la seconde partie dédiée à la démarche expérimentale.

PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE

La partie théorique de ce travail s'articule autour de trois parties. La première partie s'intéressera aux spécificités du métier de militaire. La deuxième partie permettra de mieux comprendre et d'analyser le trouble de stress post-traumatique. La troisième partie traitera de l'impact du TSPT sur la vie des militaires en s'appuyant sur le modèle canadien afin d'introduire l'utilisation d'outils spécifiques comme la MCRO.

1. Le milieu militaire

Avant de s'intéresser plus particulièrement au TSPT chez les militaires, il est primordial d'appréhender le métier des armes afin de mieux comprendre pourquoi les militaires sont régulièrement soumis au stress et sont plus vulnérables aux conséquences de ce dernier. En effet, il s'agit d'un environnement singulier marqué par des exigences physiques et psychologiques (1.1) qui sont en partie majorées par l'évolution des conflits armés (1.2). Cette exposition au stress qui en découle (1.3) témoigne d'une certaine variabilité interindividuelle dans la résilience et la vulnérabilité à ce stress (1.4). Loin d'être une panacée, la médecine militaire est au cœur de ces diverses problématiques (1.5).

1.1. Singularité du métier

La condition et l'engagement militaire se distinguent par leurs spécificités et leurs exigences. C'est un métier avec son lot de vicissitudes et il est toujours difficile de penser un métier aussi singulier et subtil. Une profession aux mille facettes où l'abnégation est souvent le maître-mot. Le choix d'une carrière militaire est exigeant, symbole de sacrifice par la conscience collective. En effet, le militaire s'engage pour la vie. Il peut mourir, mais en échange, il peut donner la mort sur ordre. Quid de l'enjeu éthique d'une telle prérogative et ses valeurs personnelles (Le soldat augmenté : pour une gestion optimale du stress, s. d.). La conciliation entre les ordres reçus et la conscience personnelle du soldat font de ce dernier un véritable homme de réflexion, bien loin de l'image d'un soldat dépourvu de jugement et dépourvu de convictions. Cette dimension éthique est pourtant inévitable en raison de la complexité des engagements militaires actuels dans le monde.

Cependant, une réponse non-éthique selon la conviction du soldat, peut entraîner des désordres d'ordres psychiques allant du « burn-out », aux sentiments de honte, d'anxiété, de dépression, de culpabilité, voire de TSPT (Papazoglou & Chopko, 2017).

De plus, les militaires sont soumis à des conditions de travail parfois difficiles et à des situations de stress récurrentes (dette de sommeil, fatigue chronique, stress chronique, scène de guerre, isolement). Les diverses missions, plus ou moins dangereuses, demandent une certaine polyvalence et une bonne capacité d'adaptation pour le soldat. L'incertitude et l'imprévisibilité de la mission ajoutent un stress supplémentaire. Or, l'exposition prolongée à des situations de stress peut avoir des effets négatifs sur la santé physique et psychique des individus (Teplova et al., 2022).

Le métier de militaire a également un impact significatif sur la vie personnelle et familiale des soldats. Les déploiements prolongés éloignent les militaires de leur famille et de leurs amis. Cela participe à la création d'un sentiment d'isolement, majoré par le divorce mental d'une société où la position militaire n'a plus la même influence que celle qu'elle a pu avoir par le passé. Ces absences répétées peuvent notamment entraîner des difficultés de réintégration dans la vie civile et des problèmes de communication avec l'entourage (Hoge et al., 2006). Malgré ces défis, l'institution est marquée par une camaraderie propre aux armées. La cohésion de groupe et le sentiment d'appartenance jouent un rôle crucial dans la résilience des militaires face au stress et aux traumatismes. C'est « l'esprit de corps » chère aux armées qui agit comme un bouclier face aux événements difficiles. Tout cela peut atténuer les effets négatifs du stress (Griffith, 2007).

Par conséquent, les exigences physiques et psychologies demandées aux militaires sont caractéristiques du métier. Ces exigences impactent la vie des soldats et peu de personnes extérieures y sont soumises. En effet, les personnes non-familières à la chose militaire ont particulièrement du mal à saisir cette complexité. Comprendre et appréhender cette singularité est essentielle pour la suite de l'exposé.

1.2. Evolution des conflits armés

Il est vrai que l'évolution des conflits armés au fil des décennies a entraîné des changements significatifs dans la nature des guerres et les implications pour les militaires. En effet, les conflits armés ont connu des transformations majeures depuis le début du XXe siècle. Alors que les deux guerres mondiales étaient caractérisées par des affrontements classiques entre Etats-Nations (Etats-Nations qui d'ailleurs étaient qualifiés de « fauteurs de guerre » dans une optique de relation internationale) utilisant des armées conventionnelles, les conflits modernes sont souvent asymétriques, avec des forces irrégulières entendues comme non-étatiques. La guerre froide a introduit une nouvelle dynamique avec des conflits par procuration caractérisée par des luttes bien souvent idéologiques. Par conséquent, les interventions militaires pendant cette période ont souvent eu lieu dans des contextes de guerres civile et de guérilla, appelées aussi « petite guerre » par Clausewitz.

Par la suite, l'effondrement de l'Union soviétique et la fin de la guerre froide ont conduit à une nouvelle ère de conflits armés. Les conflits des dernières décennies, comme ceux en bande sahélo saharienne, illustrent bien des guerres asymétriques où des armées régulières, telles que la France, combattent des insurgés et divers groupes terroristes.

Cette évolution des conflits armés conduit à des implications notables pour les militaires sur le plan opérationnel et sur leur santé globale. De manière générale, les guerres asymétriques sont des guerres qui ne respectent pas les règles de la guerre « où il y a un recours à la surprise, à la ruse et à la perfidie (les guerres asymétriques vues sous l'angle du droit humanitaire et de l'action humanitaire, Toni Pfanner). Par conséquent, ce type de guerre engendre pour les soldats un état d'hypervigilance constant, car l'ennemi peut frapper n'importe comment. La peur de mourir ou de perdre un camarade dans une guerre « irrégulière » est importante. Dans la conscience collective, il est différent, voir plus « acceptable » de mourir dans une guerre « classique » avec le qualificatif de « mort pour la France » que dans une guerre irrégulière au-delà des frontières. Pour autant, l'éventualité d'un retour à des conflits symétriques entre Etats est toujours possible comme la guerre en Ukraine en témoigne. Le retour à un combat dit de « haute intensité » avec la confrontation à la mort beaucoup plus importante est probable et l'armée française s'y prépare (Les défis de la « haute intensité » : enjeu stratégique ou capacitaire ?, s. d.).

Les déploiements fréquents, les missions de longue durée et l'exposition à des environnements hostiles augmentent le risque de troubles de stress post-traumatique (TSPT), de dépression et exposent le militaire à d'autres problèmes de santé mentale. Cependant, l'évolution des conflits armés a également permis de renforcer les systèmes de soutien du soldat afin de les aider à gérer le stress et les traumatismes.

1.3. Exposition au stress

Dès 1996 et lorsque le président de la République, Jacques Chirac, annonça la professionnalisation des armées, le choix des armes devient alors un véritable choix de vie. Cela ne représente plus une condition préalable avant le début d'une vie professionnelle. Le militaire, au cours de sa carrière, sera donc exposé à plusieurs contraintes caractérisées par une exposition au stress prolongé qui affecteront son état de santé.

Le psychiatre Raymond Sobel en 1947 décrit à juste titre le syndrome du « vieux sergent » (Sobel, 1947) où il montre que certains soldats, par accumulation de fatigue et de stress, déclenchent un état végétatif où ils sont « épuisés et usés », victime de tremblements et incapable de prendre des décisions ou d'effectuer des tâches complexes. D'autres symptômes psychologiques y sont décrits tels que des comportements inappropriés ou encore le refus d'endosser des responsabilités. A partir de là, la médecine militaire et les psychiatres militaires s'accordent pour dire qu'il existe un point de rupture pour chaque individu et que la blessure psychique est inévitable. Cela permet une reconnaissance de l'impact de la fatigue et du stress chez les militaires. Depuis et à l'heure actuelle, les liens entre l'exposition prolongée au stress et les problématiques de santé mentale des militaires sont bien reconnus, mais toujours complexes à étudier. L'exposition prolongée au stress et à la fatigue peut conduire à une usure biologique associée à des symptômes physiques et mentaux (Kavanagh, 2005).

De plus, la prévalence des troubles psychiatriques chez les militaires est plus importante qu'en population générale (C. Williamson et al., 2023) (Grinsill et al., 2024). Les symptômes d'anxiété et de dépression (80,7%) sont les plus fréquents, s'en suivent la solitude (79,1%) et la perception d'un soutien social faible (72,2%). Selon cette étude, la comorbidité psychiatrique est la règle.

1.4. Réponse au stress

La réponse au stress est un processus complexe qui implique des mécanismes physiologiques, psychologiques et comportementaux. Initialement, le stress est une réaction biologique naturelle et automatique. La réponse au stress permet de s'adapter et de faire face aux changements (Le soldat augmenté : pour une gestion optimale du stress, s. d.). Cette réponse varie d'une personne à l'autre. La réponse physiologique s'articule autour du système nerveux autonome et de l'axe corticotrope. La variabilité dans la réponse physiologique au stress peut être influencée par des facteurs génétiques et par les expériences antérieures de stress. Certaines personnes ont une réactivité hormonale plus intense et prolongée. Ils sont donc plus vulnérables aux effets négatifs du stress.

De plus, la réponse d'un individu à un agresseur va dépendre des paramètres de ce dernier tel que la violence ou les possibilités de fuite et de combat de l'individu. Or, ces paramètres vont directement influencer le risque de développer un TSPT. Par exemple l'exposition à un agresseur très proche où la fuite est impossible pour la victime, conduit plus couramment à un TSPT qu'un agresseur plus éloigné où l'individu n'est en réalité que le témoin d'une violence (Yehuda et al., 2015).

Aussi, la dichotomie entre une réponse normale au stress et une réponse anormale au stress permet de comprendre la persistance des symptômes du stress en l'absence même d'un agent de stress. C'est le cas où un individu ressent du stress alors qu'il n'y a plus aucun événement stressant à proprement parler. La réaction de l'individu est dite hors contexte.

Cependant, et en dehors de ces confrontations directes à des agents traumatisants susceptibles de développer un TSPT, la confrontation prolongée à un stress prolongé est également susceptible de faire le lit de plusieurs pathologies mentales comme la fatigue, l'épuisement, le stress aigu ou encore le TSPT, et ce quand bien même l'exposition au stress serait de basse intensité. Les effets d'une évolution à bas bruit d'un stress devenu chronique est à prendre en compte et rend difficile la prise en charge.

C'est le syndrome du « vieux sergent » vu précédemment qui illustre bien cette usure mentale et physiologique.

Enfin, la perception et l'évaluation cognitive du stress jouent un rôle central dans la variabilité interindividuelle à la réponse au stress. Selon la théorie transactionnelle de Lazarus et Folkman, le stress résulte d'une évaluation cognitive de l'évènement et des ressources disponibles pour y faire face (Bruchon-Schweitzer, 2001). Cette perception varie selon les traits de personnalité et l'histoire personnelle de l'individu. De là, apparaît alors le concept de vulnérabilité pour décrire cet état où l'organisme d'un individu développe un risque plus important d'évolution vers une pathologie suite à l'exposition à un évènement stressant (Funderburk et al., 2014).

La variabilité interindividuelle peut également se manifester dans les stratégies d'adaptations que les individus adoptent ou non. Les stratégies d'adaptations sont les comportements et pensées utilisées pour gérer le stress. Elles peuvent être axées sur le problème ou sur les émotions. Les stratégies efficaces atténuent le stress, tandis que les stratégies inefficaces peuvent aggraver les symptômes. Ces stratégies peuvent être influencées par le soutien social et les expériences passées. Les personnes ayant un bon soutien social et des compétences d'adaptation bien développées gèrent mieux les situations stressantes, sans pour autant être un rempart absolu au développement de pathologies liées au stress (Psychologie de la santé : théorie, recherche et pratique. Quatrième édition, s. d.).

1.5. Médecine militaire

La médecine militaire joue un rôle important dans le maintien de la santé du militaire. Le Service de Santé des Armées (SSA) s'intéresse fortement à la gestion du stress qui est devenue aujourd'hui un impératif. La médecine militaire regroupe un panel de services médicaux et de soutiens spécialisés afin de répondre aux besoins.

De prime abord et dans une perspective historique, il est vrai que la psychiatrie militaire s'est pendant longtemps fourvoyée concernant la prise en compte et la compréhension du stress. Aujourd'hui, la place du stress et de sa gestion représente un enjeu important du SSA, en accord avec le développement des recherches sur le stress chronique. Un stress chronique qui amène à une « phase d'épuisement » décrite par Hans Seyle (Seyle, 1956).

Depuis les années 2000, et sous l'impulsion du médecin militaire Perreaut-Pierre, les armées françaises ont développé diverses techniques appelées « techniques d'optimisation du potentiel » (TOP), puis nouvellement techniques « d'optimisation des ressources des forces armées » (ORFA). Ces techniques permettent aux soldats de mieux gérer leur stress en leur donnant des outils pour réguler leurs ressources personnelles en fonction des situations. Plusieurs études ont montré leur efficacité notamment sur la diminution du stress ressenti et sur l'amélioration du sommeil et de l'immunité (Trousselard, Dutheil, et al., 2015) ; sur le système nerveux sympathique et sa régulation (Claverie et al., 2020) sous condition d'une pratique régulière.

Les initiatives et divers projets du SSA dans ce domaine, témoignent bien de l'importance qui est donnée à cette problématique du stress. Le SSA s'intéresse de plus en plus aux ressources que le soldat peut mobiliser pour contrer les effets négatifs du stress. Le plan du ministère des armées « plan blessés 2023-2027 » illustre concrètement les efforts des armées dans la prise en considération des blessés de guerre. Dans le versant psychique, les maisons ATHOS constituent un dispositif de réhabilitation psycho-sociale pour les militaires souffrant de TSPT. Cette initiative qui a débuté en 2021 permet aux militaires blessés psychiques de bénéficier d'un accompagnement dans leur reconstruction. Il s'agit de maisons où le militaire bénéficie d'un environnement non-médicalisé « et d'un programme innovant, adapté et construit avec lui et pour lui, combinant accompagnement psychosocial, projet de vie et reprise d'activités » (la réhabilitation psycho-sociale grâce au dispositif ATHOS | Maison Numérique des Blessés et Familles, 2023). A l'heure actuelle, il y a cinq maisons ATHOS en France. D'ici 2030, il y en aura dix au total afin d'accueillir plus de mille militaires blessés psychiques.

2. Le Trouble de Stress Post Traumatique

Les militaires sont donc soumis au stress et sont plus vulnérables aux conséquences de ce stress. Parmi les conséquences néfastes de cette exposition au stress, il convient d'aborder la pathologie du stress post-traumatique. La définition de ce trouble sera donnée (2.1) avant d'en étudier son épidémiologie (2.2), ses facteurs de risques (2.3), ses manifestations et symptômes (2.4) ainsi que les stratégies de préventions et traitements actuels (2.5).

2.1. Définition

Plusieurs termes peuvent être utilisés pour parler de la même pathologie. Par exemple dans le DSM V ou la Classification internationale des maladies de l'OMS 11 (CIM 11), le terme retenu est celui de « trouble de stress post-traumatique » (TSPT). Le terme « d'état de stress post-traumatique » (ESPT) figurant dans la CIM 10 est parfois encore utilisé dans la littérature. Le terme anglais est connu sous le nom de « post traumatic stress disorders » (PTSD). Par la suite, le terme de TSPT sera privilégié en accord avec le DSM V et la CIM 11 notamment.

Par conséquent, « le TSPT est un trouble invalidant qui se développe après une exposition à un évènement traumatique. Il est caractérisé par des pensées intrusives, des cauchemars et des flash-backs ; l'évitement des rappels du traumatisme ; une cognition et des humeurs négatives ; une hypervigilance et des troubles du sommeil » (DSM V).

Le diagnostic du TSPT repose sur plusieurs critères développés dans le DSM V. Les symptômes doivent être présents depuis plus d'un mois, à défaut la littérature parle de Trouble de Stress Aigu (TSA). Ainsi, un trouble de stress aigu peut ne pas évoluer en TSPT. Le risque d'évoluer vers un TSPT est de 10%. Le TSPT peut être chronique si les symptômes persistent plus de trois mois. Il existe aussi le TSPT différé en ce sens où il apparaît plusieurs mois ou années après l'évènement traumatique.

2.2. Epidémiologie

Selon les critères du DSM IV et du DSM V, une étude a montré que 75% des individus seront, au cours de leur vie, exposés à un ou plusieurs évènements traumatiques (Kilpatrick et al., 2013) tels que la confrontation à la mort, un accident, une agression physique, ou sexuelle, ou encore une catastrophe naturelle (Kilpatrick et al., 2013).

Or certains individus exposés à un événement traumatique ne développeront pas de TSPT. En population générale mondiale, la prévalence du TSPT est comprise entre 5% et 15% selon l'INSERM. Par exemple, la prévalence du TSPT aux Etats-Unis est de 8.7% (American Psychiatric Association, 2013) et de 8.7% au Canada (Van Ameringen et al., 2008). Il est plus difficile d'obtenir des données chiffrées en France et dans d'autres pays, car les études sont rares, souligne l'INSERM. Néanmoins, selon l'enquête « santé mentale en population générale (SMPG) réalisée en France entre 1999 et 2003, la prévalence du TSPT dans la population générale française était de 0.7% (Vaiva et al., 2008). La prévalence du TSPT chez la femme est environ deux fois plus élevée que chez les hommes (Breslau, 2009) (American Psychiatric Association, 2013).

De plus, les comorbidités sont fréquentes pour les individus ayant un TSPT (Brady et al., 2000) et présentent un risque accru de 80% de connaître d'autres symptômes de troubles psychologiques tels que des troubles anxieux, des troubles de l'humeur et la dépression (Flory & Yehuda, 2015) (Radell et al., 2020) (American Psychiatric Association, 2013), et des troubles liés à la consommation de substances (Jakupcak et al., 2010) (Ginzburg et al., 2010) (Auxéméry, 2018). D'autres études montrent l'association d'un TSPT avec le diagnostic de trouble de la personnalité dont le taux est compris entre 30% et 79%. L'étude montre des taux de 47% avec le trouble de la personnalité évitante, de 46% pour la personnalité paranoïaque, et de 28 % pour la personnalité obsessionnelle compulsive (Prévalence des troubles de la personnalité chez les vétérans de combat souffrant de stress post-traumatique - Bollinger - 2000 - Journal of Traumatic Stress - Wiley Online Library, s. d.).

Une étude a montré une forte association entre le TSPT et le décès par suicide, les tentatives de suicides, les idées suicidaires ainsi que les suicides chez les anciens combattants. De plus, l'étude encourage l'identification et le traitement précoce des TSPT dans la prévention des suicides. (R et al., 2023)

Concernant la population militaire, les études montrent une prévalence plus importante du TSPT dans la population militaire qu'en population générale. Par exemple, 25% des militaires ayant participé à une guerre sont concernés par les TSPT (Millet et al., 2014) contre 5% à 12% dans la population générale. Ces données sont issues majoritairement d'études menées outre-Atlantique. Il est cependant difficile d'obtenir en France des données précises et actuelles

(Arvers & Vallet, 2006) sachant que plusieurs militaires préfèrent consulter dans le monde civil plutôt qu'au sein de leur institution par peur du jugement de la hiérarchie ou par peur de perdre leur emploi (Roullière-Le Lidec et al., 2016). En 2013, 900 cas ont été répertoriés par l'armée française (Lidec et al., 2015). Ces chiffres sont en deçà de la réalité. Aussi, une étude exploratoire rapporte une prévalence de 1.7% au retour d'Afghanistan dans deux régiments de l'armée de terre.(X et al., 2011).

Au sein des armées françaises, les troubles d'ordres psychiques et notamment en lien avec un état/trouble de stress post-traumatique (ESPT//TSPT) constituent la principale source des congés longue durée pour maladie (CDLM)(2. Projet de service SSA 2020.pdf, s. d.). Aussi, les phénomènes de stigmatisation restent bien présents chez les militaires. De nombreux militaires confrontés à des problèmes de santé mentale ne demandent pas d'aide. L'obstacle le plus fréquemment signalé à la recherche d'aide, est la préoccupation liée à la stigmatisation (Sharp et al., 2015) (V. Williamson et al., 2019). Cependant, malgré les difficultés pour d'obtenir des données chiffrées en France sur la prévalence des TSPT, cela reste une question d'intérêt premier pour le service de santé des armées (SSA) compte tenu des engagements divers et protéiformes des armées dans le monde. (Lecornu, s. d.).

2.3. Facteurs de risques

Les facteurs de risques dans le trouble de stress post-traumatique sont entendus comme des facteurs qui augmentent la probabilité de survenue d'un TSPT après l'exposition à un événement traumatisant. Certains individus sont donc plus vulnérables que d'autres au développement d'un TSPT. Il ne faut pas oublier que l'état de stress post-traumatique est quelque chose de complexe et résulte de l'interaction de différents facteurs (Auxéméry, 2012). Différentes études et méta-analyses se sont intéressées aux facteurs de risques du TSPT (Brewin et al., 2000) (Zohar et al., 2009).

Par conséquent et selon la littérature, il est admis que les individus ayant des troubles de la santé mentale sont plus susceptibles de développer un TSPT à la suite d'un événement traumatisant. Une certaine vulnérabilité génétique et environnementale est à noter dans les cas de troubles mentaux au sein de la famille.

De plus, les individus ayant vécu des expériences traumatisantes par le passé sont plus à risque de développer un TSPT, car l'exposition répétée à des événements stressants affecte les mécanismes d'adaptions biologique du corps humain. La sensibilité au stress en est accrue. La nature et la sévérité du traumatisme sont à prendre en compte, car le risque de développer un TSPT sera différent suivant les caractéristiques de l'évènement traumatisant. Par exemple, la durée et la fréquence d'exposition à des traumatismes constituent des facteurs de risques majeurs et notamment chez le militaire. Un autre facteur de risque de développer un TSPT est le niveau de soutien social de la personne. Plus il est élevé, plus cela représente un facteur protecteur. L'utilisation de stratégies d'adaptations pour gérer le stress, influence grandement le risque de développer un TSPT. Enfin divers facteurs individuels et biologiques peuvent influencer le développement du TSPT. Par exemple la réactivité physiologique diffère d'un individu à l'autre et influence l'apparition d'un TSPT si elle est élevée (Pitman et al., 2012). Aussi sur les facteurs génétiques et neurobiologiques, les variations génétiques inter-individuelles spécifiques notamment celles affectant les neurotransmetteurs peuvent moduler la réponse au stress et le risque de TSPT. Les facteurs génétiques seraient responsables de 30% de la variance de développer un TSPT avec un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) et une hypersensibilité du récepteur des glucocorticoïdes (GR) (Castro-Vale et al., 2016).

Par conséquent, le développement d'un TSPT résulte de l'interaction complexe de facteurs pré-traumatiques, traumatiques et post-traumatiques. A cela s'ajoutent des caractéristiques individuelles et biologiques.

2.4. Manifestation et symptômes

Les symptômes du TSPT peuvent être graves et persistants, engendrant une souffrance chez la personne. Ils se manifestent de diverses manières et affectent la qualité de vie et le fonctionnement quotidien des personnes touchées. Cette altération majeure de leur fonctionnement est reconnue sans lien avec une autre affection ou ne saurait être expliquée par la consommation de substance.

Classiquement, pour le diagnostic, le TSPT est accompagné d'une triade clinique qui est composée de symptômes de répétition, de manifestation d'évitement et d'une hyperactivité neuro-végétative.

Plus précisément, le syndrome de répétition est caractérisé par des reviviscences (répétition non volontaire de certains aspects sensoriels voir émotionnels de l'expérience traumatique) et des flashbacks (réaction dissociative pendant laquelle la personne agit ou se sent comme si l'évènement traumatique se reproduisait).

Concernant le syndrome d'évitement, ce dernier conduit pour la personne à éviter des stimulus externes (lieux, situations, personnes) ou internes (émotions, souvenirs, pensées) lié à l'évènement traumatique.

S'agissant de l'hyperactivation neuro-végétative, elle est marquée par des troubles du sommeil, une irritabilité et une hypervigilance. A cela, s'ajoute une altération négative des cognitions de l'humeur marquée par une amnésie traumatique, une difficulté à éprouver des émotions positives, ainsi que des problèmes de concentration.

Par conséquent, les symptômes du TSPT sont variés et peuvent affecter grandement la qualité de vie des personnes qui en souffrent. La triade clinique est donc marquée par des symptômes d'intrusion, d'évitement, d'altération négative des cognitions et de l'humeur, d'hypervigilance ou d'état d'excitation. A noter que les diverses manifestations cliniques sont complexes et propres à chacun (American Psychiatric Association, 2015).

2.5. Stratégie de prévention et traitement

Sur les stratégies de préventions et de traitements du TSPT, les approches actuelles associent des interventions préventives visant à réduire l'incidence du TSPT dans le milieu militaire et des interventions thérapeutiques pour en diminuer les symptômes.

Concernant le côté de la prévention, l'armée a compris que la préparation psychologique et la formation des militaires jouent un rôle important dans la prévention du TSPT et plus largement sur la gestion des émotions et du stress. Dans la formation continue du soldat, différentes interventions sont mises en place sur la gestion du stress et sur la cohésion du groupe afin de leur donner des clés pour pouvoir s'adapter au mieux à leurs déploiements.

A la suite d'un évènement traumatisant, le développement d'interventions précoces a pour but de prévenir la survenue de stress aigu et de TSPT. Il s'agit notamment de débriefing psychologique, de l'accès à un psychiatre ou d'une ligne téléphonique « écoute défense ».

S'agissant des traitements thérapeutiques, la thérapie cognitive et comportementale (TCC) est une approche couramment utilisée et s'avère efficace pour le traitement du TSPT. Les TCC aident les personnes à identifier et à modifier les pensées et les comportements associés à l'évènement traumatisant. Les TCC incluent notamment des techniques de thérapie d'exposition prolongées qui permettent aux individus de s'exposer à des souvenirs traumatiques dans un environnement sécuritaire et sécurisant pour améliorer la gestion de leurs symptômes et de leur qualité de vie (Powers et al., 2010).

De plus, les thérapies basées sur la pleine conscience afin de se concentrer sur le moment présent et à accepter les pensées et émotions sans jugement se sont montrées prometteuses sur des vétérans de guerre (Kearney et al., 2012).

Les interventions pharmacologiques sont utilisées en complément et pas en première intention. Principalement les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) tels que la paroxétine, le sertraline, le fluoxétine ou encore la venlafaxine sont prescrits bien que leur efficacité peut varier. Les antipsychotiques de seconde génération voire des stabilisateurs de l'humeur peuvent être également utilisés pour traiter des symptômes spécifiques ou résistants, mais jamais en première intention en l'absence de symptômes psychotiques (Approches_pharmacologiques_SSPT_12.10.23.pdf, s. d.).

Une étude de 2015 a montré que la thérapie par réalité virtuelle pouvait être efficace pour réduire les symptômes du TSPT chez des soldats, en particulier lorsqu'elle est combinée avec des approches classiques de TCC (Masson, s. d.).

Ainsi, les stratégies de prévention et de traitement sont variées. Le traitement de première intention est la psychothérapie centrée sur le traumatisme associée à des mesures telles que la psychoéducation du trouble ou la stabilisation du contexte psychosocial.

Aussi et malgré le diagnostic de TSPT, il est courant que de nombreuses personnes ne reçoivent pas de soins et de traitements. Bien que le TSPT puisse se résoudre sans traitement,

plusieurs obstacles peuvent expliquer le fait que certaines personnes ne reçoivent pas de traitement comme les phénomènes de stigmatisations qui sont nombreux ou encore les différents obstacles liés à l'accès aux traitements et à leur efficacité.

3. L'impact du Trouble de Stress Post Traumatique sur les occupations et le rôle de l'ergothérapie

Parmi les modèles conceptuels utilisés en ergothérapie, le modèle canadien (3.1) est intéressant pour la compréhension et la lecture de l'impact du TSPT dans la vie quotidienne des militaires et notamment sur leur participation occupationnelle (3.2). Le modèle canadien permet aussi de mieux saisir le rôle de l'ergothérapeute (3.3) et les interventions proposées dans l'accompagnement de ce trouble (3.4). De plus la mesure canadienne du rendement occupationnel, outil du modèle, permet une approche centrée sur la personne (3.5).

3.1. Le Modèle canadien de la participation occupationnelle

L'utilisation des modèles théoriques est courante et notamment dans les sciences humaines. La définition d'un modèle est difficile, car il pourrait exister une myriade de significations derrière ce mot. Non loin de la définition de Saint-Augustin du temps, un modèle est entendu comme une représentation d'un ensemble d'idées et de paradigmes relatif à un domaine.

En ergothérapie, Marie-Chantal Morel-Bracq propose la définition suivante : « un modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique (Morel, 2017). Les modèles aident alors les ergothérapeutes à « regarder le réel » et permet « une organisation de pensée, d'évaluation et d'intervention » (Morel, 2017).

Parmi les modèles spécifiques en ergothérapie, il y a le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO). Le but est d'aider les individus à avoir accès, à initier et à maintenir leur participation occupationnelle. Le MCPO ne peut être compris qu'au travers d'une perspective historique. Il s'inscrit dans la droite ligne des modèles canadiens depuis 1983 avec le modèle du rendement occupationnel. Le MCPO est donc la dernière version des modèles canadiens créée en 2022.

Le MCPO met l'accent sur la participation occupationnelle et permet d'explorer comment une personne peut être aidée afin de reprendre les occupations importantes pour elle malgré des obstacles liés à des troubles tels que le TSPT.

Le MCPO intègre également des perspectives élargies sur la diversité des environnements sociaux et culturels, ce qui le rend particulièrement pertinent pour des populations spécifiques, telles que les militaires, qui ont des besoins et des contextes de vie singuliers. De plus, le MCPO supprime la catégorisation des activités telle qu'elle a été connue dans les modèles précédents. En effet, les catégories d'activités dites de « soins personnels, de productivité et de loisir » sont supprimées. Cela enlève l'idée qu'il y aurait alors une catégorie exhaustive d'activités à faire et à évoquer avec les patients. Il y a en effet des activités que les individus voudraient et doivent faire qui ne correspondent pas réellement à cette catégorisation. Cette approche-là me semble plus convenir pour des militaires qui ont des particularités de vie de par leur métier. Cela permet de mieux s'adapter à leur envie et de mieux comprendre leurs problématiques de participation occupationnelle et d'engagement en échappant à un groupe générique d'occupations regroupées dans les activités de production, de loisirs, et de soins personnels. Certaines occupations des militaires ne rentrent que difficilement dans la catégorisation précédente.

3.2. Participation occupationnelle du militaire

La participation occupationnelle est un concept central en ergothérapie. Elle s'intéresse à ce que la personne veut et doit faire et par conséquent aux occupations qui sont importantes pour la personne. L'ergothérapeute est alors là pour trouver les moyens, en collaboration avec la personne, de refaire les activités signifiantes et significatives de la personne.

Le TSPT affecte cette participation et limite l'engagement du militaire dans ses activités. L'amélioration de la participation occupationnelle des militaires souffrant de TSPT représente un objectif important en ergothérapie. Elle permet de redonner aux patients un sentiment de compétence et d'autonomie, en facilitant leur retour à des activités significatives en insistant sur leur potentiel. En soutenant leur engagement dans des occupations choisies et valorisées, l'ergothérapeute contribue alors à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être.

3.3. Rôle de l'ergothérapeute dans le trouble de stress post traumatique du militaire

L'ergothérapeute a pour rôle de soutenir les militaires atteints de TSPT en facilitant leur engagement dans des occupations significatives. Grâce à une approche centrée sur la personne, l'ergothérapeute aide les militaires à surmonter les conséquences négatives du TSPT sur leur vie quotidienne.

En collaboration avec le militaire, l'ergothérapeute précise les besoins spécifiques, les intérêts et les objectifs de l'accompagnement. Les ergothérapeutes sont plus à même de saisir la complexité des problématiques vécues par les militaires (ACE, 2012).

3.4. L'intervention de l'ergothérapeute dans le TSPT du militaire

Les effets et symptômes du TSPT peuvent être nombreux et toucher par conséquent plusieurs aspects de la vie du militaire (Lacerte et al., 2017). Cependant, il existe peu de littérature sur les interventions en ergothérapie et leur efficacité auprès des militaires ayant un TSPT (Edgelow et al., 2019). Toutefois, les interventions en ergothérapie peuvent être orientées autour de plusieurs domaines (Craik, s. d.). Par exemple offrir aux militaires des interventions visant à comprendre leurs expériences traumatisantes, des interventions visant à amener les militaires à demander de l'aide ou encore le travail et l'acquisition d'habiletés d'auto-gestion des symptômes du TSPT afin de favoriser une résilience et une meilleure participation occupationnelle. Dans le cadre de la prise en charge du TSPT, la collaboration avec d'autres professionnels de santé tels que des psychologues afin de mener des psychothérapies, a montré des résultats positifs sur l'optimisme et l'engagement notamment (Richardson et al., 2011). Plus précisément, les séances d'ergothérapies peuvent être structurées autour de la détermination d'objectifs, de mise en situation, des jeux de rôles, de l'exposition à des stimulus ou situations (Blount et al., 2014). De plus, la participation à des activités altruistes favorise la guérison car les militaires agissent en tant qu'agent du changement (Silver, 2007) (Edgelow et al., 2019).

3.5. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel : un outil centré sur la personne

La prise en charge en ergothérapie du militaire souffrant de TSPT peut s'envisager en suivant un modèle conceptuel. Dans ce mémoire, la perspective du MCPO a été choisie et ce d'autant plus que la prise en soin peut s'appuyer sur son outil. En effet, la Mesure Canadienne du Rendement occupationnel (MCRO) correspond à l'outil du MCPO présenté précédemment. C'est un outil d'évaluation utilisé en ergothérapie pour comprendre les besoins et les priorités du patient (Morel-Bracq, 2009). La MCRO tient compte des perceptions et des objectifs de la personne. Elle favorise une alliance thérapeutique, car elle permet au soignant de mieux comprendre la vie du patient et de saisir les perspectives de participation occupationnelle et de ce dernier. Cet outil, centré sur la personne, permet aux militaires atteints de TSPT de définir des objectifs de réadaptation qui correspondent à leurs priorités personnelles. (Law et al., 1990) (Caire, 2008) (Caire, Poriel, 2023).

L'utilisation de la MCRO dans l'accompagnement des militaires permettrait alors de faciliter l'intervention de l'ergothérapeute en fixant avec le patient les objectifs. La MCRO permettrait également de structurer l'intervention de l'ergothérapeute en mettant l'accent sur la compréhension et l'amélioration de la participation occupationnelle. En utilisant cet outil, l'ergothérapeute serait plus à même de saisir les obstacles spécifiques à ladite participation occupationnelle.

La passation de la MCRO se divise en plusieurs étapes. Il s'agit d'un entrevu et d'une cotation.

- Identification des problématiques de rendement occupationnel
- Cotation de l'importance des problématiques identifiées (sur 10 points)
- Etablissement par le patient de 5 difficultés les plus importantes à traiter, puis auto-évaluation du rendement actuel et de la satisfaction eu égard à ce rendement (sur 10 points)
- Réévaluation du rendement et de la satisfaction après l'accompagnement en ergothérapie

(« Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) - Canadian Occupational Performance Measure (COPM) », s. d.)

Depuis les essais pilotes de la MCRO en 1994 (Law et al., 1994), cette dernière s'est largement développée dans la pratique clinique et dans la recherche (Carswell et al., 2004a). La MCRO est une mesure fiable et valide (Carswell et al., 2004a) (McColl et al., 2023). Un changement de minimum deux points montre alors un changement cliniquement significatif (Law et al., 2014).

D'autres études ont montré que la MCRO était sensible aux changements au niveau du rendement occupationnel (ACE, 2014). De plus, la MCRO permet une certaine flexibilité et une certaine adaptabilité à différentes situations et contextes. Une étude de 2022 (Caire et al., 2022) a montré que l'utilisation de la MCRO avait une influence positive dans la prise en charge des patients en France car il s'agit d'un outil fiable pour définir les problèmes occupationnels et établir des objectifs centré sur le patient.

Ainsi, si la MCRO s'est bien implantée dans le paysage de la pratique en ergothérapie en général, il y a bien des domaines où son utilisation n'a pas encore été bien documentée. C'est le cas pour les militaires souffrant de TSPT. D'où l'intérêt du sujet de cette recherche.

Une étude a montré que la MCRO pouvait être appliquée de manière fiable à des adultes taiwanais atteints de troubles psychiatriques. Cette étude a aussi montré que la MCRO était utile pour identifier des informations sur le rendement occupationnel des patients qui ne pouvaient pas être recueillis ailleurs avec d'autres outils. (Pan et al., 2003). De plus, dans le domaine de la santé mentale, la MCRO favorise la participation occupationnelle et la reprise des rôles de la personne dans une pratique orientée vers le rétablissement (Kirsh & Cockburn, 2009). Elle s'avère être un outil efficace dans le domaine de la santé mentale (Carswell et al., 2004b) (Parker & Sykes, 2006).

Par conséquent, la partie théorique a montré que le TSPT est une pathologie dont la prévalence est plus importante chez les militaires qu'en population générale. D'ailleurs, le nombre de cas répertoriés de TSPT chez les militaires est vraisemblablement sous-estimé du fait des préjugés et du phénomène de stigmatisation lié aux troubles de la santé mentale. Ces obstacles poussent donc les militaires à ne pas consulter et à retarder leur prise en charge.

Les manifestations et symptômes du TSPT peuvent être nombreux et impacter plusieurs domaines de la vie du militaire. Les symptômes peuvent être à l'origine d'un déséquilibre

occupationnel chez les militaires, car leur participation à certaines de leurs activités sont perturbées. S'ensuit une diminution de la qualité de vie subjective ainsi qu'une perte d'identité occupationnelle.

L'ergothérapeute semble alors être dans une position idéale pour accompagner les militaires souffrant de TSPT. Le MCPO vise alors à permettre l'engagement et la participation occupationnelle dans les activités. L'accompagnement en ergothérapie s'articule autour de l'équilibre occupationnel et notamment sur l'engagement dans des activités significatives.

A travers l'outil du MCPO, la MCRO permet de comprendre les besoins et priorités des patients. La MCRO est donc centrée sur la personne et facilite la prise en charge en ciblant les objectifs que le patient souhaite travailler. Par conséquent, l'utilisation de la MCRO serait pertinente dans le contexte d'un accompagnement du militaire souffrant de TSPT. La problématique de ce mémoire est donc la suivante : **dans quelles mesures l'utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes pourrait-elle influencer la participation occupationnelle des militaires souffrant de TSPT ?**

Deux hypothèses de recherche ont été formulées afin de répondre à la problématique :

- L'utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes améliore la participation occupationnelle des militaires souffrant de TSPT, en permettant d'identifier les occupations significatives et de cibler les valeurs personnelles. Cela contribue à renforcer leur capacité à éprouver de la signifiante dans leurs occupations.
- La MCRO ne prenant pas suffisamment en compte le récit de vie et les événements marquants des militaires souffrant de TSPT, limite la compréhension globale de l'impact du trouble sur leur participation occupationnelle.

PARTIE 2 : CADRE EXPLORATOIRE

Après avoir présenté la méthodologie choisie, les résultats seront présentés. Par la suite, les données expérimentales feront l'objet d'une confrontation avec les données théoriques et les hypothèses de recherche vue précédemment. Une conclusion soulignera la portée et l'apport de ce travail d'initiation à la recherche.

1. Choix méthodologique

Afin de répondre à la problématique de recherche, l'approche qualitative a été retenue (1.1). Cette démarche s'inscrit dans une approche hypothético-déductive (1.2), dans la mesure où des hypothèses ont été formulées à partir du cadre théorique existant. Enfin, la méthode de l'entretien s'est imposée comme la plus pertinente pour recueillir les données (1.3).

1.1 Démarche qualitative

Historiquement, l'approche quantitative s'est pendant longtemps opposée à une approche qualitative dans la recherche. En effet, la recherche dans le domaine médicale s'est fortement construite suivant le paradigme d'une approche quantitative où seule la preuve statistique était valable. L'essor de l'Evidence Based Medicine (EBM) ou encore de l'essai clinique randomisé (ECT) aurait pu occulter le rôle complémentaire d'une démarche qualitative.

Cependant, dès les années 1970, l'approche qualitative tend à se développer dans le milieu médical, cahin-caha. La recherche qualitative correspond à « tout type de recherche qui produit des données qui ne sont pas issues de procédures statistiques ou d'autres moyens de quantification (Glaser, Strauss, 1967). « La recherche qualitative cherche à comprendre, elle ne cherche pas à mesurer » (Morel Bracq, 2016).

Aujourd'hui, les études et la recherche qualitative s'appuient sur diverses méthodes afin de trouver une rigueur et une légitimité scientifique. Les approches quantitatives et qualitatives sont complémentaires. En l'espèce, l'objectif est d'explorer les perceptions, les pratiques ainsi que les expériences des ergothérapeutes concernant l'accompagnement des militaires souffrant de TSPT. De ce fait, une approche qualitative semble pertinente pour atteindre les objectifs initiaux de notre recherche.

1.2 Approche hypothético-déductive

Ce travail de recherche s'apparente à une approche dite hypothético-déductive. En effet, la partie conceptuelle a permis d'acquérir différentes données scientifiques et cliniques sur lesquels la problématique s'est construite. Des hypothèses de recherches ont été alors formulées. Par conséquent, les entretiens et leurs analyses permettront de confirmer les hypothèses ou bien de les réfuter (Corbière, 2020).

1.3. Entretien

Le choix de la méthode pour répondre à la question de recherche revêt une importance particulière. Par conséquent, la méthode des entretiens individuels semble particulièrement adaptée pour recueillir différentes données à visée qualitative.

En effet, l'entretien est « une méthode donnant un accès direct à la personne, à ses idées ou représentations où elle peut décrire ses expériences et son contexte de vie » (Tétreault, Guillez, 2013). Plus encore, « l'entretien individuel permet de saisir le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites, de les comprendre en profondeur ou encore d'en apprendre davantage sur un objet donné » (Baribeau, Royer, 2012).

Cette méthode permettra d'approfondir le vécu expérientiel des ergothérapeutes. En somme, c'est une invitation à la pensée complexe (Morin, 2005) où la perception des ergothérapeutes sur la pertinence et les limites de la MCRO sur la participation occupationnelle du militaire sera explorée. L'entretien est donc une rencontre et s'inscrit comme « un espace de co-construction » (Kaufman, 1996) entre le discours de la personne et l'enquêteur qui met en lien les échanges avec la problématique de départ.

L'entretien peut se présenter sous plusieurs formes. Entretiens libres, directifs ou semi-directifs. L'entretien libre s'assimile à une conversation informelle sur un sujet avec une question de départ sur le thème à aborder permettant au participant de développer sa réflexion. Les relances et reformulations sont possibles. L'entretien semi-structuré s'appuie sur un guide d'entretien avec une série de questions ouverte permettant plusieurs relances et formulations.

L'entretien directif sous-entend des réponses courtes ou fermées où la formulation des questions suit un ordre à respecter. Le consentement de la personne interrogée doit-être recherché en lui expliquant l'objectif et le but de l'entretien. Aussi, les droits de l'interlocuteur doivent lui être exposés.

2. Recueil de données

Cette section vise à expliciter les conditions du recueil des données. Nous reviendrons tout d'abord sur les dispositions prises pour garantir l'objectivité de la recherche (2.1), puis nous préciserons les considérations éthiques appliquées tout au long du processus (2.2). Enfin, il s'agira de présenter le guide d'entretien utilisé pour structurer les échanges avec les participants (2.3).

2.1 Objectivité de la recherche

Par définition, il existe une tension entre subjectivité et objectivité dans la recherche qualitative. Néanmoins, la reconnaissance des biais potentiels, la réflexivité et l'utilisation de stratégies méthodologiques permettent de construire une recherche éthique et rigoureuse.

Afin d'améliorer la validité et la rigueur d'une recherche qualitative, une étude (Mays & Pope, 2000) propose différentes procédures et principes à respecter. Il convient de revenir sur quelques-uns de ces principes qui nous semblent importants dans le cadre de cette étude.

Le critère de la fiabilité de l'étude doit être démontré par la description détaillée de la méthode choisie pour la réalisation de la recherche. De plus, le guide d'entretien doit exposer les thèmes développés et au moins un verbatim ou alors des extraits doivent être mis à disposition du lecteur.

Le critère de la transférabilité doit questionner le chercheur sur la transposition des hypothèses à des contextes similaires sans pour autant parler de généralisation des résultats.

Enfin, le critère de la réflexivité qui n'est pas sans rappeler l'œuvre de Bourdieu (Bourdieu, 2022) s'avère non négligeable notamment en recherche qualitative et au vu du sujet de cette recherche. Il s'agit de penser la place du chercheur vis-à-vis de son sujet et de prendre en compte les a priori de départ. Au cours de la recherche, les données divergentes doivent être prises en compte et intégrées à l'analyse.

Par exemple, ma proximité avec le milieu militaire constitue une richesse, mais également un défi en matière d'objectivité. Mon expérience me permet une certaine compréhension des besoins des militaires et des enjeux.

Cependant, il est essentiel de reconnaître que cette proximité peut introduire des biais dans l'interprétation des résultats, car inhérent à mes propres perceptions et expériences. L'interprétation des résultats représente aussi un enjeu de l'approche qualitative de par le paradigme constructiviste dont elle dépend historiquement.

Il est judicieux également d'être conscient des préjugés, des clichés et des stéréotypes qui peuvent être associés au milieu militaire et aux armées. En effet, la population choisie pour cette recherche peut faire l'objet de plusieurs réactions positives comme négatives. Ces réactions s'inscrivent dans un spectre relativement large, allant d'un antimilitarisme latent hérité de l'après-Mai 68 à un consensus autour de la défense, en passant par les objections de conscience et le pacifisme. Par conséquent, il est important d'avoir à l'esprit les différentes dynamiques de pensée d'une société qui peuvent être sources de préjugés. Il faut alors une certaine distance vis-à-vis de tous ces éléments pour garantir une objectivité de la recherche. D'ailleurs et selon le philosophe de Hans-Georg Gadamer, nos expériences passées forment des « horizons de préjugés » qui influencent notre compréhension du monde. Ainsi, ce n'est qu'en dialoguant avec les préjugés que l'on peut parvenir à une compréhension de la réalité (Gadamer, 1996).

2.2 Ethique de la recherche

Il est important de souligner qu'outre la question de l'objectivité de la recherche, la question de l'éthique est incontournable et ne peut être ignorée. Cette dernière ne concerne pas uniquement le rapport aux participants, mais elle s'intéresse aussi à la place du chercheur. La dimension éthique joue donc un rôle central et plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'explorer des expériences professionnelles en lien avec une population vulnérable.

Premièrement, la recherche médicale est sujette à diverses obligations légales. Plus précisément, la loi Jardé définit et organise le cadre des recherches impliquant la personne humaine (RIPH). Notre étude vise le recueil de données par l'intermédiaire d'entretiens de professionnels de santé et non directement des patients. Ainsi, aucun patient n'est directement impliqué et aucune intervention n'est réalisée. Par conséquent, la loi Jardé ne s'applique pas en l'espèce.

Néanmoins, une attention particulière a été portée au respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) en vigueur depuis le 25 mai 2018 au sein de l'Union européenne (UE). Il s'agit d'un texte réglementaire qui encadre le traitement des données.

A cela, s'ajoutent divers principes éthiques qu'il convient de respecter dans le cadre de cette recherche. Issue des travaux de Beauchamp et Childress (1979), l'éthique de la recherche s'appuie notamment sur le respect de plusieurs principes (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice). De plus, certains principes en éthique de la recherche sont considérés comme fondamentaux. Selon les travaux de Van Der Maren (Van Der Maren, 2014), les principes fondamentaux sont :

- La recherche du consentement libre et éclairé
- Le respect de la dignité du sujet
- Le respect de la vie privée et de la confidentialité

Ainsi, dans ce mémoire d'initiation à la recherche, le consentement libre et éclairé des participants a été recherché. La confidentialité des données, l'anonymat et les droits des participants ont été rappelés. De plus, aucune question susceptible de causer un inconfort ou un préjudice psychologique ou professionnel n'a été posée. Les participants ont été sélectionnés selon des critères préétablis clairs et transparents.

Enfin, pour structurer davantage cette réflexion éthique autour de ce travail d'initiation à la recherche, il est pertinent de s'appuyer sur la classification proposée par Guillemin et Gillam (2004) qui distingue trois niveaux dans l'éthique : macro-éthique, méso-éthique et micro-éthique (Éthique, réflexivité et « moments éthiquement importants » dans la recherche - Marilys Guillemin, Lynn Gillam, 2004, s. d.). Ces trois niveaux sont en relation et interagissent ensemble. Il existe, par conséquent, une transversalité de fait entre ces trois dimensions de l'éthique.

La macro-éthique concerne les principes généraux et réglementaires qui encadrent la recherche en sciences humaines et sociales. Elle se rapporte aux principes fondamentaux de Van der Maren (2014) vus ci-dessus. En effet, ce sont les normes institutionnelles, les réglementations légales et les principes fondamentaux du respect des participants. En l'espèce, cela se traduit notamment par la recherche d'un consentement libre et éclairé des

participants et par l'anonymisation et la confidentialité des informations recueillies. Les principes de bienfaisance et de non-malfaisance se retrouvent ici également.

Concernant le niveau méso-éthique, il correspond aux enjeux éthiques propres au terrain de recherche et au contexte étudié. La méso-éthique s'intéresse notamment au rôle du chercheur dans la relation avec les participants et aux spécificités du milieu étudié. La méso-éthique me semble importante, car ce travail de recherche porte sur les expériences des ergothérapeutes à propos d'une population spécifique et vulnérable. En effet, le contexte militaire est marqué par une singularité et une culture institutionnelle forte où la blessure psychique peut faire l'objet d'une stigmatisation.

Enfin, la micro-éthique fait référence aux décisions éthiques en temps réel, c'est-à-dire lors de l'interaction avec les participants. La micro-éthique s'intéresse notamment à la gestion des émotions, à la posture du chercheur et plus largement à la manière dont le chercheur conduit un entretien par exemple. En l'espèce, mon expérience et mon passé peuvent influencer les interactions avec les participants et il est donc important d'être attentif aux biais potentiels en clarifiant mon rôle et mes intentions dès le début. Une écoute active et bienveillante est également nécessaire pour ne porter aucun jugement ni interprétation hâtive.

Cette classification de l'éthique en trois niveaux permet de prendre en compte toutes les dimensions de l'éthique afin de renforcer une conduite rigoureuse et respectueuse de notre recherche. Les biais potentiels sont minimisés et la qualité des données recueillies est optimisée, autant que faire se peut. Cette étude s'inscrit alors dans une démarche qualitative réfléchie et conforme aux standards.

2.3 Guide d'entretien

Dans le cadre de ce travail de recherche, l'entretien semi-directif a donc été retenu. Ce dernier permet de proposer différentes questions ouvertes ou fermées à l'interlocuteur. L'entretien semi-directif n'est ni entièrement ouvert, ni entièrement fermé et laisse place à une certaine liberté. En effet, le cadre est relativement souple et permet d'approfondir les différents thèmes y compris les thèmes nouveaux, amenés au fil de l'échange. Avec la méthode de l'entretien, « l'accès direct à la personne » est privilégié (Tétreault, 2014).

S'agissant de l'entretien semi-directif, un guide d'entretien doit être réalisé où plusieurs questions portant sur le sujet sont déterminées en amont. Les questions du guide d'entretien sont en lien avec les aires d'explorations souhaitées et doivent respecter un principe de neutralité pour ne pas induire les réponses. En effet, il sera souvent difficile de se détacher du paradigme positiviste classique de la recherche quantitative. Cependant, la première question de l'entretien sera une question ouverte où l'approche relationnelle est privilégiée afin de briser la glace. Au fur et à mesure, les questions se resserrent autour des thématiques à aborder. La flexibilité de ce type d'entretien est donc très intéressante et permet de réorienter la discussion si les réflexions s'écartent du sujet initial.

Enfin, « l'utilisation d'un tel procédé est justifiée lorsque l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience du praticien (Kohn, Christiaens, 2014). Par conséquent, l'entretien semi-directif semble être un outil intéressant afin de récolter les données nécessaires à ce travail de recherche. Le guide d'entretien a été testé en amont afin de vérifier plusieurs critères et variables importantes à prendre en compte lors de l'entretien. L'attention a été portée particulièrement sur : le niveau de langage, la longueur et la bonne compréhension des questions, les alternatives possibles en cas de questions complexes, les biais potentiels dans les questions posées ou encore sur la protection du répondant.

Il convient désormais de détailler le guide d'entretien utilisé dans le cadre du recueil des données. A l'aide de la partie conceptuelle et théorique, plusieurs grandes questions ont émergé avec la volonté d'explorer la réalité clinique de la pratique professionnelle. Au fur et mesure, plusieurs thèmes sont apparus.

Pour privilégier la récolte d'un maximum d'informations sur le sujet et afin de garantir une liberté de parole aux personnes interrogées, le guide d'entretien s'est appuyé largement sur des questions ouvertes. Les questions ont été formulées de manière à ne pas influencer les réponses en retour.

Par conséquent, le guide d'entretien s'articule autour de 13 questions suivant 4 grands thèmes. Ces derniers respectent une suite logique en étant classés du plus large au plus ciblé. Néanmoins, ces questions servent avant tout de trame au dialogue et la formulation des questions ne se doit pas forcément d'être suivie, car le cadre est souple et la dynamique de l'entretien doit être recherchée.

Le guide d'entretien est composé d'abord d'une partie contextuelle afin de présenter l'objectif de l'entretien et son déroulement. Les premières questions sont d'ordre général et permettent d'en savoir plus sur le participant et son parcours professionnel.

La deuxième partie s'intéresse à l'impact de la MCRO sur la participation occupationnelle. Les différentes questions de cette partie permettent d'illustrer la réalité du terrain.

La troisième partie de l'entretien porte sur les limites de la MCRO dans la compréhension globale du TSPT. Les questions explorent notamment les difficultés perçues.

La quatrième partie évoque les suggestions quant à l'amélioration de la MCRO. Enfin, l'entretien se termine par une question ouverte afin d'ajouter tout commentaire ou réflexion que les participants souhaiteraient ajouter.

3. Echantillonnage

Après avoir présenté la méthodologie, il convient d'aborder la question l'échantillonnage. Ce dernier désigne le processus de sélection des participants en fonction de leur pertinence pour répondre à la question de recherche. Cette sélection des participants ne vise pas la représentativité statistique, mais plutôt la pertinence des individus choisis pour approfondir la compréhension de la problématique. En l'espèce, un échantillonnage raisonné a permis de recruter des participants présentant des caractéristiques spécifiques. Ainsi, nous préciserons d'abord les modalités de sélection des participants (3.1), puis nous aborderons les conditions de la prise de contact (3.2), avant de décrire le déroulement des entretiens (3.3).

3.1 Modalités de sélection

Les participants ont été sélectionnés pour leur expertise dans l'accompagnement de patients militaires souffrant de TSPT. En effet, leurs connaissances et leurs exercices spécifiques constituent un intérêt non-négligeable pour répondre à la problématique.

Plusieurs critères de sélection ont été établis pour garantir la pertinence des résultats. Les critères d'inclusion regroupent :

- Ergothérapeutes diplômés d'état
- Ergothérapeute ayant une expérience dans la prise en charge de patients militaires souffrant de TSPT.
- Ergothérapeute ayant une expérience d'utilisation de la MCRO.

Les critères d'exclusion étaient :

- Ne pas être ergothérapeute diplômé d'état
- Ne pas avoir d'expérience dans la prise en charge de patients militaires souffrant de TSPT.
- Ne pas avoir d'expérience dans l'utilisation de la MCRO.

3.2 Prise de contact

Ce travail de recherche étant orientée sur une analyse des pratiques professionnelles, l'identification et la sélection des participants se sont réalisées de manière méthodique.

Pour ce faire, plusieurs stratégies ont été mises en place afin d'assurer un contact avec des ergothérapeutes répondants aux critères d'inclusions. Dans un premier temps, le réseau professionnel et académique a constitué une première voie d'exploration. En effet, grâce aux relations établies pendant le cursus de formation ainsi qu'à mes expériences de stages, des ergothérapeutes susceptibles de rentrer dans les critères ont pu être identifiés.

En parallèle, des sollicitations par mails ont été envoyées dans plusieurs structures. Par conséquent, des hôpitaux militaires, des centres de réhabilitation en santé mentale ainsi que des cliniques au Canada ont été contactés afin d'identifier de potentiels participants.

Une fois le contact des ergothérapeutes obtenu, un mail a été envoyé afin d'officialiser la demande de participation. Ce mail exposait notamment le sujet du mémoire, les objectifs ainsi que les modalités pratiques de l'entretien et les garanties offertes aux participants en matière de confidentialité, d'anonymisation des données et de droit de retrait.

3.3 Déroulé des entretiens

De par les contraintes géographiques, temporelles et institutionnelles, les entretiens se sont déroulés par téléphone. Les craintes liées à la récolte des données en distanciel sont légitimes, sachant que les entretiens en présentiel donnent souvent accès à des éléments qui permettent d'approfondir davantage les réflexions et facilitent la relation de confiance et la « compréhension de l'autre » (Savoie-Zajc, 2009).

Cependant, les résultats des entretiens en présentiel et les résultats des entretiens en distanciel ne différaient que très peu (Napoli, 2022). Ainsi les échanges organisés autour de la grille d'entretien permettent de récolter les mêmes données quand bien même le mode d'interaction soit en distanciel.

4. Analyse des données

La présente section expose la démarche analytique adoptée pour traiter les données recueillies. Elle débute par une présentation de l'analyse de contenu thématique en tant que méthode d'interprétation des entretiens (4.1), avant de détailler le processus d'analyse mis en œuvre (4.2).

4.1 Analyse du contenu thématique

Pour rappel, une approche qualitative a été adoptée afin de répondre à la problématique de ce mémoire. Les données ont été recueillies à travers des entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes permettant d'explorer leurs perceptions et leurs pratiques concernant l'utilisation de la MCRO.

L'analyse des données a été conduite selon une méthode d'analyse du contenu, car il s'agit d'une méthode au large consensus (Bardin, 2013). Cette méthode propose un cadre rigoureux pour analyser de façon approfondie des récits présentant à la fois de la complexité et une certaine richesse de contenu (Marquet et al., 2022).

Il existe plusieurs méthodes d'analyse de contenu, mais trois approches sont souvent citées en recherche. L'analyse de contenu thématique (ACT) est apparue comme la plus pertinente en l'espèce.

Initialement développée par Clarke et Braun, cette méthode (Clarke, Braun, 2006) est reconnue pour sa flexibilité et sa pertinence dans l'exploration des expériences subjectives. L'analyse thématique permet de dégager des thèmes récurrents à partir des réponses des participants. Les thèmes identifiés sont alors liés aux hypothèses de recherche, mais laissent également place à l'émergence de nouvelles perspectives non anticipées. En somme, l'ACT consiste à procéder « systématiquement au repérage des thèmes abordés dans un corpus » (Paillé & Mucchielli, 2021). Cette approche qualitative est particulièrement adaptée à la problématique explorée, car elle permet de relier les perceptions des ergothérapeutes à des concepts théoriques sur la participation occupationnelle et l'utilisation de la MCRO dans la prise en charge des militaires souffrant de TSPT.

4.2 Processus d'analyse des données

Dans cette méthode d'analyse de contenu thématique, plusieurs étapes doivent être respectées pour garantir une analyse rigoureuse des données recueillies (Maguire & Delahunt, 2017) (Marquet et al., 2022).

Classiquement, la première étape consiste en une lecture approfondie des transcriptions des entretiens afin de dégager des idées initiales ou des concepts récurrents. Les entretiens ont été retranscrits selon une approche épurée, également appelée verbatim reformulé. Cette méthode consiste à conserver les propos du participant, tout en supprimant les hésitations et répétitions qui n'apportent pas d'information supplémentaire à l'analyse (Bailey, 2008) (Rioufreyt, 2016). Ainsi, la retranscription épurée permet de préserver le sens du discours tout en garantissant une meilleure lisibilité et une analyse plus fluide. Cette approche est couramment utilisée en recherche qualitative, notamment lorsqu'il s'agit d'explorer des expériences et perceptions professionnelles (Paillé & Mucchielli, 2021).

Les premières explorations du corpus nous ont amenées à examiner chaque entretien de manière individuelle. Cette étape de familiarisation est parfois désignée comme « lecture flottante » selon Bardin (2013). Cette dernière vise à s'imprégner des éléments du discours pour en saisir les premières impressions. En l'espèce, cette phase a permis d'identifier des idées récurrentes. Aucune grille d'analyse préétablie n'a été appliquée à ce stade afin d'avoir une exploration libre des données. Cette approche garantit que l'interprétation des résultats ne soit pas biaisée par une structure trop rigide.

Ensuite, chaque transcription doit être analysée pour repérer des segments de texte pertinents. C'est la phase de codage des données. En l'espèce, une approche mixte a été adoptée. En effet, le codage réalisé et utilisé pour l'élaboration des codes thématiques s'apparente à un codage préalable dit conceptualisé. Le codage conceptualisé consiste à établir une liste de thèmes basés notamment sur la partie théorique de ce mémoire (Miles & Huberman, 2003). Ainsi, le codage conceptualisé permet de structurer l'interprétation des données en lien avec les concepts abordés dans la partie théorique. In fine, une certaine cohérence est assurée entre la partie théorique, les hypothèses et l'analyse de résultats.

Conscient des limites du codage conceptualisé, les modalités d'un codage inductif ou plutôt d'un codage mixte/générique ont été admises. L'approche mixte retenue s'inscrit dans les recommandations de Miles et Huberman (2014), qui soulignent l'intérêt de croiser induction et déduction afin d'assurer à la fois profondeur d'analyse et ancrage théorique. En effet, de nouveaux thèmes peuvent être ajoutés à la liste préalablement établie. Par conséquent, cette approche du codage permet une certaine souplesse. Des thèmes sont alors prédéfinis en amont, mais la possibilité d'un apport ou de l'émergence de nouveaux thèmes existent et est admise (Paillé & Mucchielli, 2021).

Une fois les segments de texte codés, ils ont été regroupés en divers thèmes pour faciliter l'organisation et la synthèse des résultats. Ces thèmes évoquent les préoccupations centrales des ergothérapeutes concernant l'usage de la MCRO auprès des militaires souffrant de TSPT.

Enfin, les différents thèmes seront analysés à la lumière des hypothèses et des concepts théoriques. Des citations verbatim sont utilisées pour illustrer les résultats.

5. Résultats

Après avoir présenté la méthodologie de recherche et le processus d'analyse des données, cette dernière partie est consacrée à la restitution des résultats. Elle s'ouvre sur une caractérisation de l'échantillon final retenu pour l'étude (5.1), puis développe l'analyse des entretiens, à travers l'exploration des contenus recueillis et l'identification des éléments significatifs (5.2).

5.1 Echantillon final

L'échantillon final se compose de trois ergothérapeutes dont deux sont issus du même service. Les contacts avec les ergothérapeutes canadiens n'ont finalement pas pu aboutir à la conduite d'entretien. Les années d'expériences depuis le diplôme d'état d'ergothérapeute varient de 5 à 16 ans avec une moyenne de 11.3 ans et une médiane de 12 (écart-type de 4.9 ans) Les années d'expériences auprès des militaires varient de 4 à 16 ans avec une moyenne de 9 ans et une médiane de 6 ans (écart-type de 5.7 ans).

Afin de s'assurer de l'anonymat de chaque ergothérapeute, ces derniers seront nommés par le qualificatif de « répondant ». Lorsque des citations seront utilisées, les répondants seront nommés R1, R2 ou R3. L'ensemble des entretiens se sont déroulés par téléphone. 32 minutes pour R1, 33 minutes pour R2 et 25 minutes pour R3.

Pour rappel, les entretiens ont été menés selon une approche semi-directive, permettant aux participants d'exprimer librement leurs perceptions et expériences. Bien que certaines questions du guide n'aient pas été posées de manière systématique, les thématiques essentielles ont été abordées au cours des échanges.

5.2 Analyse des entretiens

L'analyse de contenu réalisée à partir des trois entretiens a permis de faire émerger plusieurs thématiques principales. L'ensemble des données a été traité dans une perspective strictement descriptive.

Profil des patients accompagnés :

Les professionnels interrogés travaillent majoritairement en service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) à l'exception d'un ergothérapeute qui travaille en service de psychiatrie. En service de MPR, les militaires sont souvent orientés initialement pour des atteintes physiques. Le diagnostic de TSPT apparaît fréquemment de manière secondaire, après l'observation de signes de souffrance psychique. En effet, le diagnostic de TSPT « est rarement posé d'emblée » (R1). La porte d'entrée est alors physique, mais au fil du temps « le mal-être psychique devient évident » (R2). Dans ce contexte, le temps limité et les objectifs fonctionnels orientés vers la rééducation rendent parfois difficile l'approfondissement des dimensions psychiques : « on n'a pas toujours le temps d'aller au fond, on se concentre sur ce qui est visible, ce qui gêne physiquement ». (R1)

Au sein du service de psychiatrie, l'ergothérapeute prend en charge des patients pour lesquels le diagnostic de TSPT est souvent déjà établi. Ces patients arrivent généralement en consultation ou en hospitalisation suite à une aggravation de leurs symptômes psychiques, ou à l'apparition de comorbidités psychiatriques telles que des troubles anxieux, dépressifs ou addictifs. Ils sont décrits comme « prostrés, très en retrait, souvent refermés sur eux-mêmes » (R3), présentant un retrait social important, une perte d'intérêt pour les occupations qu'ils valorisaient auparavant, et une grande difficulté à se projeter dans l'avenir. La symptomatologie rapportée rejoint celle observée en MPR : une hypervigilance, des troubles du sommeil (insomnies, cauchemars), mais également une grande labilité émotionnelle et un sentiment profond d'injustice ou de culpabilité. « Il y a souvent cette idée qu'ils n'auraient pas dû s'en sortir, ou que ce n'est pas juste », rapporte un ergothérapeute (R3).

Quel que soit le service, tous les professionnels interrogés s'accordent à dire que le profil des patients atteints de TSPT présente de fortes similitudes. Ils décrivent des individus marqués par leur vécu traumatique, en souffrance psychique, avec des répercussions multiples sur leur fonctionnement global. « Même si l'entrée dans le soin est différente, on retrouve toujours une détresse avec un impact dans la vie quotidienne » (R2).

Spécificité de la prise en charge des militaires :

L'ensemble des répondants s'accordent à dire que la prise en charge des patients militaires diffère sensiblement de celle des patients civils. Tous soulignent l'impact du parcours militaire et du fonctionnement institutionnel sur la manière dont ces patients vivent leur blessure.

Les ergothérapeutes notent que les militaires font souvent preuve d'une plus grande résilience face à la blessure et au handicap. Ils semblent davantage en mesure de mobiliser leurs ressources internes pour faire face aux situations difficiles. « Ils ont une capacité à aller de l'avant » (R1).

Le poids de l'institution militaire est fortement ressenti. L'armée joue un rôle ambivalent : elle peut être un soutien, mais aussi une source de contrainte. D'un côté, elle constitue un repère sécurisant pour les militaires blessés. Comme le souligne un répondant : « L'armée, c'est une famille, ils ne se sentent pas seuls » (R3). Ce sentiment d'appartenance peut offrir un soutien moral et favoriser l'engagement dans les soins.

À l'inverse, certains aspects du fonctionnement militaire peuvent être vécus comme contraignants, voire délétères. Plusieurs professionnels évoquent la pression hiérarchique, qui peut limiter l'expression de la souffrance psychique : « Il y a une attente d'être fort, de tenir le coup, de ne pas se plaindre » (R2). Cette pression peut rendre difficile la reconnaissance et l'acceptation de troubles psychiques comme le TSPT, et retarder la prise en charge.

La question de la reprise du travail revient fréquemment comme une préoccupation centrale pour les patients militaires. Elle est souvent perçue comme un objectif prioritaire : « ce qui compte, c'est de pouvoir reprendre le service et de retrouver leur place » (R1). Cette focalisation sur le retour à l'emploi peut à la fois motiver la rééducation, mais aussi générer de l'anxiété lorsqu'une reprise paraît compromise.

Découverte et utilisation de la MCRO :

Tous les ergothérapeutes interrogés ont découvert la MCRO à des moments différents de leur parcours. Pour certains, elle a été abordée dès la formation initiale, tandis que d'autres l'ont rencontrée plus tard, via des échanges entre pairs ou des formations continues.

R1 : « J'ai commencé à m'y intéresser après avoir constaté que les outils classiques ne répondaient pas toujours aux besoins spécifiques de mes patients ».

Cette orientation vers la MCRO semble souvent motivée par le besoin d'une approche plus centrée sur les réalités de terrain, et surtout plus en phase avec les vécus complexes des patients. Pour R3, par exemple, « la MCRO a apporté une grille de lecture qui manquait jusque-là ».

Cependant, l'usage concret de la MCRO varie fortement selon les contextes d'exercice. Certains professionnels parviennent à l'intégrer de manière complète dans leur démarche clinique, alors que d'autres en retiennent uniquement certaines dimensions, car jugées plus accessibles ou adaptées aux contraintes institutionnelles. La question du temps disponible revient régulièrement : « La MCRO est pertinente, mais elle est parfois difficile à utiliser dans notre pratique quotidienne » (R2).

Par ailleurs, deux des répondants insistent sur le fait que la MCRO est un outil parmi d'autres, et ne doit pas faire oublier l'essence même de l'ergothérapie. Comme le souligne R1, « on reste ergothérapeute avant tout, la MCRO, c'est juste une manière de s'intéresser aux occupations et au sens qu'elles prennent pour le patient. »

Un autre apport relevé par certains ergothérapeutes concerne l'évolution de leurs pratiques évaluatives. Plusieurs professionnels, notamment R1 et R3, déclarent ne plus utiliser que la MCRO dans leur démarche d'évaluation initiale, reléguant les bilans standardisés à un usage très ponctuel. Selon eux, l'entretien basé sur la MCRO est suffisamment riche pour faire émerger les difficultés ressenties, les besoins, et orienter la prise en charge.

Impact de la MCRO sur la participation occupationnelle :

Le TSPT affecte la participation occupationnelle des militaires. Tous les ergothérapeutes interrogés soulignent une altération marquée dans les sphères sociale, familiale et professionnelle, avec une tendance au repli, à l'évitement et à la perte de repères dans les routines quotidiennes. Cette rupture dans les occupations peut aller jusqu'à une forme de paralysie fonctionnelle : « Ils peuvent être tellement prostrés qu'ils ne font plus rien, donc là

oui, la participation est impactée » (R3). Le quotidien peut devenir un véritable défi, comme le souligne R2 : « sortir de chez soi ou aller faire ses courses devient compliqué ».

Chez les militaires, la participation est souvent centrée autour de leur rôle professionnel. L'armée structure fortement leur quotidien, au point que les activités de vie quotidienne sont reléguées au second plan : « Le militaire, on lui demande d'être militaire. Les AVQ, pour lui, elles sont assez basiques, et l'armée fait en sorte qu'il soit disponible pour son métier » (R1). Ainsi, après une blessure ou un TSPT, le réinvestissement des rôles sociaux, familiaux et personnels demande un accompagnement.

Dans ce contexte, la MCRO apparaît comme un levier pour identifier les restrictions de participation occupationnelle, y compris celles qui ne sont pas spontanément verbalisées par les patients. R2 précise : « Cet outil met en lumière des problèmes que les patients n'expriment pas spontanément. R3 ajoute : « Grâce à la MCRO, j'ai pu repérer chez certains patients des difficultés dans la gestion du quotidien, comme faire les courses ou entretenir leur logement. »

La MCRO permet aussi de questionner des dimensions peu explorées dans la culture militaire, comme les loisirs ou le temps pour soi. Certains patients sont déstabilisés par ces questions, qui leur semblent étrangères : « Le fait de prendre du temps pour eux, hors du cadre militaire, leur semble inhabituel, voire en contradiction avec les valeurs qu'ils ont intégrées tout au long de leur carrière » (R1).

Tous les ergothérapeutes insistent sur le rôle fondamental des activités significatives dans la reconstruction de la participation occupationnelle. La MCRO permet ici d'identifier les valeurs personnelles, les intérêts du patient, et d'élaborer un projet centré sur la personne. Ce processus peut parfois provoquer un « déclic » chez les patients (R3), redonnant du sens et de la motivation.

Le travail sur la participation ne relève pas uniquement de l'ergothérapie. Tous les professionnels interrogés insistent sur la dimension pluridisciplinaire du réengagement, qui implique psychologues, infirmiers, médecins, art-thérapeute et parfois les proches. R3 évoque ainsi l'importance des groupes de parole, qui permettent aux militaires de « comparer ce qu'il se passe ailleurs et de se rendre compte de comment on arrive à faire ».

R1 insiste sur la nécessité de « suivre une thérapie, en ayant la possibilité d'exprimer ses sentiments comme la colère, l'injustice, etc., pour retrouver un équilibre ».

MCRO et relation thérapeutique :

Les répondants estiment que la MCRO ne transforme pas radicalement leur relation thérapeutique avec le patient, car ils sont déjà, de par leur posture professionnelle, centrés sur la personne et son vécu. Pour eux, c'est avant tout leur approche globale qui crée la qualité de la relation, plus que l'outil en lui-même. « On reste ergo, on est déjà dans une posture d'écoute et dans une démarche sur le patient » (R1).

Cependant, la MCRO est perçue comme un appui structurant pour approfondir la compréhension de la personne. L'entretien MCRO permet notamment d'accéder à des éléments du récit de vie du patient à travers la narration de ses routines, de ses activités significatives et de ses valeurs. Pour les répondants, cela suffit à faire émerger une partie du vécu, de manière naturelle. « À travers les routines, on découvre pas mal de choses sur leur passé » (R2).

Limites de la MCRO :

Les ergothérapeutes interrogés estiment que la MCRO est un outil pertinent et structurant pour replacer la personne au cœur du soin. Elle permet de cibler notamment les valeurs personnelles et les priorités de vie. Elle permet également de mettre en évidence des déséquilibres occupationnels chez la personne. Toutefois, son efficacité dépend fortement de la temporalité dans laquelle elle est utilisée dans le parcours de soins.

En effet, plusieurs professionnels soulignent que chez certains patients, notamment les militaires présentant un désinvestissement massif de leurs occupations, l'utilisation de la MCRO en tout début de prise en charge peut s'avérer inadaptée. Dans ces situations, les activités significatives peuvent être trop engageantes émotionnellement ou trop complexes à aborder. « L'activité significative, c'est bien, mais parfois on a besoin d'activités plus neutres, de médiations, de choses pas trop engageantes pour redémarrer » (R3). Ces activités non significatives peuvent ainsi jouer un rôle de tremplin, favorisant un premier réengagement occupationnel avant d'envisager un travail plus introspectif avec la MCRO.

D'autres limites pratiques ont également été mentionnées : le manque de temps dans certains services, les contraintes institutionnelles, le manque de formation spécifique, ou encore la difficulté à intégrer la MCRO dans des suivis très courts.

Enfin R2 et R3 ont remarqués que les repères des militaires sont souvent différents de ceux de la population générale. Notamment en raison de la place quasi-exclusive que peut prendre l'occupation professionnelle dans leur vie. Cette spécificité rend parfois plus difficile l'identification d'occupations signifiantes. Les militaires peinent souvent à s'autoriser des temps de loisirs. Comme le souligne R2 : « Donc quand on leur parle de loisirs ou de soins personnels, ils sont un peu perdus ».

6. Discussion

Cette dernière partie vise à mettre en perspective les résultats obtenus à la lumière du cadre théorique et des hypothèses de départ. Nous commencerons par une interprétation des principaux résultats en lien avec les problématiques et les hypothèses de recherche (6.1). Nous aborderons ensuite les biais méthodologiques et les limites de cette recherche (6.2). Enfin, nous proposerons une ouverture vers des perspectives professionnelles (6.3).

6.1 Interprétation des résultats

Le cadre hypothétique de cette recherche reposait sur les propositions suivantes :

- L'utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes améliore la participation occupationnelle des militaires souffrant de TSPT, en permettant d'identifier les occupations significatives et de cibler les valeurs personnelles. Cela contribue à renforcer leur capacité à éprouver de la signifiante dans leurs occupations.
- La MCRO ne prenant pas suffisamment en compte le récit de vie et les événements marquants des militaires souffrant de TSPT, limite la compréhension globale de l'impact du trouble sur leur participation occupationnelle.

Validation de la première hypothèse : un levier pour la participation occupationnelle

Les résultats des entretiens confirment que les symptômes du TSPT perturbent l'équilibre occupationnel des militaires concernés. Ces derniers évoquent des difficultés à se projeter dans des activités quotidiennes, une perte de motivation, et un sentiment d'inutilité qui affecte leur capacité à s'engager dans des occupations significatives. Ces résultats renforcent l'idée, déjà largement documentée, selon laquelle le travail sur les occupations significatives constitue un levier majeur dans les processus de rétablissement et de réengagement (Law et al., 1990 ; Townsend & Polatajko, 2013). Certains répondants rapportent que le fait d'identifier ce qui compte réellement pour le patient leur a permis de réintroduire progressivement certaines activités, de reprendre des rôles sociaux laissés de côté, et de renouer avec une forme de plaisir ou de sentiment d'utilité. Ces éléments rejoignent les fondements théoriques de la MCRO et valident l'idée qu'elle peut constituer un levier efficace pour améliorer la participation occupationnelle.

Cependant, les effets de la MCRO ne sont ni systématiques, ni immédiats. Les ergothérapeutes interrogés insistent sur l'importance de la temporalité dans l'utilisation de l'outil. En phase aiguë du trouble, les symptômes sont parfois trop envahissants pour permettre un travail d'introspection autour des occupations. La MCRO semble alors plus adaptée à une phase de stabilisation ou dans le cadre d'un accompagnement au long cours, lorsque les conditions sont réunies pour engager une démarche centrée sur les valeurs et les projets de vie. En ce sens, l'hypothèse n°1 peut être considérée comme partiellement validée : la MCRO constitue un outil pertinent pour renforcer la participation occupationnelle, à condition d'être utilisée dans un contexte adapté et à un moment opportun du parcours de soins.

Réfutation de la seconde hypothèse : une forme implicite du récit de vie

Contrairement à ce que supposait l'hypothèse n°2, les résultats montrent que la MCRO permet, de manière indirecte mais significative, l'expression d'éléments biographiques essentiels. Bien que l'outil ne repose pas sur une narration linéaire du récit de vie, il offre un espace d'expression autour des occupations passées, présentes et souhaitées. Ces échanges permettent de faire émerger, au fil de l'entretien, des repères identitaires et des événements marquants.

Loin de constituer une limite, cette approche implicite du récit de vie semble, au contraire, favoriser une verbalisation plus fluide et moins intrusive. Par conséquent, l'hypothèse n°2 est infirmée : la MCRO, dans sa forme actuelle, offre un accès pertinent à des dimensions biographiques, même si elle ne les explore pas de manière frontale.

Facteurs complémentaires au processus de réengagement

Les entretiens révèlent également des facteurs transversaux influençant le processus de réengagement occupationnel. L'expression des émotions liées au traumatisme (culpabilité, colère, honte) apparaît essentielle. De même, les dynamiques de groupe (notamment via des groupes de parole entre pairs) favorisent une reconnaissance mutuelle et une mise en perspective des trajectoires individuelles.

Par ailleurs, certains ergothérapeutes soulignent que chez de nombreux militaires, certaines activités du quotidien (cuisine, entretien du logement, gestion du temps personnel) n'ont jamais été réellement investies, du fait de leur statut ou du mode de vie institutionnalisé.

L'enjeu n'est donc pas un "réengagement", mais bien un premier engagement occupationnel ou une transformation dans les engagements occupationnels, ce qui pose des défis spécifiques en termes de médiation, de temporalité, et de cadre thérapeutique.

6.2 Biais et limites

Toute recherche comporte ses forces et ses limites, et cette étude n'échappe pas à cette réalité. Il est essentiel de reconnaître ces aspects afin de nuancer les résultats obtenus et de proposer des pistes d'améliorations pour de futures recherches.

En l'espèce, l'une des premières limites réside dans la taille de l'échantillon. En effet, le nombre restreint d'ergothérapeutes interrogés, ne permet pas une généralisation des résultats à l'ensemble des professionnels exerçant avec des militaires souffrant de TSPT. Il est alors tout à fait possible que certains points de vue ou expériences spécifiques n'aient pas été représentés dans l'analyse.

Une autre limite importante concerne l'absence de diversité géographique. Initialement, l'étude envisageait le recrutement d'ergothérapeutes venant d'autre pays tel que le Canada par exemple. Cependant, le recrutement final n'a inclus que des ergothérapeutes français et ne permet donc pas d'explorer d'éventuelles différences culturelles et institutionnelles dans l'utilisation de la MCRO dans ce contexte. De plus, deux des trois ergothérapeutes interrogés sont issues du même lieu d'exercice.

Par ailleurs, la saturation des données n'a pas pu être atteinte en raison de la taille restreinte de l'échantillon et des contraintes de recrutement. En recherche qualitative, la saturation des données fait référence au moment où l'ajout de nouveaux entretiens n'apporte plus d'informations nouvelles ou significatives.

Cependant, le concept de suffisance théorique suggère que l'objectif d'une recherche qualitative n'est pas nécessairement d'atteindre une saturation complète des données mais plutôt d'atteindre un niveau suffisant de compréhension pour répondre aux questions de recherches.

Cette suffisance théorique repose sur l'idée que même si certaines nuances et idées pourraient encore émerger avec l'ajout de participants, les données recueillies sont déjà cohérentes et suffisantes pour répondre à la problématique initiale. Ici, le concept de suffisance théorique ne semble pas non plus acquis. Les résultats et pistes de réflexions issues des entretiens ne permettent pas de croiser suffisamment les points de vue pour établir des tendances ou des enseignements généralisables.

Enfin, le biais de désirabilité sociale constitue également un enjeu à prendre en compte. Les ergothérapeutes interrogés, bien qu'invités à répondre en toute sincérité, ont pu mettre en avant des pratiques valorisantes ou minimiser certaines difficultés liées à l'application de la MCRO. De plus, mon propre positionnement en tant qu'ancien militaire peut avoir influencé, de manière consciente ou inconsciente, la dynamique de l'entretien et les réponses données. Une attention particulière a été portée à l'objectivité de l'analyse, en prenant du recul lors de l'interprétation des données et en adoptant une posture neutre lors des entretiens. La question de l'objectivité de la recherche a déjà été abordée auparavant.

6.3 Perspectives professionnelles

Cette étude ouvre des perspectives intéressantes concernant l'utilisation de la MCRO dans l'accompagnement des militaires souffrant de TSPT.

Sur le plan clinique, les résultats mettent en évidence la pertinence de la MCRO pour structurer l'évaluation et l'intervention en ergothérapie, en facilitant l'identification des occupations significatives et en soutenant une approche centrée sur la personne. Cette mesure permet de rendre compte des liens dynamiques qui se tissent entre la personne, son environnement et ses occupations. Cela constitue un levier pertinent pour renforcer la participation occupationnelle. Elle contribue également à soutenir le pouvoir d'agir de la personne, dans une logique d'empowerment, en l'aidant à se réapproprier ses routines et à redevenir actrice de son quotidien. Ce concept désigne la capacité pour une personne d'agir sur sa vie selon ses propres choix, en surmontant les contraintes sociales qui limitent sa participation (Ninacs, 2008). Il marque un passage du « faire pour » au « faire avec », en valorisant l'autonomie, l'estime de soi et l'engagement dans des activités signifiantes.

L'empowerment implique deux niveaux d'intervention : individuel, pour renforcer la capacité d'action de la personne et communautaire, pour transformer les environnements de vie afin qu'ils soutiennent cette capacité.

Dans le champ de l'ergothérapie, cela se traduit par une posture centrée sur la personne, visant à restaurer ou renforcer sa capacité à choisir, à décider et à agir sur son quotidien. L'ergothérapeute adopte alors une posture d'écoute active en mobilisant des techniques d'entretien afin de favoriser l'expression du vécu et des priorités de la personne. Cette dynamique rejoint également le concept de rétablissement, entendu comme un processus non linéaire d'adaptation et de transformation, permettant à la personne de retrouver une vie satisfaisante, en redevenant actrice de son parcours (Chamberlin, 1978) (Deegan, 1988).

Sur le plan de la formation, les données recueillies soulignent l'intérêt d'une meilleure sensibilisation des ergothérapeutes aux outils d'évaluation centrés sur l'occupation, et à leur adaptation à des contextes spécifiques. Il serait pertinent d'intégrer la MCRO de manière plus approfondie dans les cursus de formation et notamment dans les modules portant sur la santé mentale. Cela permettrait de renforcer les compétences relationnelles et cliniques des étudiants, en les formant à des outils concrets favorisant l'autonomie, l'appropriation des choix, et le renforcement du pouvoir d'être et d'agir des patients.

Plus concrètement, plusieurs pistes pédagogiques peuvent être proposées :

- L'intégration de la MCRO dans les enseignements théoriques et pratiques en santé mentale, via des études de cas, des jeux de rôle ou des analyses de vignettes cliniques.
- L'organisation d'ateliers centrés sur la posture d'écoute, l'alliance thérapeutique et la co-construction d'objectifs à partir de l'analyse des routines.
- La mise en place de projets autour de l'empowerment, en collaboration avec d'autres filières de soins.
- L'encouragement à utiliser la MCRO comme outil réflexif lors des stages, notamment dans les structures accueillant un public en situation de vulnérabilité psychosociale.

Sur le plan de la recherche, cette étude exploratoire constitue un point d’ancrage encourageant. Des recherches complémentaires, avec un échantillon plus large et diversifié, permettraient d’approfondir la compréhension des effets de la MCRO dans ce contexte spécifique. Une approche mixte, combinant des données qualitatives et quantitatives, serait pertinente pour objectiver les effets sur la participation occupationnelle. Cela permettrait aussi d’identifier les mécanismes en jeu dans le processus d’empowerment, et de mieux cerner les leviers d’adaptation de l’outil aux besoins singuliers des militaires.

A ce stade, plusieurs adaptations de la MCRO pourraient être envisagées afin de répondre aux besoins des militaires souffrant de TSPT.

- Le développement d’un module spécifique incluant un guide complémentaire ou un protocole sur l’utilisation de la MCRO adapté aux personnes présentant un TSPT. Celui-ci pourrait proposer des exemples de questions sensibles, des recommandations sur le rythme d’exploration des routines ainsi que des précautions à prendre dans l’accompagnement thérapeutique.
- La création d’une version numérique interactive, facilitant l’auto-évaluation ou l’expression indirecte des priorités, à travers des supports visuels ou des outils de verbalisation adaptés qui pourraient convenir aux militaires peu enclins à s’exprimer dans un cadre classique d’entretien.
- La co-construction de ces évolutions avec des pairs-aidants ou des professionnels du monde militaire, afin d’ancrer davantage l’outil dans la réalité culturelle et symbolique des militaires.

Ainsi, cette étude encourage à penser l’utilisation de la MCRO non comme un outil figé, mais comme un outil adaptable aux différents contextes et pratiques professionnelles. Elle invite également à renforcer la formation et la recherche autour de cet outil, pour mieux soutenir l’autonomie et le rétablissement des personnes.

Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche s'est attaché à explorer l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) dans l'accompagnement des militaires souffrant de trouble de stress post-traumatique (TSPT). L'étude s'est intéressée notamment au lien entre la MCRO et la participation occupationnelle des militaires.

À travers une approche qualitative, l'objectif était de mieux comprendre comment cet outil est perçu par les ergothérapeutes et quelles en sont les forces et les limites dans ce contexte spécifique. L'analyse des entretiens menés auprès d'ergothérapeutes a mis en évidence plusieurs éléments clés. Il ressort que la MCRO représente un cadre structurant, facilitant l'identification des occupations significatives et favorisant une approche centrée sur la personne. Elle contribue à engager activement le patient dans son processus de réhabilitation en lui permettant d'exprimer ses valeurs et ses priorités en matière d'occupation.

Cependant, l'étude souligne que l'efficacité de la MCRO dépend fortement de la temporalité de son utilisation dans le parcours de soins. Sa passation doit être adaptée à l'étape où se trouve le militaire dans son parcours de soins. En phase précoce, certains patients nécessitent d'abord un travail sur des activités non significatives afin d'établir une alliance thérapeutique. Un accompagnement dans la durée semble donc particulièrement bénéfique, en offrant le temps nécessaire à la construction du lien, à l'évolution des priorités et à l'intégration progressive des changements occupationnels.

Sur le plan méthodologique, cette étude présente certaines limites à considérer dans l'interprétation des résultats. Le faible nombre de participants ne permet pas d'atteindre une saturation complète des données ni d'assurer une suffisance théorique, limitant ainsi la portée généralisable des conclusions. L'absence de diversité géographique et le possible biais de désirabilité sociale sont également à prendre en compte. Toutefois, malgré ces limites, cette recherche ouvre la voie à une réflexion plus large sur l'adaptation des outils d'évaluation en ergothérapie.

Sur le plan scientifique, cette étude exploratoire pourrait être approfondie par des recherches futures intégrant un échantillon plus large et une approche mixte, combinant entretiens

qualitatifs et données quantitatives, afin de mieux mesurer l'impact réel de la MCRO sur la participation occupationnelle des militaires souffrant de TSPT.

En conclusion, bien que l'ergothérapie soit historiquement liée au soin des soldats blessés, cette recherche met en évidence la nécessité de continuer à adapter les pratiques et les outils pour offrir un accompagnement personnalisé et efficace. La MCRO apparaît comme un outil pertinent pour structurer l'intervention, à condition qu'elle soit utilisée au moment opportun et dans une temporalité respectueuse du parcours du militaire. Elle s'intègre avec pertinence dans un suivi de longue durée, permettant de répondre de manière adéquate aux besoins évolutifs des patients.

L'hypothèse selon laquelle la MCRO favorise l'amélioration de la participation occupationnelle en ciblant les valeurs et les occupations significatives est validée, avec certaines réserves contextuelles. À l'inverse, l'hypothèse selon laquelle la MCRO ne prendrait pas suffisamment en compte le récit de vie est réfutée selon les données recueillies.

Finalement, accompagner un militaire souffrant de TSPT, c'est soutenir un processus de reconstruction identitaire fondé sur le sens et l'engagement dans les occupations. L'ergothérapie permet alors de redonner au patient une capacité à être et à agir, en respectant son rythme, ses valeurs ainsi que son histoire.

Bibliographie

- Projet de service SSA 2020.pdf*. (s. d.). Consulté 16 avril 2024, à l'adresse <https://archives.defense.gouv.fr/content/download/227157/2530716/file/2.%20Projet%20de%20service%20SSA%202020.pdf>
- 2012profil.pdf*. (s. d.). Consulté 13 novembre 2024, à l'adresse <https://caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Approches_pharmacologiques_SSPT_12.10.23.pdf*. (s. d.). Consulté 23 août 2024, à l'adresse https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/Approches_pharmacologiques_SSPT_12.10.23.pdf
- Auxéméry, Y. (2012). [Posttraumatic stress disorder (PTSD) as a consequence of the interaction between an individual genetic susceptibility, a traumatogenic event and a social context]. *L'Encephale*, 38(5), 373-380. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.12.003>
- Auxéméry, Y. (2018). Post-traumatic psychiatric disorders : PTSD is not the only diagnosis. *La Presse Médicale*, 47(5), 423-430. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.12.006>
- Bailey, J. (2008). First steps in qualitative data analysis : Transcribing. *Family Practice*, 25(2), 127-131. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn003>
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*.
- Baribeau, . & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23–45. doi:10.7202/1016748ar
- Blount, T. H., Cigrang, J. A., Foa, E. B., Ford, H. L., & Peterson, A. L. (2014). Intensive outpatient prolonged exposure for combat-related PTSD : A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(1), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.05.004>
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61 Suppl 7, 22-32.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence & Abuse*, 10(3), 198-210. <https://doi.org/10.1177/1524838009334448>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress: *Recherche en soins infirmiers*, N° 67(4), 68-83. <https://doi.org/10.3917/rsi.067.0068>
- Caire, J.-M., Maurel-Techene, S., Letellier, T., Heiske, M., Warren, S., Schabaille, A., & Destruhaut, F. (2022). Canadian Occupational Performance Measure : Benefits and Limitations Highlighted Using the Delphi Method and Principal Component Analysis. *Occupational Therapy International*, 2022, 9963030. <https://doi.org/10.1155/2022/9963030>
- Caire, J.M. (2008) Place de l'auto-évaluation dans le processus de soin. Dans Caire, J.- M., et Collectif. (2008). Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités.

- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004a). The Canadian Occupational Performance Measure : A research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie*, 71(4), 210-222.
<https://doi.org/10.1177/000841740407100406>
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004b). The Canadian Occupational Performance Measure : A research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie*, 71(4), 210-222.
<https://doi.org/10.1177/000841740407100406>
- Castro-Vale, I., van Rossum, E. F. C., Machado, J. C., Mota-Cardoso, R., & Carvalho, D. (2016). Genetics of glucocorticoid regulation and posttraumatic stress disorder—What do we know? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 63, 143-157. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.02.005>
- Chamberlin, J. (1979). *On our own : Patient-controlled Alternatives to the Mental Health System*. McGraw-Hill Companies.
- Claverie, D., Trousselard, M., Sigwalt, F., Petit, G., Evain, J.-N., Bui, M., Guinet-Lebreton, A., Chassard, D., Duclos, A., Lehot, J.-J., Rimmelé, T., Canini, F., & Lilot, M. (2020). Impact of stress management strategies and experience on electrodermal activity during high-fidelity simulation of critical situations. *British Journal of Anaesthesia*, 125(5), e410-e412.
<https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.07.024>
- Corbière, M. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé 2E Éd.*
- Craik, J. M. (s. d.). *DIRECTRICE GÉNÉRALE DE l'ACE*. 18.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery : The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Edgelow, M. M., MacPherson, M. M., Arnaly, F., Tam-Seto, L., & Cramm, H. A. (2019). Occupational therapy and posttraumatic stress disorder : A scoping review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86(2), 148-157. <https://doi.org/10.1177/0008417419831438>
- Éthique, réflexivité et « moments éthiquement importants » dans la recherche—Marilys Guillemain, Lynn Gillam, 2004. (s. d.). Consulté 14 janvier 2025, à l'adresse
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077800403262360>
- Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder : Alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(2), 141-150.
- Funderburk, J. S., Kenneson, A., & Maisto, S. A. (2014). Identifying classes of veterans with multiple risk factors. *Médecine militaire*. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00119>
- Gadamer, H. (1996). *Vérité et méthode : les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*.
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression : A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123(1), 249-257. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.006>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Aldine Transaction.

- Griffith, J. (2007). Further Considerations Concerning the Cohesion-Performance Relation in Military Settings. *Armed Forces & Society*, 34(1), 138-147. <https://doi.org/10.1177/0095327X06294620>
- Grinsill, R., Kolandaisamy, M., Kerr, K., Varker, T., & Khoo, A. (2024). Prevalence of Complex Post-Traumatic Stress Disorder in Serving Military and Veteran Populations : A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 25(4), 3377-3387. <https://doi.org/10.1177/15248380241246996>
- Jakupcak, M., Tull, M. T., McDermott, M. J., Kaysen, D., Hunt, S., & Simpson, T. (2010). PTSD symptom clusters in relationship to alcohol misuse among Iraq and Afghanistan war veterans seeking post-deployment VA health care. *Addictive Behaviors*, 35(9), 840-843. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.023>
- Kearney, D. J., McDermott, K., Malte, C., Martinez, M., & Simpson, T. L. (2012). Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 101-116. <https://doi.org/10.1002/jclp.20853>
- Kilpatrick D. G., Resnick H. S., Milanak M. E., Miller M. W., Keyes K. M., & Friedman M. J. (2013). National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Kirsh, B., & Cockburn, L. (2009). The Canadian Occupational Performance Measure : A tool for recovery-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 171-176. <https://doi.org/10.2975/32.3.2009.171.176>
- La réhabilitation psycho-sociale grâce au dispositif ATHOS | Maison Numérique des Blessés et Familles.* (2023, avril 7). <https://maison-des-blesses.defense.gouv.fr/articles-thematiques/ressources-utiles/rehabilitation-psycho-sociale-grace-au-dispositif-athos>
- Lacerte, S., Bruyninx, S., Bourdon, D.-É., & Marchand, A. (2017). Quality of life in workplace trauma victims with Posttraumatic Stress Disorder : A systematic review. *Journal internationale de victimologie*, 34, 43-59.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure : An outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 57(2), 82-87. <https://doi.org/10.1177/000841749005700207>
- Law, M., Polatajko, H., Pollock, N., McColl, M. A., Carswell, A., & Baptiste, S. (1994). Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure : Clinical and measurement issues. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 61(4), 191-197. <https://doi.org/10.1177/000841749406100403>
- Le soldat augmenté : Pour une gestion optimale du stress.* (s. d.). Consulté 10 octobre 2024, à l'adresse https://www.defnat.com/e-RDN/sommaire_cahier.php?cidcahier=1310
- Lecornu, de M. S. (s. d.). *Livret de présentation de la Loi de Programmation Militaire 2024-2030.*
- Les défis de la « haute intensité » : Enjeu stratégique ou capacitaire ?* (s. d.). Consulté 10 octobre 2024, à l'adresse <https://www.defnat.com/e-RDN/vue-article-cahier.php?carticle=287>

- Lidec, C., Rouhard, É., & Crocq, L. (2015). La continuité des soins pour les militaires atteints de syndrome de stress post-traumatique : Projet d'un centre de référence interministériel. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.11.004>
- Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis : A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *All Ireland Journal of Higher Education*, 9(3), Article 3. <https://doi.org/10.62707/aishej.v9i3.335>
- Marquet, J., Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2022). *Manuel de recherche en sciences sociales*.
- Masson, E. (s. d.). *La thérapie par exposition en réalité virtuelle pour les états de stress post-traumatiques, les troubles obsessionnels compulsifs et les troubles anxieux : Indications, plus-value et limites*. EM-Consulte. Consulté 23 août 2024, à l'adresse <https://www.em-consulte.com/article/1378665/la-therapie-par-exposition-en-realite-virtuelle-po>
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7226), 50-52. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.50>
- McColl, M. A., Denis, C. B., Douglas, K.-L., Gilmour, J., Haveman, N., Petersen, M., Presswell, B., & Law, M. (2023). A Clinically Significant Difference on the COPM : A Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 90(1), 92-102. <https://doi.org/10.1177/00084174221142177>
- Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)—Canadian Occupational Performance Measure (COPM). (s. d.). *Extranet - Institut Nazareth et Louis-Braille*. Consulté 27 novembre 2024, à l'adresse <https://extranet.inlb.qc.ca/recherche-et-innovation/orvis/mcro-fiche-orvis/>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Millet, B., Vanelle, J.-M., & Benyaya, J. (2014). 18—État de stress post-traumatique. In B. Millet, J.-M. Vanelle, & J. Benyaya (Éds.), *Prescrire les psychotropes (Deuxième Édition)* (p. 217-220). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74176-0.00018-0>
- Morin, E. (2005). Introduction à la pensée complexe. Dans *Éditions du Seuil eBooks*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA12392477>
- Napoli, J. (2022). Quelques conséquences de la pandémie de Covid-19 sur la relation école-famille en contexte d'éducation prioritaire : Le point de vue des enseignant-es du canton de Genève. *L'éducation en débats : analyse comparée*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.51186/journals/ed.2022.12-1.e509>
- Ninacs, W. A. (2008). Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité. 2305, rue de l'Université.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*.
- Pan, A.-W., Chung, L., & Hsin-Hwei, G. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occupational Therapy International*, 10(4), 269-277. <https://doi.org/10.1002/oti.190>
- Papazoglou, K., & Chopko, B. (2017). The Role of Moral Suffering (Moral Distress and Moral Injury) in Police Compassion Fatigue and PTSD : An Unexplored Topic. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01999>

Parker, D. M., & Sykes, C. H. (2006). A Systematic Review of the Canadian Occupational Performance Measure : A Clinical Practice Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 150-160. <https://doi.org/10.1177/030802260606900402>

(PDF) *Psychologie de la santé : Théorie, recherche et pratique. Quatrième édition.* (s. d.). Consulté 1 décembre 2024, à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/277016766_Health_Psychology_Theory_Research_and_Practice_Fourth_edition

Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Milad, M. R., & Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews. Neuroscience*, 13(11), 769-787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>

Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030. (s. d.). Consulté 16 avril 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240031029>

Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635-641. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.007>

Prévalence des troubles de la personnalité chez les vétérans de combat souffrant de stress post-traumatique—Bollinger—2000—Journal of Traumatic Stress—Wiley Online Library. (s. d.). Consulté 25 juillet 2024, à l'adresse <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1023/A%3A1007706727869>

R, A., V, A., E, C., Hc, W., & A, P. (2023). Posttraumatic stress disorder and risk of suicidal behavior : A systematic review and meta-analysis. *Suicide & life-threatening behavior*, 53(1). <https://doi.org/10.1111/sltb.12931>

Radell, M. L., Hamza, E. A., & Moustafa, A. A. (2020). Depression in post-traumatic stress disorder. *Reviews in the Neurosciences*, 31(7), 703-722. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2020-0006>

Richardson, J. D., Elhai, J. D., & Sarreen, J. (2011). Predictors of treatment response in Canadian combat and peacekeeping veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(9), 639-645. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318229ce7b>

Rioufreyt, T. (2016). *La transcription d'entretiens en sciences sociales.* <https://shs.hal.science/halshs-01339474>

Roullière-Le Lidec, C., Rouhard, É., & Crocq, L. (2016). La continuité des soins pour les militaires atteints de syndrome de stress post-traumatique : Projet d'un centre de référence interministériel. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(7), 530-538. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.11.004>

Sharp, M.-L., Fear, N. T., Rona, R. J., Wessely, S., Greenberg, N., Jones, N., & Goodwin, L. (2015). Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. *Epidemiologic Reviews*, 37, 144-162. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxu012>

Silver, M. (2007). L'intervention en ergothérapie auprès des survivants de traumatismes : Évaluer la transformation de victime à survivant. *Actualités ergothérapiques*, 9(6), 25-27

Sobel, R. (1947). The "Old Sergeant" Syndrome. *Psychiatry*, 10(3), 315-321. <https://doi.org/10.1080/00332747.1947.11022649>

- Solal.Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. La mesure canadienne du rendement occupationnel. 5^e éd. Ottawa: CAOT publications ACE; 2014.
- Teplova, A. E., Bakker, H. A. H. M., Perry, S. I. B., van Etten-Jamaludin, F. S., Plat, M.-C. J., & Bekkers, M. B. M. (2022). The Impact of Deployment and Combat Exposure on Physical Health Among Military Personnel : A Systematic Review of Incidence, Prevalence, and Risks. *Military Medicine*, 187(9-10), e1074-e1085. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab302>
- Tétreault, S. & Guillez, P.(2013). Guide pratique de recherche en réadaptation, De Boeck Supérieur
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). Enabling Occupation II : Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, and Justice Through Occupation.
- Vaiva, G., Jehel, L., Cottencin, O., Ducrocq, F., Duchet, C., Omnes, C., Genest, P., Rouillon, F., & Roelandt, J.-L. (2008). Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*, 34(6), 577-583. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.11.006>
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(3), 171-181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
- Williamson, C., Baumann, J., & Murphy, D. (2023). Exploring the health and well-being of a national sample of U.K. treatment-seeking veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 15(4), 672-680. <https://doi.org/10.1037/tra0001356>
- Williamson, V., Greenberg, N., & Stevelink, S. A. M. (2019). Perceived stigma and barriers to care in UK Armed Forces personnel and veterans with and without probable mental disorders. *BMC Psychology*, 7(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0351-7>
- X, B., Marimoutou, C., Pommier de Santi, V., E, R., Deparis, X., & F, P. (2011). États de stress post-traumatique au retour d'Afghanistan. *Revue Francophone du stress et du trauma*, 11, 75-84.
- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., Hobfoll, S. E., Koenen, K. C., Neylan, T. C., & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 1, 15057. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>
- Zohar, J., Fostick, L., Cohen, A., Bleich, A., Dolfen, D., Weissman, Z., Doron, M., Kaplan, Z., Klein, E., Shalev, A. Y., & Israeli Consortium on PTSD. (2009). Risk factors for the development of posttraumatic stress disorder following combat trauma : A semiprospective study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(12), 1629-1635. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04378blu>

ANNEXES

Annexe I : Autorisation de diffusion ANFE

Annexe II : Schéma MCPO

Annexe III : Maison ATHOS

Annexe IV : Carte HIA

Annexe V : Guide d'entretien

Annexe VI : Verbatim R1

Annexe I : Autorisation de diffusion ANFE



AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'ANFE

Je soussigné Gael RICARD

Etudiant en ergothérapie de l'Institut de Formation de TOULOUSE

Auteur du mémoire de fin d'étude intitulé :

Autorise l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) à :

- Permettre la consultation de mon mémoire sur la plateforme de son site Internet www.anfe.fr
- Permettre le téléchargement de mon mémoire via ce site.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de la convention signée entre l'ANFE et le SIFEF, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l'écrit supérieure ou égale à 15/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d'Etat seront mis en ligne sur le site de l'ANFE par la direction de l'IFE.

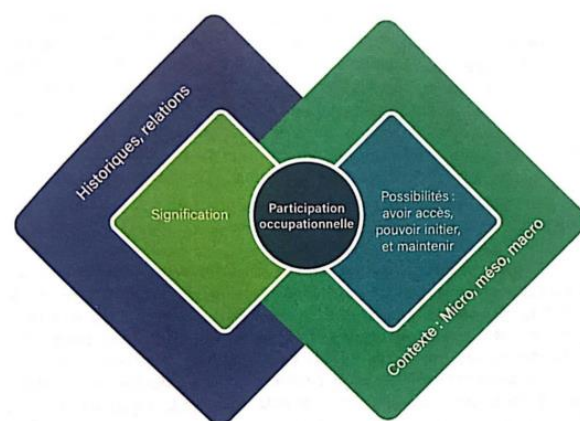
Cette autorisation vaut acceptation de renoncer à tout règlement de droit d'auteur concernant la publication et la diffusion numérique dudit mémoire.

Fait à Toulouse
Le 12/05/2025

Signature :

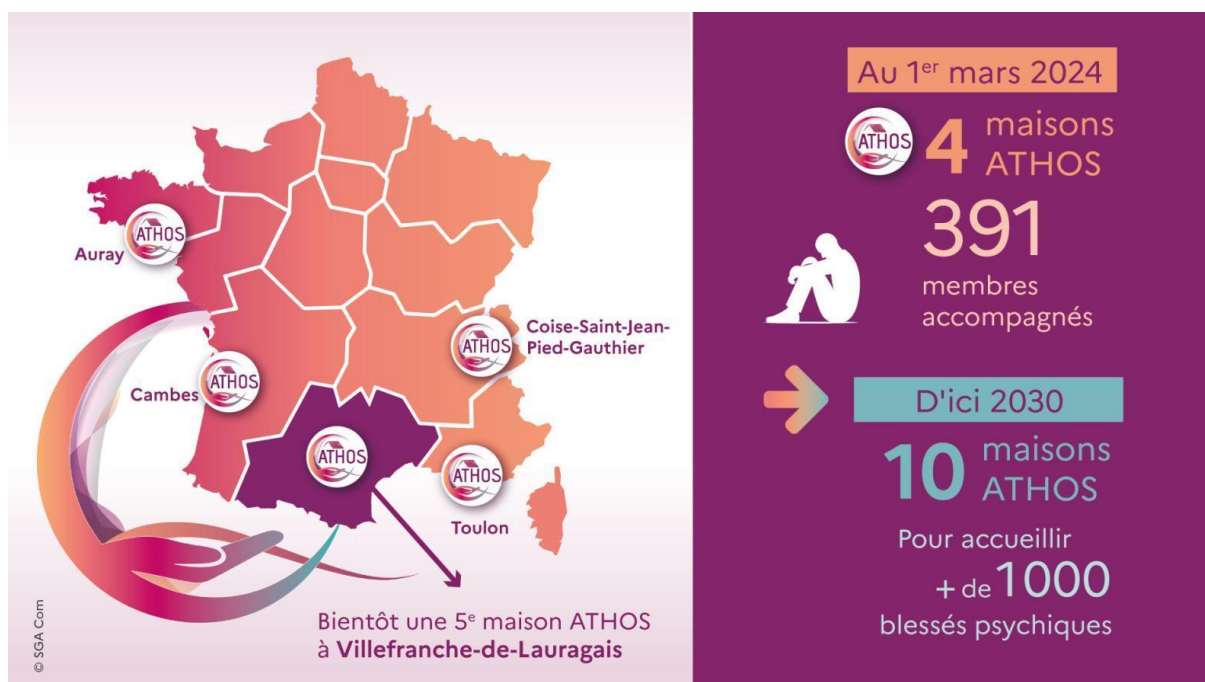
Annexe II : Schéma MCPO

MCPO : Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (2022)



Egan M, Restall G. Modèle Canadien de la Participation occupationnelle (MCPO). Dans : Egan M, Restall G, rédactrices. *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle*. Ottawa, CA : Association canadienne des ergothérapeutes. 2022. p.185

Annexe III : Maison ATHOS





Guide d'entretien

**La participation occupationnelle chez le militaire souffrant de stress post
traumatique : Pertinence et intérêt de la MCRO.**

Présentation : Bonjour, je réalise cet entretien dans le cadre de mon mémoire. Mon objectif est d'explorer votre perception de l'utilisation de la MCRO dans la prise en charge de militaire souffrant de TSPT, en particulier son impact sur la participation occupationnelle et ses éventuelles limites. Vos réponses me permettront d'enrichir ma réflexion et d'approfondir les aspects pratiques et théoriques de cette question.

Avant de commencer, je souhaite rappeler brièvement ce qu'est la MCRO pour s'assurer d'une compréhension commune.

La MCRO est un outil d'évaluation centré sur la personne, qui permet d'identifier les occupations qui posent problème aux patients. La MCRO permet d'évaluer le niveau de satisfaction et de performance dans ces occupations, puis de mesurer l'évolution au fil du temps. Elle est utilisée en ergothérapie pour structurer l'intervention et faciliter l'écriture des objectifs. Ainsi, elle permet de favoriser un engagement du patient dans sa prise en charge.

Si vous avez besoin de précisions sur cet outil avant de répondre aux questions, n'hésitez pas à me le signaler.

Nous allons maintenant commencer l'entretien.

I. Contexte professionnel et utilisation de la MCRO

Objectif : Comprendre le cadre de pratique et l'expérience du participant.

- 1) Pourriez-vous me parler de votre expérience professionnelle en tant qu'ergothérapeute ?
- 2) Quelles spécificités de la prise en charge des militaires vous intéressent particulièrement ?
- 3) Comment en êtes-vous venu à utiliser la MCRO dans votre pratique et comment l'intégrez-vous dans la prise en charge des militaires ?

II. Impact de la MCRO sur la participation occupationnelle

Objectif : Explorer la perception de la MCRO dans l'identification des occupations significatives et sur l'amélioration de la participation occupationnelle.

- 4) Dans votre expérience, comment utilisez-vous la MCRO pour aborder la question des occupations significatives des patients ?
- 5) Pouvez-vous me décrire une situation clinique où la MCRO a particulièrement aidé ou montré ses limites ?
- 6) Selon vous, en quoi l'utilisation de la MCRO influence-t-elle la relation thérapeutique avec les militaires souffrant de TSPT ?
- 7) Comment percevez-vous les forces et les limites pratiques de la MCRO dans le soutien à la participation occupationnelle des militaires souffrant de TSPT ?

III. Limites de la MCRO dans la compréhension globale du TSPT

Objectif : Évaluer les perceptions des limites de la MCRO, notamment sur le récit de vie.

- 8) Comment la MCRO vous permet-elle de prendre en compte le vécu des patients, y compris leur histoire de vie et les expériences marquantes ?
- 9) Quels aspects du vécu des militaires souffrant de TSPT vous semblent difficiles à intégrer avec cet outil ?
- 10) Complétez-vous l'utilisation de la MCRO avec d'autres approches pour mieux comprendre l'impact du TSPT sur la participation ?

IV. Suggestions d'amélioration

Objectif : Explorer les besoins et adaptations possibles pour optimiser la MCRO.

- 11) Quels changements ou ajouts pourraient rendre la MCRO plus pertinentes pour les patients souffrant de TSPT ?
- 12) Comment pensez-vous que l'outil pourrait mieux prendre en compte les expériences de vie des patients
- 13) Quels soutiens ou ressources pourraient vous aider à utiliser la MCRO plus efficacement ?

Conclusion/ouverture de l'entretien :

- 14) Y a-t-il un aspect que nous n'avons pas abordé et qui vous semble essentiel pour comprendre l'impact du TSPT sur la participation occupationnelle ?

Remerciement : Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous m'avez accordé et pour la richesse de vos réponses. Votre contribution est précieuse pour enrichir ma réflexion sur l'utilisation de la MCRO et l'accompagnement des militaires souffrant de TSPT. Merci encore pour votre participation ! Au revoir.

Annexe VI : Verbatim R1

Entretien Mme Z :

Gael : Allo !

Mme Z : vous m'entendez ?

Gael : Oui je vous entends très bien. C'est parfait ! Je vous propose d'abord de commencer par situer le contexte de cet entretien.

Mme Z : Oui bien sûr.

Gael : Donc je réalise cet entretien dans le cadre de mon mémoire. Je suis en 3^{ème} année et dernière année d'ergothérapie et je travaille notamment sur l'accompagnement du militaire. Mon but est d'explorer votre perception quant à l'utilisation de la MCRO dans la prise en charge des militaires souffrant de TSPT, en particulier son impact sur la participation occupationnelle et ses éventuelles limites. Voilà vos réponses vont me permettre d'enrichir ma réflexion et vont me permettre d'enrichir les aspects pratiques et théoriques de cette question.

Mme Z : D'accord.

Gael : Avant de commencer est-ce que vous m'autorisez à enregistrer l'entretien ?

Mme Z : Oui bien sûr.

Gael : Cela facilitera la retranscription. Si vous n'avez pas d'autres questions, nous allons pouvoir commencer.

Mme Z : Ok c'est parti !

Gael : J'ai plusieurs thèmes à aborder, n'hésitez pas à m'interrompre car la discussion se veut assez libre.

Mme Z : Ok ça marche !

Gael : Donc ma première question c'est : est-ce que pouvez me parler de votre expérience professionnelle en tant qu'ergothérapeute ?

Mme Z : Alors, donc moi je suis diplômé depuis 2020. J'ai travaillé tout d'abord dans de l'aménagement de domicile et après je me suis orienté dans un service de MPR donc en rééducation depuis maintenant janvier 2021. Et donc du coup je travaille avec tout type de pathologies que ce soit des blessés médullaires, des patients amputés, des patients avec des neurologiques et puis toute la partie aussi liée aux troubles d'état de stress post-traumatique parce que comme je suis dans une enceinte militaire car on ne peut pas dissocier la partie physique et la partie psychologique.

Gael : Très bien ! Et donc vous travaillez dans un hôpital militaire ?

Mme Z : Oui exactement !

Gael : Quelles spécificités alors de la prise en charge de ces patients militaires vous intéressent particulièrement ? Par rapport à une population civile par exemple ?

Mme Z : Alors moi à part des stages, je n'ai jamais vraiment travaillé dans des services civils on va dire. Je pense que la spécificité c'est que du coup c'est un service qui est très varié. Il y a de tout. Il y a des patients comme j'ai dit qui peut être brulé, comme amputé, il y a vraiment de tout donc du coup c'est assez chouette parce que c'est varié. Les journées sont assez variées. On ne fait pas que de l'AVC ou des choses comme ça, c'est vraiment très varié. Et après comme c'est des patients militaires, ce sont des patients plutôt sportifs du coup c'est chouette parce que ça rajoute une autre dimension quoi c'est plutôt des jeunes sportifs qui ont vécu pas mal de choses. Il y en a pour lesquels qui ont fait quand même plusieurs OPEX des choses comme ça mais... des opérations extérieures pardon mais du coup c'est assez chouette car c'est varié, enfin je trouve ça varié, dynamique et on prend un peu tout en compte. Le militaire, on lui demande d'être militaire. Les AVQ, pour lui, elles sont assez basiques, et l'armée fait en sorte qu'il soit disponible pour son rôle. Ils ont une capacité à aller de l'avant. Pour eux, ce qui compte, c'est de pouvoir reprendre le service, de retrouver leur place.

Gael : D'accord. Donc c'est cette diversité des profils qui vous intéressent en fait dans ce type de prise en charge.

Mme Z : Exactement !

Gael : Très bien. Et donc comment en être vous venus en fait à utiliser des outils d'évaluation tel que la MCRO dans vos prises en charge ? Et comment vous l'intégrer avec vos patients militaires ?

Mme Z : Alors avant, quand je suis arrivée, ils n'utilisaient pas du tout la MCRO mais on était déjà très patient-centré fin occupations-centré et on s'est dit franchement ça ne sert à rien, ça nous apporte quoi de faire le box and block, des choses comme ça ou le purdue des trucs comme ça on s'est dit à quoi ça sert est-ce que c'est vraiment ergo est-ce que ce n'est pas trop analytique etcetera. Et du coup on a un peu regardé ce qu'il y avait et on s'est dit bon beh ok il existe la MCRO. Moi j'avais été un peu formée à l'école et on a mis ça en place. J'ai commencé à m'y intéresser après avoir constaté que les outils classiques ne répondaient pas toujours aux besoins spécifiques de mes patients. Donc du coup on utilise un entretien d'entrée on prend la MCRO on dit bah à l'instant T enfin maintenant qu'est-ce qui vous pose problèmes ? On sait qu'ils vont dire conduire, retourner à ma vie d'avant mais on leur dit maintenant là aujourd'hui qu'est qui pose problème donc au sein de l'hôpital aujourd'hui et l'idée du coup c'est d'arriver à retracer toute l'autonomie du patient dans les AVQ, nous on sait qu'on doit être vigilant à qu'il puisse manger seule, qu'il puisse aller aux toilettes, qu'il puisse prendre sa douche, qu'il puisse se déplacer mais peut-être que le patient lui il a d'autres priorités au sein de l'hôpital. Je ne sais pas, ça peut être de pouvoir aller à la cafétéria le week-end des choses comme ça auquel nous on ne pense pas, on pense aux choses un peu plus concrètes enfin plutôt activités de la vie quotidienne, instrumentales on va dire. Ça nous permet en fait la MCRO d'aller plus dans leurs loisirs, enfin plus en profondeur quoi. Je ne sais pas si je suis très clair.

Gael : Oui c'est clair, il y a déjà alors une démarche centrée sur la personne et vous disiez avoir été formée un peu en école c'est ça ?

Mme Z : Oui mais après j'ai refait une formation. Et puis on reste ergo, donc on est dans une posture d'écoute et centré sur le patient.

Gael : D'accord une formation supplémentaire alors. Pourquoi avoir choisie de la faire ?

Mme Z : C'était une formation par l'ANFE en fait comme j'avais été formée 2 heures à l'école je voulais la vraie formation par l'ANFE. A l'école c'était assez succinct, c'était quand on présentait les modèles on avait vu celui-ci.

Gael : D'accord alors si je comprends bien vous utilisez MCRO pour aborder justement avec eux la question des occupations qui posent problèmes mais aussi qui sont importantes pour les patients

Mme Z : Exactement. Et aujourd'hui je dirais que la MCRO, c'est juste une manière de plus de s'intéresser aux occupations et au sens qu'elles prennent pour le patient. Mais on reste ergothérapeute avant tout.

Gael : Et donc dans votre expérience, comment vous utilisez la MCRO pour aborder la question des occupations significatives ?

Mme Z : Via l'entretien initial en fait.

Gael : Comment alors se déroule cet entretien ?

Mme Z : En individuel. En fait quand le patient arrive. On s'est fait une trame maison de la MCRO. En fait on a fait un tableau où il y a la question de l'instant T qu'est-ce qui vous pose problème, on essaie de ressortir des objectifs mais vraiment très précis. On est dans une petite salle, on fait passer nos bilans en tête à tête avec le patient. On peut le faire sur plusieurs fois, sur une fois, deux fois, on n'est pas pressé, l'idée c'est d'avoir des objectifs et que le patient se sente compris, entendu entre guillemet, qu'il voit qu'on prend en compte vraiment lui et sa personne.

Gael : Et donc en quoi l'utilisation de cet entretien de la MCRO va influencer votre relation thérapeutique ?

Mme Z : C'est vraiment une discussion quoi en fait je pousse un peu le patient dans ses retranchements. Parce qu'il va me dire j'ai envie d'aller à la cafétéria, je prends un exemple au pif ou alors j'ai envie de faire mes ongles et je dis ok mais qu'est-ce qui maintenant, pourquoi vous êtes gêné pour faire vos ongles, qu'est-ce qui vous pose problème, qu'est-ce que vous voulez travailler ? Est-ce que c'est le fait de se déplacer, est-ce que c'est parce que le fauteuil est trop lourd je ne sais pas quoi, est-ce que c'est parce que vous n'arrivez pas à vous déplacer et que et vous n'avez pas envie de demander de l'aide enfin je n'en sais rien moi il peut y avoir plein de causes. Du coup l'idée c'est de travailler là-dessus. En fait on va parler de son bien-être à l'hôpital et qu'il se sente bien et qu'il y est des moments de loisirs même si on est à l'hôpital.

Gael : D'accord. Et donc dans la même lignée, pouvez-vous alors me décrire une situation avec un patient ou justement la MCRO à particulièrement aider le patient ou alors a montré ses limites où ça n'a pas fonctionné comme vous le vouliez ?

Mme Z : Alors la MCRO c'est parfois compliqué, par exemple les patients avec une butée d'épaule, on sait que ça va être pendant 4 semaines un peu compliqué pour eux parce qu'ils vont avoir le bras qui soit qui va être un peu raide exetara donc ils vont nous dire je n'arrive pas à me laver les cheveux je n'arrive pas à faire si je n'arrive pas à faire, on a envie de leur dire entre guillemet attendez quatre semaines ça va aller quoi avec la kiné le bras va se débloquent. Là la MCRO et l'ergo moi je trouve que là après c'est moi c'est mon avis car toutes les ergo n'ont pas le même avis mais moi je trouve que là on est un petit peu limité parce que du coup ce n'est pas sur du long terme quoi ça va être vraiment limité, on sait que sur une butée d'épaule il faut un peu après trois quatre semaines de rééducation après ça va aller mieux. Je suis d'accord que vous soyez gêné car le coude est raide, vous ne pouvez pas vous laver les cheveux, vous ne pouvez pas attraper une casserole en hauteur exetara après on peut donner deux trois conseils mais moi je trouve que c'est limite là-dedans.

Gael : Si je comprends vous dites que la MCRO a ses limites dans le profil, la pathologie du patient c'est ça ?

Mme Z : Oui voilà exactement plutôt au niveau de la pathologie. Après quand ça fonctionne bien c'est par exemple je voudrais sortir le week-end voir des copains parce que je n'habite pas à paris, et que je voudrais découvrir Paris et que voilà je suis amputé des deux jambes comment je peux faire ? Ce qui va poser problème ça va être le déplacement la personne a un fauteuil et ce qui va poser problème c'est un peu l'appréhension de ne jamais avoir pris les transports en commun, comment on peut faire exetara ? Dans ces cas-là on regarde un peu internet les trajets qui peuvent exister en bus et voir le réseau un peu et puis après surtout faire des mises en situation quoi aller dehors prendre le bus des choses comme ça.

Gael : Les mises en situations vont alors vous permettre de favoriser leur engagement dans les activités qui sont importantes.

Mme Z : Exactement. On peut faire des mises en situations, donc on va cuisinier, faire de la menuiserie, changer une ampoule voir ce qui pose problème. On va mettre le patient en situation de vie quotidienne.

Gael : Vous disiez tout à l'heure que la MCRO vous la faisiez passer notamment en premier entretien, est-ce que vous la refaites passer pendant la durée de la prise en charge ?

Mme Z : Alors moi je le fais un peu au feeling, en fait c'est ce que je disais pendant la formation on a remasterisé un peu. Moi je la fais quand le patient arrive si ça prend une semaine parce qu'au début il y a aucun objectif qu'il dégage et au fur et à mesure de discuter avec le patient on se rend compte que finalement si, il y a des petits objectifs mais que le patient ne pense pas qu'on pouvait travailler ça. Après je le fais souvent si le patient sort une journée alors qu'il n'est jamais sorti ou sort un weekend. Parce qu'à chaque fois ça re dégage des objectifs. Ah beh tiens je me suis trouvé en difficulté dans ça, je me suis trouvé coincé dans ça... ou quand le patient passe en hôpital de jour par exemple aussi là je leur fais passer, en fait je la fais passer aussi un peu comme un peu comme comment dire en fait moi comme aussi un outil pour moi quand je suis un peu coincé dans ma prise en charge, quand j'ai plus trop d'objectif ergo par exemple, je me dit ah beh tiens je peux peut être la faire passer, et si ah il y a pas d'objectif qui en ressort alors il y a peut-être plus d'objectif ergo.

Gael : D'accord c'est alors un marqueur pour dire que le suivi n'est plus forcément nécessaire

Mme Z : Parce-que c'est possible qu'il n'y ait plus de suivi ergo.

Gael : On ne va pas faire de l'ergo pour faire de l'ergo et donc la MCRO permet de révéler si le patient a besoin d'un suivi ou pas.

Mme Z : Exactement !

Gael : Très bien ! Alors une autre question, comment la MCRO vous permet de prendre en compte le vécu du patient notamment militaire y compris leur histoire de vie et puis leurs expériences marquantes ? Vous parliez d'OPEX tout à l'heure, comment la MCRO permet de prendre en compte ce vécu ?

Mme Z : Parce qu'au fur et mesure des questions on parle de la vie du patient. Moi j'ai eu déjà deux trois infos importantes que le médecin me transmet à savoir sur le patient. Et dans ces cas-là il y a des choses que je sais et puis enfin ouais c'est plutôt au cours de la discussion que le patient me dit des choses genre je peux plus faire tel sport que je peux plus faire ok mais pourquoi ? Parce qu'en fait finalement la salle de CrossFit je ne sais pas la salle de CrossFit où je vais il y a trop de monde ça m'opprime fin voilà j'essaye d'en fait de poser vraiment des questions très large, j'oriente pas du tout patient et j'essaie qu'il me dise pourquoi pourquoi à chaque fois. Ne pas l'orienter qu'il me dise ah ouais c'est peut-être ça vous voyez vous avez raison il y a trop de monde ou c'est parce que je ne sais pas j'ai trop mal au bras ou c'est parce qu'en fait c'est trop loin et que je veux plus conduire je n'en sais rien. En fait avec les pourquoi pourquoi pourquoi et sans faire des questions fermées ça permet d'apprendre pas mal de choses sur le patient. Et moi je sais déjà des choses, s'il est marié, s'il est en état de stress post-traumatique, s'il a des enfants. Je sais les grandes lignes puis je lis le dossier avant.

Gael : Donc vous privilégier au maximum les questions ouvertes pour favoriser leur récit. Pour revenir aux militaires liés à un stress post-traumatique, quel aspect justement de leur vécu semble difficile à intégrer avec la MCRO ?

Mme Z : Alors moi je n'ai jamais eu de difficultés. Parce qu'en fait on retrouve des trucs et lui ça permet de recentrer le patient sur les choses qu'il aime, des loisirs. Je n'ai jamais été limité. Après je ne les vois pas forcément que pour des ESPT, je suis sûr tout. Il y a des patients qui ont des atteintes physiques mais aussi psychologiques. Je ne vois pas que pour les troubles psy. Peut-être qu'ergo en psy mais moi je trouve toujours des petits trucs. Après le diagnostic de TSPT est rarement posé d'emblée. On a surtout un motif physique. Et puis on n'a pas toujours le temps d'aller au fond, on se concentre sur ce qui est visible, ce qui gêne physiquement. Donc on passe à côté de certaines choses. La MCRO permet d'ouvrir une porte.

Gael : Et est-ce que vous utilisez d'autres outils, d'autres approches en plus de la MCRO pour mieux comprendre leurs problématiques et leur désengagements occupationnels ?

Mme Z : Moi j'utilise principalement la MCRO. Après je fais des trucs en plus, je fais passer des bilans comme... en fait si je vois que le patient dort pas du tout la nuit et que c'est compliqué je vais faire

passer ce qu'on appelle PSQI ou l'échelle de fatigue FSS ou des choses comme ça alors je sais pas je dors beaucoup je dis pas comment ça vous dormez beaucoup plus souvent ils arrivent pas trop à expliquer du coup je dis bah attendez on va faire une grille journalière de vos activités de la semaine dernière par exemple donc chaque jour chaque heure comme ça je vois si bah je sais pas moi dans la balance loisirs contrainte la balance elle est plutôt vers loisirs ou plutôt vers contrainte ou alors en fait elle est un peu près similaire dans les deux. Mon idée c'est du coup d'arriver à si le patient n'arrive pas à exprimer des choses beh à moi à pousser et à l'aider avec d'autres outils. C'est vrai que j'utilise pas mal la grille journalière.

Gael : D'accord.

Mme Z : Parfois il y a des patients qui parlent, des fois ils ne savent pas trop bon bah ok vous ne dormez pas bien mais c'est quoi pas dormir ? bah je fais des insomnies pour pas ok attends on va faire une grille comme ça tu vas me dire quant à quand vous dormez ? Vu que c'est écrit c'est que ça va être plus facile pour vous, vous allez peut-être plus vous en rendre compte et puis moi ça va me permettre un peu qu'avec la grille que ça soit un peu visuel.]

Gael : Ok très bien ! Ensuite quel changement ou ajouts en fait vous pourriez faire à la MCRO telle que vous la connaissez qui pourrait être plus pertinente pour les patients notamment militaires souffrant de TSPT au vu leur spécificités on a parlé ?

Mme Z : Pas plus que ça. Je l'utilise un peu telle quel.

Gael : Très bien. Alors est-ce que selon vous cet outil et avec l'entretien initial notamment permet de bien prendre en compte les expériences et le vécu du patient ?

Mme Z : Oui je pense, moi je fais passer que la MCRO. La MCRO est mon entretien initial. Je ne sais pas ce que tu as vu en stage mais moi la MCRO est vraiment mon entretien initial.

Gael : En stage je l'ai eu utilisé.

Mme Z : J'avais vu dans des stages un peu des entretiens avec présentation du patient mais moi je dis ok qu'est qui vous poses problème. Par exemple, je sais que vous avez une femme et des enfants, comment ça se passe à la maison ? Est-ce qu'il y a des difficultés des et je rebondis avec les infos que j'ai aussi de mon côté.

Gael : Est-ce que dans la mise en place de la MCRO dans le service vous avez rencontré des difficultés ?

Mme Z : Non ça a été hyper simple, ça nous a permis aussi de ranger notre bureau et de faire un coin MCRO, d'acheter du matériel vraiment vie quotidienne. On a présenté ça aux médecins et ils nous ont dit parfait avec grand plaisir et comme ça on voit bien ce qu'est l'ergo, ce que vous faites.

Gael : C'est plutôt positif. Vous n'avez pas eu de difficultés à mettre ça en place.

Mme L : Oui oui.

Gael : Je rebondis avec ce que vous disiez tout à l'heure que tout le monde n'est pas formé à ce genre d'outil et d'approche centrée sur la personne et les activités. Vous-même vous avez donc fait une formation supplémentaire car votre formation initiale avait abordé que très peu la question de la MCRO.

Mme Z : Ça dépend des IFE mais je pense que ça a pas mal changé depuis mon époque même si c'était il n'y a pas si longtemps que ça. Ça dépend aussi des stages.

Gael : Comment avez-vous eu accès à la formation ?

Mme Z : C'est mon établissement qui m'a inscrit et financé la formation.

Gael : D'accord. Est-ce que vous pensez que la MCRO permet d'être un soutien à la participation occupationnelle des militaires notamment ?

Mme Z : La MCRO permet de sortir des objectifs de côté rendement et satisfaction et refaire un point ça permet aussi de se dire ah bah tiens c'est vrai que l'objectif a été réussi finalement, ça on peut encore le travailler ; ça permet de faire un peu un état des lieux des activités quoi.

Gael : Très bien. Y a-t-il un aspect que nous n'avons pas abordé et qui vous semble essentiel pour comprendre l'impact du TSPT sur la participation occupationnelle ?

Mme Z : C'est sûr qu'on travaille sur les activités, donc après on va à l'extérieur on va faire des courses on va faire des semaines d'appartement thérapeutique on fait des tas de chose mais vraiment centré sur les occupations. Même moi je trouve qu'en tant ergo je m'amuse plus entre guillemet, je me sens je me reconnais plus en travaillant sur les occupations. Tout le monde sait que l'ergo va bosser sur les occupations, parfois les kinés viennent en me disant ah beh tiens mon patient m'as dit ça aujourd'hui, est-ce que t'en a conscience ? c'est vraiment occupationnel et je peux travailler là-dessus, je peux t'aider à travailler ce mouvement si besoin. En fait, ça permet vraiment de travailler au cœur des activités du patient. Après pour revenir au TSPT il est parfois nécessaire de suivre une thérapie, en ayant la possibilité d'exprimer ses sentiments comme la colère, l'injustice, etc., pour retrouver un équilibre. Et la MCRO peut servir d'amorce à ça.

Gael : Donc dans votre conscience professionnelle cela joue.

Mme Z : Oui exactement et ça permet aussi dans l'équipe, enfin tout le monde connaît un peu l'ergo mais ça sert aussi à faire vraiment connaître le métier, c'est l'occupation quoi.

Gael : Vous n'avez pas eu de retour négatif en disant que justement c'est trop occupation centrée ?

Mme Z : Non pas du tout.

Gael : Ok très bien ! On a répondu aux questions que je voulais aborder avec vous alors on va pouvoir clôturer l'entretien.

Mme Z : C'était tout ?

Gael : Oui j'ai pas mal d'éléments.

Mme Z : S'il manque des choses ou s'il y a des choses pas comprise ou si je ne sais pas si ma réponse est à côté de la plaque quand tu vas réécouter n'hésite pas à me recontacter il y a aucun souci.

Gael : Oui je vais maintenant retranscrire et si jamais je reviendrais vers vous. Une fois mon travail fini je pourrais vous le faire passer.

Mme Z : Oui je veux bien.

Gael : En tout cas je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et pour vos réponses.

Mme Z : Avec plaisir et bon courage pour la suite.

Gael : Merci, au revoir.

Mme Z : au revoir.

Résumé

La participation occupationnelle chez le militaire souffrant de stress post traumatique : Pertinence et intérêt de la MCRO. **Contexte :** le trouble de stress post-traumatique (TSPT) touche un nombre important de militaires en raison de leur exposition à des événements traumatisants. Ainsi, leur capacité à participer aux activités significatives du quotidien est altérée. L'ergothérapie, historiquement liée à la réhabilitation des soldats blessés, met l'accent sur la participation occupationnelle afin de promouvoir le bien-être et la santé. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) pourrait offrir un soutien précieux mais son utilisation auprès des militaires souffrant de TSPT reste peu explorée en France. **Objectif :** ce mémoire vise à analyser dans quelle mesure l'utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes pourrait favoriser la participation occupationnelle des militaires atteints de TSPT. **Méthode :** une démarche hypothético-déductive, articulée à une méthode qualitative, a permis de réaliser trois entretiens semi-directifs auprès de trois ergothérapeutes. Une analyse thématique a permis d'explorer les hypothèses formulées et d'enrichir la compréhension de l'usage de la MCRO dans l'accompagnement des militaires blessés psychiques. **Résultats :** les résultats mettent en évidence que la MCRO constitue un cadre structurant et pertinent pour engager le patient dans une démarche centrée sur ses valeurs et ses priorités occupationnelles. Elle favorise l'expression de soi et le pouvoir d'agir, en soutenant une alliance thérapeutique de qualité. Toutefois, son efficacité dépend de la temporalité d'utilisation dans le parcours de soin. En phase aiguë, son usage peut s'avérer prématuré. Par ailleurs, des contraintes organisationnelles et le manque de formation spécifique à ce contexte limitent parfois son application. Des ajustements dans la posture clinique et dans la temporalité d'intervention sont donc nécessaires. **Conclusion :** ce travail met en lumière le potentiel de la MCRO pour soutenir la participation occupationnelle des militaires souffrant de TSPT, tout en soulignant la nécessité d'adaptation pour une application optimale. L'intervention de l'ergothérapeute auprès de cette population apparaît ainsi comme une voie professionnelle porteuse de sens. **Mots clés :** ergothérapie, militaire, participation occupationnelle, TSPT, MCRO

Abstract

Occupational participation in military personnel with post-traumatic stress disorder: relevance and value of the COPM. **Context :** post-traumatic stress disorder (PTSD) affects a significant number of military personnel due to their exposure to traumatic events, deeply impacting their ability to engage in meaningful daily activities. Occupational therapy, historically linked to the rehabilitation of wounded soldiers, emphasizes occupational participation to promote well-being. The Canadian Occupational Performance Measure (COPM), a client-centered tool, could provide valuable support in this context, yet its use with military personnel suffering from PTSD remains underexplored in France. **Objective :** this thesis aims to assess how the use of the COPM by occupational therapists may influence the occupational participation of military personnel with PTSD, by identifying its benefits, limitations, and the adaptations required for this specific context. **Method :** a hypothetico-deductive approach combined with a qualitative method led to the completion of three semi-structured interviews with occupational therapists working with this population. Thematic analysis of the data allowed exploration of the initial hypotheses and a deeper understanding of the use of the COPM in supporting military personnel with psychological injuries. **Results :** the findings show that the COPM provides a structured and relevant framework for engaging patients in a process centered on their values and occupational priorities. It promotes self-expression and empowerment by supporting the development of a strong therapeutic alliance. However, its effectiveness depends on the timing of its use within the care pathway. When used too early, it may not be appropriate. Additionally, organizational constraints and the lack of specific training for this context can limit its application. Adjustments in clinical posture and timing of use are therefore necessary. **Conclusion :** this study highlights the potential of the COPM to support the occupational participation of military personnel with PTSD, while emphasizing the need for context-specific adaptations. It opens avenues for the development of occupational therapy practices that are more attuned to the experiences of psychologically injured military personnel. The involvement of occupational therapists with this population thus appears as a meaningful and promising professional pathway. **Keywords :** occupational therapy, military, occupational participation, PTSD, COPM