

Aix-Marseille Université.
Faculté des sciences médicales et paramédicales.
Ecole des sciences de la réadaptation.
Formation en ergothérapie.

Nawelle CESSAC

UE : 6.5 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche.
Mémoire d'initiation à la recherche

Ergothérapie, engagement et comorbidités, des patients atteints de troubles de stress post-traumatique en rééducation fonctionnelle
Diplôme d'état d'ergothérapie
Sous la Direction de PAVE Julien et AMON Eva



Remerciements

Je remercie tout d'abord mon directeur de mémoire, Monsieur Julien PAVE, pour sa bienveillance et qui durant cette période, s'est montré très disponible et soutenant, me permettant ainsi de progresser continuellement.

Je tiens à remercier ma référente professionnelle, Madame Eva AMON, pour sa gentillesse et la qualité de ses retours, apportant un regard plus juste et pertinent à mon sujet.

Je remercie également les ergothérapeutes ayant participé à mon étude, me permettant ainsi d'apporter de la richesse à mon mémoire.

Je souhaite remercier toute l'équipe pédagogique :

Madame Anaïs GIRAUDIER, ma référente pédagogique qui m'a été d'un soutien inestimable, par sa disponibilité et ses conseils tout au long de mon parcours scolaire.

Madame Géraldine DESPRES, qui a donné et donne encore aujourd'hui autant d'énergie et d'implication afin que nous nous sentions bien dans notre scolarité, et qui nous permet de concrétiser nos projets professionnels.

Madame Catheline BLANC, qui nous a accompagnés avec simplicité, gentillesse et un calme sans faille, dont nous avons tant besoin.

Je ne pourrais pas rédiger ces remerciements sans citer mes copines de classe, Charlène, Ly-lou, Laurine et Paris, qui en plus de l'aide mutuelle que nous nous sommes apportées, m'ont permis de vivre trois années exceptionnelles, remplies de rires et de fête.

Un grand merci à mon frère Théo, sans qui je n'aurais pas pu rendre un mémoire avec une aussi belle mise en page, et qui m'a évité bien des tracas.

Mille mercis à Abdelhaqq qui, même s'il n'a pas contribué directement à ce mémoire, m'a toujours encouragée et motivée à le rédiger, tout en me permettant de souffler pendant cette période de travail intense.

Ces remerciements ne pourraient se terminer sans citer ma mère, mon soutien le plus précieux, durant ce mémoire, tout au long de mon parcours scolaire, mais surtout dans chaque étape de ma vie. Alors merci maman d'être la femme que tu es, celle qui me permet aujourd'hui d'être celle que je suis, mais aussi celle que je deviendrai.

Sommaire :

Introduction	1
1.1 Contexte et point de rupture	1
1.1.1 Problématique professionnelle	1
1.2 Thème.....	1
1.2.1 Champs disciplinaires	2
1.2.2 Explication terminologique	2
1.3 Résonance.....	3
1.3.1 Enjeux	4
1.3.2 Utilité sociaux-professionnelle	5
1.4 L'enquête exploratoire	5
1.4.1 Objectifs généraux de l'enquête exploratoire.....	6
1.4.2 Objectifs spécifiques de l'enquête exploratoire	6
1.4.3 Identification du type d'enquête	6
1.4.4 Population cible	6
1.4.5 Les sites d'exploration	7
1.4.6 Choix de l'Outil de Recueil de Données.....	7
1.4.7 Les avantages du questionnaire	7
1.4.8 Les inconvénients du questionnaire	8
1.4.9 Réflexion éthique et législative	8
1.4.10 Loi Jardé.....	9
1.4.11 Règlement Général de Protection des Données.....	9
1.4.12 Construction de l'outil de recueil de données	9
1.4.13 Choix d'outils d'analyse de données	10
1.4.14 Les modalités de passation de l'ORD	10
1.4.15 Test de faisabilité et de validité	11
1.5 Présentation et analyse des résultats	11
1.5.1 Analyse descriptive de la population	11
1.6 Résultats de l'enquête et Problématisation pratique	11
1.6.1 Perception des ergothérapeutes, dans leur rôle de la gestion d'un trouble de stress- post-traumatique, en fonction de leur lieu d'exercice.....	11
1.6.2 Moyens mobilisés, en ergothérapie, dans la prise en charge d'un trouble de stress- post-traumatique	12

1.6.3	Limites que rencontrent les ergothérapeutes dans la prise en charge de patients ayant un trouble de stress-post-traumatique	13
1.6.4	Besoins exprimés par les professionnels pour améliorer leur prise en charge des patients avec un trouble de stress-post-traumatique	13
1.6.5	Analyse critique du dispositif d'enquête.....	13
1.6.6	Synthèse de la problématisation pratique, actualisation et précision éventuelle du thème de recherche	14
1.7	La revue de littérature	15
1.7.1	La méthodologie de la revue de littérature.....	15
1.7.2	Champs disciplinaires et bases de données.....	15
1.7.3	Equation de recherche.....	15
1.7.4	Etudes cibles.....	16
1.7.5	Présentation de la revue de littérature.....	16
1.7.6	Facteurs et manifestations associés au TSPT	16
1.7.7	Impact du TSPT sur la rééducation fonctionnelle et sur la vie quotidienne du patient	17
1.7.8	Moyens d'intervention pluridisciplinaire auprès des personnes hospitalisées souffrant de TSPT.....	19
1.7.9	Vivacité et utilité socio-professionnel de la thématique.....	21
1.7.10	Synthèse des problématizations pratiques.....	22
1.8	La question initiale de recherche.....	22
1.9	Le cadre conceptuel	23
1.9.1	Les comorbidités.....	23
1.9.2	L'engagement.....	26
1.9.3	Problématisation théorique.....	30
1.9.4	Recontextualisation.....	30
1.10	Question de recherche.....	31
1.10.1	Objet de recherche	31
2	Matériel et méthode	31
2.1	Le choix de la méthode	31
2.2	La population cible et ses critères d'inclusion et d'exclusion.....	32
2.3	Les sites d'exploration	32
2.4	Le choix argumenté de l'outil de recueil des données, ses avantages et ses limites .	33

2.5	Le cadre réglementaire et éthique, les dispositions du chercheur au regard de la loi Jardé, des dispositions éthiques et du RGPD	34
2.6	L'anticipation de ses biais et les stratégies pour les atténuer	35
2.7	La construction de l'outil théorisé de recueil de données	36
2.8	Le choix des outils de traitement et analyse de données.....	37
2.9	Le test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche auprès d'une cohorte d'entraînement.....	38
2.10	Le déroulement de la recherche.....	38
3	Résultats	39
3.1	Données descriptives des ergothérapeutes interviewés	39
3.2	Données qualitatives issues d'entretiens avec les ergothérapeutes	40
3.2.1	Analyse verticale	40
3.2.2	Analyse horizontale	46
3.2.3	Cas clinique	49
4	Discussion	51
4.1	Interprétation des résultats	51
4.1.1	Interprétation des résultats selon l'enquête exploratoire.....	51
4.1.2	Interprétation des résultats selon la revue de littérature.....	52
4.1.3	Interprétation des résultats selon le cadre conceptuel.....	53
4.2	Critique du dispositif de recherche	54
4.2.1	Forces du dispositif.....	54
4.2.2	Faiblesses du dispositif	55
4.3	Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle.....	55
4.4	Transférabilité pour la pratique professionnelle	56
4.5	Perspectives de recherche.....	56
	Conclusion.....	57
	Bibliographie	58
	Sommaire des annexes.....	62

Introduction

1.1 Contexte et point de rupture

Lors de la formation en ergothérapie, nous avons eu un cours sur le trouble de stress post traumatique (TSPT). Nous avons pu aborder la façon dont il se manifestait, les différentes phases, les symptômes... Cependant, le TSPT, est une problématique complexe. Un cours de quelques heures n'est peut-être pas suffisant pour en comprendre les enjeux. En ce qui concerne la prise en charge nous l'avons également abordée de manière synthétique sans réellement nous focaliser sous l'angle de l'ergothérapie. Pour autant, en ergothérapie, le TSPT est un sujet récurrent en psychiatrie. Toutefois, bien que délaissé, il est également présent en SMR. En effet, des séances spécifiques sont consacrées à la prise en charge du TSPT en psychiatrie, ce qui n'est généralement pas le cas en SMR. Dans ce cadre, les patients sont principalement pris en charge pour des pathologies neurologiques, orthopédiques ou fonctionnelles. Cependant, cela n'exclut pas la présence éventuelle d'un TSPT chez ces patients. Or, en l'absence de prescription ciblée sur le TSPT, celui-ci n'est ni systématiquement recherché, ni pris en charge, en ergothérapie. Dans la majorité des cas, le TSPT reste donc non diagnostiqué et non traité dans ces services. Cela soulève une question importante : comment intégrer la prise en charge du TSPT au sein de la prise en charge initiale en SMR ?

1.1.1 Problématique professionnelle

Des questions se posent alors. Quels impacts peut avoir un TSPT s'il n'est pas pris en charge au sein des séances de rééducation ? Et quels impacts peut-il avoir plus tard, dans la vie du patient, s'il n'est pas pris en charge en ergothérapie ? Ainsi comment les ergothérapeutes l'intègrent dans leurs séances en SMR ?

L'exploration de ces différentes questions nous conduit à formuler la problématique professionnelle suivante :

Comment les ergothérapeutes pourraient intégrer la prise en charge du trouble de stress post-traumatique, en ergothérapie, dans le parcours de soins initial, d'un patient en service de soins médicaux et de réadaptation ?

1.2 Thème

Cette problématique professionnelle nous mène donc, à notre thème :

L'intégration de la prise en charge du trouble de stress post-traumatique, en ergothérapie, dans le parcours de soins initial d'un patient en SMR.

1.2.1 Champs disciplinaires

Afin d'approfondir la compréhension de notre thème et d'apporter des éléments de réponse à notre problématique, nous nous appuyerons sur les sciences suivantes :

Neurosciences/neuropsychologie : les neurosciences et les neuropsychologies ont largement étudié(1) les émotions et leur régulation, en s'appuyant sur des disciplines plus spécialisées comme la neuroimagerie, les neurosciences cognitives et affectives. Ces sciences ont donc fait des études sur des personnes ayant des troubles psychiatriques, notamment le TSPT. Ces sciences seront donc employées.

Sciences médicales : nous nous appuyerons sur les sciences médicales, car nous allons aborder les notions de TSPT, mais également les pathologies présentes en SMR.

Sciences de la santé mentale : il existe désormais dans le DSM-5 une section spécifique « Troubles liés aux traumatismes et au stress »(2). De plus, la CIM-11 à contrarioirement à la CIM-10 a inclus le diagnostic de « trouble de stress post traumatique complexe »(3). Donc, nous pourrions faire appel à ces sciences.

Sociologie : la sociologie(4) a contribué à la théorie de la mémoire en ce qui concerne, notamment, le TSPT avec deux contributions « le concept de mémoire collective » de Maurice Halbwachs et « le concept de mémoire sociale » de Niklas Luhmann. Les apports de la sociologie, nous permettront d'agrémenter notre sujet, c'est pourquoi nous nous appuyerons sur ces sciences.

Sciences de l'occupation : le thème s'intéresse à la pratique ergothérapeutique donc les sciences occupationnelles seront sollicitées.

Sciences de la rééducation et de la réadaptation : le thème est fondé sur la pratique en SMR, de ce fait, nous aborderons des aspects reposant sur les sciences de la rééducation et la réadaptation.

1.2.2 Explication terminologique

Ergothérapie : l'ergothérapie est décrite par l'ANFE(5) comme un métier exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social. Il s'effectue en collaboration avec différents professionnels de santé. L'ergothérapie intervient dans un processus de réadaptation, d'intégration sociale et d'adaptation. De plus, elle contribue à la prévention et à la modification d'occupations délétères pour la santé du patient. Elle participe également à l'accès des patients au sein des occupations qu'ils doivent ou souhaitent faire, et cela, de manière sécurisée, autonome, indépendante et efficace.

Trouble de stress-post traumatique : d'après l'OMS(6) un TSPT survient lorsqu'une personne est victime ou témoin d'un événement traumatisant. Pour qu'on appelle cela un TSPT il faut que la personne ait des symptômes de reviviscence, d'hypervigilance et d'évitement. Ce trouble survient généralement immédiatement après un événement traumatisant ou bien dans les mois suivants.

Soins Médicaux et de Réadaptation : d'après le décret du 11 janvier 2022 « L'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales »(7)

1.3 Résonance

Le TSPT représente d'après l'OMS(6) 3,9% de la population mondiale. Cela témoigne d'un trouble fréquent à l'échelle mondiale, il représente donc un enjeu majeur. Le TSPT se traduit par trois grands symptômes : l'hypervigilance, la reviviscence et l'évitement. Malgré cette prévalence, la prise en charge du TSPT fait face à des obstacles. Il y a le fait d'ignorer l'existence de traitement de ce trouble, le manque de services de santé mentale, la stigmatisation sociale ainsi que la pénurie de professionnels qualifiés dans ce domaine. L'OMS(6), pour répondre à ces problématiques, a mis en place, un plan d'action globale pour la santé mentale de 2013 à 2030. L'objectif est de proposer une prise en charge adaptée pour les personnes atteintes de trouble de santé mentale, comme le TSPT. De plus, il est important de souligner que le TSPT s'accompagne de comorbidités. Les plus fréquentes sont les troubles dépressifs, les conduites suicidaires, les addictions et les passages à l'acte médico-légaux. Ces comorbidités impactent négativement la capacité de travail ou encore la réinsertion sociale(8). Le TSPT, comme l'affirme l'Inserm se traduit par des complications physiques et par une souffrance morale ayant un impact direct sur la vie personnelle, sociale et professionnelle(9). Toutefois, ses impacts ne s'arrêtent pas là, puisqu'une étude portant sur la prise en charge du TSPT en rééducation(10), a démontré que le TSPT impact les capacités et incapacités du patient du fait de la mise en tension du lien psychocorporel. Cela perturbe significativement la rééducation du patient.

Si la littérature et les politiques de santé publique mettent principalement l'accent sur la prise en charge du TSPT en service de santé mentale, la question de son repérage et de sa prise en charge en service de soin médicaux et de réadaptation demeure moins explorée. Cette

problématique interroge, ainsi la place et l'intervention de l'ergothérapeute, susceptible d'être perturbée par les symptômes et comorbidité associés au TSPT.

1.3.1 Enjeux

Enjeux médicaux et psychologiques : le TSPT est d'après Sylvie Molenda(11), généralement associé à d'autres troubles psychiatriques, ce qui complexifie et rallonge sa prise en charge. De plus, Pierre Orban(12) décrit différents traitements, certains sont efficaces, mais ils ne sont pas adaptés à tout le monde. Il y a donc un enjeu médical et psychologique.

Enjeux économiques : les traitements psychothérapeutiques efficaces et reconnus lors d'une prise en charge du TSPT sont nombreux. Pierre Orban(12) en cite quatre qui sont, la thérapie par exposition prolongée pour le TSPT, la thérapie du retraitement cognitif, l'EMDR et la thérapie cognitive pour le TSPT. Ces quatre thérapies sont d'après lui, seulement les plus efficaces. Afin, de pouvoir proposer ses traitements, il faut que des soignants soient formés. Pour cela, il faut qu'il y ait des personnes disponibles, compétentes et rémunérées pour transmettre leurs connaissances. Il y a donc un enjeu économique.

Enjeux professionnels : L'OMS(13) met en avant les symptômes liés au TSPT, tel que la réviviscence, l'hypervigilance et l'évitement. Ainsi, lors de la prise en charge de ce trouble, ces symptômes peuvent entraver et complexifier la prise en charge. Cela demande ainsi, aux professionnels de santé de s'adapter afin de prendre en charge non seulement ce trouble mais aussi ceux qui peuvent l'accompagner. Ainsi, le TSPT représente un enjeu professionnel.

Enjeux sociaux : le TSPT est associé à des symptômes, dont le symptôme d'évitement. De plus, le TSPT est comme le dit Sylvie Molenda(11) généralement associé à d'autres troubles psychiatriques. Le symptôme d'évitement et les troubles psychiatriques peuvent pousser ces personnes à s'isoler voire à être exclues socialement. Or, Sylvie Molenda(11) exprime le fait que le soutien social est un élément facilitateur dans le dépassement du traumatisme. Il y a donc un enjeu social.

Enjeux sanitaires : l'OMS(6) estime que 3,9% de la population mondiale est atteinte par le TSPT, ce qui représente une grande partie de la population mondiale. Cette pathologie demande une prise en soin adaptée avec divers techniques et divers soignants. Il y a donc un enjeu sanitaire lié au TSPT.

Enjeux de santé : le TSPT peut s'accompagner d'autres troubles, l'OMS(6) les souligne et mentionne le trouble dépressif, les troubles anxieux, les troubles liés à l'usage de substances psychoactives et l'apparition de pensées et comportements suicidaires. De plus, l'OMS(6) met

en avant ses conséquences comme les tensions physiques et l'usage nocif d'alcool qui sont des facteurs de risque d'autres pathologies comme les maladies cardiovasculaires. Ces pathologies ont donc un impact sur la santé. Il y a alors, un enjeu majeur de santé.

1.3.2 Utilité sociaux-professionnelle

D'après l'Inserm(9), le TSPT se traduit par « une souffrance morale et des complications physiques qui altèrent profondément la vie personnelle, sociale et professionnelle ». Les recherches menées sur ce trouble permettraient donc d'atténuer les répercussions. L'Inserm(9) précise également que des études, à ce sujet, pourraient contribuer à la prévention et au soulagement de cette pathologie.

Par ailleurs, selon Fortin Maxime(14), il a été prouvé que le TSPT a un impact négatif sur la qualité de vie des patients. Il souligne également que les thérapies les plus couramment utilisées, comme la psychothérapie et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), entraînent un taux d'abandon des soins de 20 % à 30 %. De plus, dans 50 % des cas, les patients ne répondent pas au traitement. Ainsi, approfondir la recherche sur cette pathologie présente un double intérêt. D'une part, cela permettrait aux patients de mieux comprendre l'importance des traitements, réduisant ainsi le risque d'abandon. D'autre part, cela favoriserait une meilleure connaissance des différentes prises en charge, leur offrant la possibilité de tester plusieurs méthodes et de choisir celle qui leur convient le mieux. L'objectif étant d'améliorer leur qualité de vie.

Cela fonctionne également pour les professionnels, qui une fois renseignés sur les différentes méthodes de prise en soins pourraient davantage rediriger vers des méthodes plus adaptées, en SMR. De plus, l'Inserm(9) explique également que les professionnels, pourraient également s'informer davantage, sur ses méthodes par le biais de ces recherches, leur permettant d'ajuster leurs stratégies, les rendant plus personnalisées. Également, cela pourrait améliorer l'approche pluridisciplinaire. Le suivi serait donc plus adapté que ce soit sur le plan individuel ou sur le plan collectif.

Nous constatons ainsi, l'impact qu'a le TSPT et l'intérêt de développer des connaissances dans ce domaine. Il semble donc nécessaire de recueillir des données concrètes afin de comprendre davantage le point de vue des ergothérapeutes sur la prise en charge de ce trouble. Dans cette optique nous allons réaliser une enquête exploratoire.

1.4 L'enquête exploratoire

Ainsi, nous allons réaliser une enquête exploratoire pour cela, nous allons établir des objectifs, puis nous allons identifier le type d'enquête, déterminer la population-cible et les

sites d'explorations. Ensuite, nous allons faire le choix de l'outil de recueil de données, élaborer une matrice pour l'enquête et finir par déterminer les modalités de passation de l'ORD¹.

1.4.1 Objectifs généraux de l'enquête expiratoire

- Confronter sa thématique à la réalité de terrain, à la faisabilité
- S'assurer de la vivacité de la problématique professionnelle sur le terrain des praticiens, à l'intérêt et l'utilité pour les professionnels
- Affiner sa thématique et la problématique professionnelle
- Découvrir les éléments pertinents reliés à la thématique (au-delà des croyances et représentations parcellaires de l'étudiant)

1.4.2 Objectifs spécifiques de l'enquête exploratoire

- Evaluer la perception des ergothérapeutes, dans leur rôle de la gestion d'un TSPT, en SMR
- Identifier les moyens mobilisés par les ergothérapeutes pour accompagner les patients présentant un TSPT en SMR
- Repérer les limites que rencontrent les ergothérapeutes dans la prise en charge de patients ayant un TSPT en SMR
- Recenser les besoins exprimés par les professionnels pour améliorer leur prise en charge des patients avec TSPT

1.4.3 Identification du type d'enquête

Les objectifs spécifiques établis relèvent d'une enquête quantitative. En effet, Anne-Laure Farjaudon et Marine Portal(15) définissent une enquête quantitative comme un outil de mesure. L'enquête quantitative permet de mobiliser des données « statistiquement analysable ». La formulation des objectifs, incluant des expressions telles que « évaluer la proportion de » ou « identifier les moyens », implique la collecte de données pouvant être analysées statistiquement. Cela correspond donc à une enquête quantitative.

1.4.4 Population cible

A présent, nous allons rassembler les critères d'inclusion et d'exclusion, pour déterminer la population ciblée.

¹ Outil de recueil de données

Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion concernent les ergothérapeutes exerçant en SMR en France, justifiant d'au moins deux ans d'expérience auprès de patients souffrant de TSPT. Ce temps d'expérience permet d'assurer des réponses reflétant une expérience pratique réelle, garantissant des résultats fiables et représentatifs de la pratique professionnelle.

Critères d'exclusions :

Les critères d'exclusions, quant à eux, concernent :

- Les ergothérapeutes sans expériences en SMR
- Les ergothérapeutes qui ne sont pas/plus en activités
- Les ergothérapeutes exerçant à l'étranger
- Les ergothérapeutes n'ayant pas pris en charge de patient avec un TSPT

1.4.5 Les sites d'exploration

Les patients cible étant des patients avec un TSPT en SMR, les sites d'explorations seront donc principalement en SMR.

1.4.6 Choix de l'Outil de Recueil de Données

Nos objectifs spécifiques cherchent à mesurer des éléments relatifs au TSPT. Ainsi, d'après Anne-Laure Farjaudon et Marine Portal(16), des recherches quantitatives cherchent à mesurer, établir des tendances, des fréquences et des corrélations. De plus, d'après elles(16), un questionnaire peut être majoritairement utilisé pour des recherches quantitatives. Par conséquent, d'après nos objectifs et les éléments bibliographiques dont nous disposons, nous avons choisi de répondre à nos objectifs à l'aide d'un questionnaire

1.4.7 Les avantages du questionnaire

Le questionnaire présente des avantages(17). Tout d'abord, le questionnaire appelé également sondage en ligne, permet de collecter des informations à moindre coût. De plus, cela prend moins de temps que de réaliser un entretien même si préparer un questionnaire peut prendre du temps. C'est notamment le rapport temps quantité qui est avantageux puisque la préparation d'un questionnaire peut bénéficier à un nombre infini de participants. De ce fait, il permet une large diffusion, il n'y a avec cette méthode aucune restriction géographique, cela permet donc d'élargir notre espace d'intervention. Le questionnaire en ligne offre également une flexibilité aux répondants, leur permettant de choisir le moment et le lieu pour le compléter, ce qui évite davantage les erreurs de précipitation. De notre côté, il permet aux interrogateurs de relancer

aisément les répondants grâce au renvoi de courriels. Il s'agit d'une méthode accessible pour les chercheurs au niveau de la collecte des données.

Il existe d'autres avantages au questionnaire. Tout d'abord l'anonymat(18), qui favorise des réponses sincères et fiables sans influence due à la présence de l'enquêteur. Enfin, grâce à différents critères (âge, sexe, niveau d'instruction...) le questionnaire permet une analyse approfondie et l'ouverture d'autres pistes de recherche(18).

1.4.8 Les inconvénients du questionnaire

Le questionnaire bien qu'avantageux, regroupe également divers inconvénients, Noureddine Samlak(18) les met en avant. Tout d'abord, le questionnaire renvoie des questions prédéterminées ce qui limite les réponses et empêche l'exploration de certains détails, le questionnaire doit alors souvent être complété par des méthodes plus qualitatives. De plus, la compréhension des questions peut parfois amener les répondants à ne pas répondre ce qui est attendu, ce qui influe donc sur les recherches. Dans certains cas, il est parfois difficile d'avoir un nombre de résultats suffisant ce qui ne permet pas d'assurer la représentativité des résultats. Les répondants peuvent parfois être occupés ce qui ne leur permet pas de répondre au questionnaire. Les réponses peuvent arriver trop tard ou ne jamais arriver, ce qui peut impacter le travail de l'interrogateur. D'autres personnes peuvent aussi refuser de répondre au questionnaire pour diverses raisons. Puis le questionnaire peut être répondu avec des personnes autour, ce qui peut influencer la personne et donc biaiser les résultats. De plus, la personne peut se précipiter dans ses réponses, peut répondre de manière à satisfaire l'enquêteur, ce qui également donne des réponses erronées(18). Enfin, il est donc important de réaliser un tri des données en essayant de repérer si possible les réponses biaisées. De plus, il représente en amont un travail conséquent. Nous ne pouvons pas, non plus, être sûrs que ce soit l'ergothérapeute visé qui réponde au questionnaire. Le questionnaire nous prive de réponses spontanées. En tant qu'observateur, nous n'avons pas, avec le questionnaire, accès à l'observation. L'enquête peut ne pas répondre ou répondre de façon biaisée par manque d'intérêt ou de temps. Enfin, si la question n'est pas compréhensible, il se peut que les questionnés ne répondent pas, ce qui nous fait perdre des informations.

1.4.9 Réflexion éthique et législative

Ainsi, pour faire passer notre questionnaire en toute légalité et dans le respect de tous les participants, nous allons dans les parties qui suivent, prendre un temps pour développer notre rapport à la loi Jardé et au règlement général de protection des données.

1.4.10 Loi Jardé

Bien que notre recherche ne relève pas du champ d'application de la loi Jardé, elle s'inscrit dans une démarche éthique rigoureuse, où l'attention sera portée sur le respect de la parole et des droits des participants(19). En effet, notre recherche n'a pas comme but de développer des connaissances biologiques ou médicales(20), elle ne vient pas non plus modifier la prise en charge d'un patient, notre recherche s'intéresse uniquement à la pratique des professionnels de santé, ainsi la loi Jardé ne s'applique pas.

1.4.11 Règlement Général de Protection des Données

Toutefois, nous serons soumis au RGPD². Celui-ci précise la notion de données personnelles de façon large comme informations se rapportant à une « personne physique identifiable directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale »(21). Pour respecter la loi RGPD, nous assurerons que toutes les données soient détruites à la fin de leur exploitation et nous mettrons en place des mots de passe, sur notre ordinateur et sur les dossiers comprenant les données confidentielles, dans le but d'éviter tout vol de celles-ci. De plus, nous joindrons au mail, une notice d'information concernant l'anonymat (cf. Annexe 1), ainsi qu'un formulaire de recueil de consentement (cf. Annexe 2). Il sera également précisé dans notre mail que les participants seront en droit de se retirer de l'étude à tout moment et que, le cas échéant, les données les concernant seront supprimées. Ainsi, l'anonymat et le consentement seront strictement respectés.

1.4.12 Construction de l'outil de recueil de données

Pour réaliser notre questionnaire, nous avons construit une matrice de questionnement (cf. Annexe 3). Premièrement, nous avons réalisé une partie sur les éléments descriptifs de la population. Cette partie se compose de quatre questions, où une de ces questions est une question ouverte, une autre fermée et les deux autres semi-ouvertes. Puis pour le premier objectif spécifique qui est « Evaluer la perception des ergothérapeutes, dans leur rôle de la gestion d'un TSPT, en fonction de leur lieu d'exercice », nous avons deux questions, une fermée et une semi-ouverte. Pour le deuxième objectif spécifique, « Identifier les moyens mobilisés par les ergothérapeutes pour accompagner les patients présentant un TSPT », le questionnaire

² Règlement Général de Protection des Données

comporte quatre questions, dont trois semi-ouvertes et une fermée. Le troisième objectif spécifique « Repérer les limites que rencontrent les ergothérapeutes dans la prise en charge de patients ayant un TSPT », recense deux questions, une ouverte et une fermée. Enfin, en ce qui concerne le dernier objectif spécifique qui est, « Recenser les besoins exprimés par les professionnels pour améliorer leur prise en charge des patients avec TSPT », nous avons également formulé deux questions, une fermée et une semi-ouverte. Nous avons privilégié les questions semi-ouvertes pour limiter les biais et favoriser la compréhension. Les questions fermées permettent d'opposer des points de vue, tandis que les questions ouvertes offrent une plus grande liberté d'expression. L'association de ces trois types de questions vise à enrichir la qualité des données recueillies. Une fois les données recueillies, nous élaborerons des calculs de tendance et de fréquence, à l'aide de moyenne et de médiane, dans le but d'interpréter nos résultats.

1.4.13 Choix d'outils d'analyse de données

Afin d'analyser les données, nous allons nous servir d'Excel®. Ce logiciel nous permettra de convertir les résultats issus de Google Forms® en graphiques clairs, mettant en évidence les données clé. Cela facilitera l'analyse des résultats, l'identification des éléments essentiels ainsi que la compréhension des problématiques rencontrées par les ergothérapeutes dans la prise en charge du TSPT en SMR. Afin de mieux comprendre et de mettre en lumière les résultats les plus fréquemment observés, des mesures de tendance centrale, telles que la moyenne et la médiane, seront utilisées, de nouveau grâce à Excel®.

1.4.14 Les modalités de passation de l'ORD

En ce qui concerne la passation du questionnaire, nous irons piocher dans la base de données de l'IFE³, nous effectuerons des recherches sur les réseaux sociaux ou encore sur LinkedIn. Le questionnaire sera envoyé par mail à des ergothérapeutes travaillant principalement en SMR, mais également en psychiatrie. Dans le courriel, il sera précisé qu'il s'agit d'un questionnaire en lien avec le mémoire, incluant la problématique de recherche. De plus, l'aspect confidentiel et anonyme des réponses sera souligné afin de garantir la sérénité des participants. S'il manque des réponses au bout de deux semaines, nous ferons une relance. Nous laisserons un mois de délais après lequel nous clôturerons le questionnaire. Une fois les réponses, nous récolterons les informations.

³ Institut de Formation en Ergothérapie

1.4.15 Test de faisabilité et de validité

Nous avons réalisé le test de faisabilité et de validité de l'enquête, auprès d'une cohorte de 10 personnes. Toutefois, seulement 3 personnes ont répondu à notre questionnaire. Les personnes ayant répondu se situent dans une tranche d'âge entre 22 et 25 ans. Ces trois personnes sont des ergothérapeutes exerçant en SMR. Celles-ci ont également toutes entre 2 et 4 ans d'expérience. Ce test ainsi que les résultats ont permis de valider notre questionnaire. En effet, les questions ont été correctement comprises et les réponses apportées correspondaient à nos attentes, ce qui suggère une bonne compréhension de notre demande.

1.5 Présentation et analyse des résultats

Dans cette partie, nous ferons une présentation et une analyse des résultats. Dans un premier temps, nous procéderons à une analyse descriptive de la situation, puis, dans un second temps, nous présenterons les résultats de l'enquête ainsi que la problématisation issue de la pratique.

1.5.1 Analyse descriptive de la population

Le questionnaire a été envoyé par mail et nous avons récolté 6 réponses. Dans cette partie, nous allons nous pencher sur les résultats concernant l'identité des participants.

Le questionnaire (cf. Annexe 4) démontre que 4/6 des participants ont moins de 30 ans. Nous avons ainsi une médiane égale à 25 ans. De plus, 6/6 des participants sont des ergothérapeutes (cf. Annexe5).

Le graphique (cf. Annexe 6) met en avant que 5/6 des participants, ont entre 2 ans et 4 ans d'expérience en tant qu'ergothérapeute. Cela nous donne une médiane à 3 ans d'expérience. Tous les participants, soit 6/6, exercent en SMR (cf. Annexe 7).

1.6 Résultats de l'enquête et Problématisation pratique

A présent, nous allons présenter et analyser les résultats de l'enquête centrés sur le TSPT. Puis, pour chaque thématique, nous mettrons en avant les questions persistantes, concernant la pratique ergothérapeutique.

1.6.1 Perception des ergothérapeutes, dans leur rôle de la gestion d'un trouble de stress-post-traumatique, en fonction de leur lieu d'exercice

La totalité, soit 6/6 des ergothérapeutes, déclarent jouer un rôle dans la prise en charge du TSPT (cf. Annexe 8).

Toutefois, lorsqu'il s'agit de préciser ce rôle les réponses sont moins homogènes. En effet, 5/6 des ergothérapeutes déclarent avoir comme rôle, dans la prise en charge de TSPT, de collaborer

avec l'équipe pluridisciplinaire pour ajuster le projet de soins, adapter l'environnement ou les tâches, et proposer des activités visant à restaurer la participation occupationnelle. A l'inverse, 1/6 des ergothérapeutes, déclare ne pas avoir de rôle spécifique à jouer, dans la prise en charge du TSPT (cf. Annexe 9). Pourtant, 6/6 des participants ont bien coché, jouer un rôle, dans la prise en charge du TSPT dans leur lieu d'exercice (cf. Annexe 8).

Cette différence met en lumière une homogénéité partielle dans la représentation du rôle de l'ergothérapeute.

Des questions restent toutefois en suspens. Comment les rôles perçus par les ergothérapeutes dans la prise en charge du TSPT se traduisent-ils concrètement dans leur pratique, notamment en SMR ? De plus, comment l'environnement du SMR facilite-t-il ou freine-t-il la prise en compte du TSPT dans l'intervention des ergothérapeutes ?

1.6.2 Moyens mobilisés, en ergothérapie, dans la prise en charge d'un trouble de stress-post-traumatique

Les ergothérapeutes ont déclaré un degré différent de prise en compte de l'élément traumatique chez les patients atteints de TSPT (cf. Annexe 10). Les réponses s'étendent de 1/10 à 10/10, correspondant à une étendue maximale de 9 points, ce qui traduit une forte hétérogénéité. La moyenne est de 5,83 et la médiane de 6,5 indiquant donc, une tendance modérée à intégrer cet élément dans la prise en charge. Ainsi, cette hétérogénéité, suggère une absence de consensus, quant à la prise en compte de l'élément traumatique.

De plus, la moitié des ergothérapeutes, soit 3/6, déclarent toujours adapter leurs interventions en fonction de l'histoire traumatique du patient (cf. Annexe 11).

Afin d'ajuster leurs séances, 4/6 ergothérapeutes, déclarent avoir recours à des ateliers individuels ainsi qu'à la réadaptation cognitive comme moyens de prise en charge des patients atteints de TSPT (cf. Annexe 12).

En ce qui concerne les moyens de prise en charge, trois d'entre eux se distinguent, selon un ordre de préférence similaire chez les participants. En premier lieu, l'entretien est cité comme moyen numéro un par 3/6 ergothérapeutes. Ensuite, les ateliers individuels sont choisis en deuxième position par 3/6 des participants. Enfin, les ateliers thérapeutiques apparaissent en troisième choix pour également 3/6 des ergothérapeutes (cf. Annexe 13).

De nouveau, ces résultats soulèvent des questions. Les ergothérapeutes, abordent-ils l'élément traumatique avec le patient ? Si oui, comment ? Ainsi, comment ces ateliers sont mis en place

avec le patient ? Enfin, est ce que les séances tournent alors uniquement autour du traumatisme ?

1.6.3 Limites que rencontrent les ergothérapeutes dans la prise en charge de patients ayant un trouble de stress-post-traumatique

En ce qui concerne les limites, 5/6 ergothérapeutes déclarent en repérer en présence d'un TSPT. En effet, cela démontre qu'en SMR, la prise en charge de ce trouble freine l'intervention des ergothérapeutes (cf. Annexe 14).

Les limites les plus fréquemment évoquées par les ergothérapeutes sont, d'une part, le manque de temps, mentionné par 2/6 participants, et d'autre part, l'impact significatif que ce trouble peut avoir sur la prise en charge initiale ainsi que dans les activités des patients par 2/6 ergothérapeutes (cf. Annexe 15).

De ce fait, nous comprenons que la prise en charge du TSPT, peut représenter un obstacle pour les ergothérapeutes. Ainsi, existe-t-il une difficulté, pour ces derniers, à articuler les dimensions fonctionnelles et psychologiques dans la prise en charge, alors même qu'ils sont formés à intervenir sur ces deux aspects ?

1.6.4 Besoins exprimés par les professionnels pour améliorer leur prise en charge des patients avec un trouble de stress-post-traumatique

La prise en charge de patient atteint de TSPT semble donc complexe puisque 6/6 ergothérapeutes, déclarent ne pas avoir toutes les clefs nécessaires pour répondre aux besoins d'un patient avec un TSPT (cf. Annexe 16).

Enfin, dans le but d'optimiser leurs interventions auprès de patient atteint de TSPT, 6/6 des ergothérapeutes estiment avoir davantage besoin d'outils spécifiques à l'ergothérapie pour ce trouble. De plus, 5/6 des participants déclarent également, nécessiter de formations concernant le TSPT (cf. Annexe 17).

Ainsi, des ressources sont attendues par les ergothérapeutes. Toutefois, nous nous demandons s'il existait des ressources, concernant les limites de la prise en charge du TSPT en ergothérapie, seraient-elles pour autant sollicitées ? Par conséquent, mettre en place de la prévention, concernant le TSPT et ses impacts, serait-il pertinent ?

1.6.5 Analyse critique du dispositif d'enquête

À présent, nous allons faire un retour sur le dispositif d'enquête. Parmi les points positifs, l'utilisation de la matrice nous a permis de construire notre questionnaire de manière structurée,

en privilégiant un maximum de questions fermées et semi-ouvertes afin de limiter les biais. Par ailleurs, le respect de la méthodologie, ainsi que la réalisation d'un questionnaire test, ont permis de valider l'outil final et de réduire de nouveau les risques de biais.

Cependant, certains points négatifs doivent également être soulignés. Le peu de réponses reçues révèle une faiblesse organisationnelle. En effet, si le questionnaire avait été diffusé plus tôt et à plus d'ergothérapeutes, nous aurions peut-être eu davantage de temps pour recueillir un plus grand nombre de réponses. De plus, le mail diffusant le questionnaire n'était peut-être pas suffisamment percutant ou était trop long pour capter l'attention des ergothérapeutes. Enfin, la question ouverte ne semblait pas assez bien formulée, ce qui n'a pas été relevé lors du test, probablement en raison du manque de retour. De nouveau, cela révèle un manque de gestion du temps.

1.6.6 Synthèse de la problématisation pratique, actualisation et précision éventuelle du thème de recherche

Cette enquête visait à mieux comprendre la perception et les pratiques des ergothérapeutes, face au TSPT, en particulier en SMR. Nous avons pu recueillir des éléments intéressants nous aiguillant davantage sur la pratique ergothérapique, en lien avec le TSPT. Toutefois, certains aspects ne sont toujours pas clairs en effet, nous nous demandons comment les rôles mentionnés se mettent en place dans leur pratique quotidienne ou encore quels sont les éléments facilitateurs et les limites qu'impose un SMR. De plus, bien que des moyens d'intervention comme l'entretien soient mobilisés, l'élément traumatique est-il explicitement abordé avec le patient ? De ce fait, comment sont-ils donc conçus en lien avec le traumatisme ? Dans ce sens, les interventions sont-elles seulement centrées sur le traumatisme si elles le sont, ou abordent-elles d'autres dimensions ? Cette dernière question amène à se demander si les ergothérapeutes éprouvent des difficultés à articuler les dimensions fonctionnelles et psychologiques, alors même que leur formation les prépare à intervenir sur ces deux plans ? Afin, de répondre à ces difficultés, il pourrait être intéressant de proposer des ressources adaptées à la prise en charge du TSPT selon ces deux dimensions. Cependant, cela soulève de nouvelles interrogations. En effet, si des ressources spécifiques existaient, seraient-elles effectivement utilisées ? Ainsi, mettre en place des actions de prévention sur le TSPT et ses impacts serait-il pertinent ?

Le questionnaire nous a donc permis de répondre à nos objectifs spécifiques. Nous avons pu relever la perception des ergothérapeutes, dans leur rôle auprès de patients atteints de TSPT. De plus, nous avons pu voir quels sont les moyens que les ergothérapeutes mobilisent pour ces patients. Puis, nous avons pu repérer les limites et voir les besoins qui émergeaient pour les

contrer. Toutefois, ces réponses mettent effectivement en avant des questions, preuves que ces recherches ne sont pas suffisantes et qu'il faudra poursuivre celles-ci dans cette même direction.

1.7 La revue de littérature

1.7.1 La méthodologie de la revue de littérature

Pour répondre à nos questionnements, nous nous appuyerons sur une revue de littérature. Dans ce cadre, nous présenterons les champs disciplinaires et les bases de données mobilisées, avant de formuler notre équation de recherche. Enfin, un tableau récapitulatif des bases de données utilisées sera établi.

1.7.2 Champs disciplinaires et bases de données

Pour nos recherches littéraires, nous nous appuyerons sur cinq bases de données. PubMed et ScienceDirect, spécialisées dans les sciences médicales. Celles-ci couvrent nos besoins en lien avec ce champ disciplinaire. Cairn répondra à nos besoins en sociologie. De plus, Otseeker répondra à nos besoins en ergothérapie, puisque nos recherches sont basées sur la pratique ergothérapique. Enfin, Google Scholar, base généraliste, nous permettra d'explorer d'autres disciplines pertinentes telles que les sciences occupationnelles, la rééducation-réadaptation, la psychiatrie et les neurosciences ou la neuropsychologie.

1.7.3 Equation de recherche

Pour le choix de nos mots-clés, nous nous sommes appuyés sur notre problématique professionnelle en intégrant la mention « stress post-traumatique ». Nous avons exclu « ergothérapie » par manque de résultats. Nous avons privilégié les dénominations « centre de rééducation » ou « rééducation » plutôt que « SMR », également par insuffisance de résultats. Nous avons ajouté comme opérateurs booléens « ET » ou « AND » en anglais dans l'objectifs de se rapprocher au plus de notre thème. Nous avons également ajouté « OR » ou « OU » dans le but d'avoir un maximum de résultats se rapprochant de notre thème. Enfin, nous avons mis des guillemets pour que les logiciels comprennent qu'il s'agit d'un même terme. Ainsi, nous obtenons :

Anglais : « post-traumatic stress » AND « rehabilitation centre » OR « réhabilitation »

Français : « stress post traumatique » ET « centre de rééducation » OU rééducation

Ainsi, grâce aux recherches avancées nous avons pu faire un tri afin de conserver les données pertinentes. Nous avons donc retenu huit données de littérature (cf. Annexe 18).

1.7.4 Etudes cibles

Critères d'inclusion : Ont été incluses :

- Les études abordant un TSPT diagnostiqué
- Les études abordant l'impact du TSPT sur la rééducation, la vie quotidienne, la qualité de vie et/ou la participation occupationnelle.
- Les études abordant la prise en charge en rééducation ou en SMR
- Les études issues de la littérature scientifique, grise ou professionnelle

Critère d'exclusion : Ont été exclues :

- Les études abordant des symptômes similaires au TSPT mais où celui-ci n'a pas été diagnostiqué.
- Les études sans liens avec les facteurs associés au TSPT, sa prise en charge ou encore ses impacts dans la rééducation ou le quotidien du patient.
- Les études datant de plus de 15 ans
- Les études sans méthodologie validée

1.7.5 Présentation de la revue de littérature

Nous allons à présent développer les résultats de la revue de littérature, qui s'appuie sur 11 études scientifiques. Il s'agit d'études nationales et internationales. En effet, il y a trois études Françaises, deux études Canadiennes, deux États-Uniennes, une étude Ukrainienne, une étude Chinoise et une étude Turque. Il y a également, une étude provenant de l'OMS. Au sein de ces études, huit sont scientifiques et deux proviennent de la littérature grise et une de littérature professionnelle (cf. Annexe 19).

1.7.6 Facteurs et manifestations associés au TSPT

L'OMS, aborde dans le plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030, les facteurs de risques du TSPT(13). En effet, ces facteurs de risque incluent le sexe féminin, l'exposition répétée à des traumatismes, les antécédents familiaux et le faible soutien social. Ces résultats sont probants car les plans d'actions de l'OMS reposent sur des données fiables, à grande échelle et analysées selon des méthodes scientifiques rigoureuses. Une étude chinoise de 2021 de type quantitative, traite le TSPT chez les patients brûlés et chez leurs proches(22), et vient compléter ces résultats. L'étude a été menée auprès de 131 patients et 194 membres de leur famille. Les résultats montrent une prévalence élevée du TSPT, avec 42% des patients et 51% des proches de ces derniers, répondant aux critères de diagnostic. D'après elle, les facteurs significativement associés au TSPT sont le sexe féminin, le jeune âge, le faible statut socio-

économique, la gravité des brûlures (dans le cas de cette étude) et la durée d'hospitalisation. Ces résultats sont à prendre avec prudence car c'est une étude transversale et monocentrique. Ces résultats se complètent également avec ceux d'une étude française de 2017 à visée descriptive et informative, qui aborde la prévention du TSPT pour le comprendre et éviter le handicap(23). En effet, pour elle la prévalence du TSPT est plus élevée chez les femmes et les professions à risque (pompiers, militaires). Ces résultats sont à prendre avec prudence car il ne s'agit pas d'une étude scientifique mais professionnelle qui peut présenter des biais.

L'OMS met également en avant les symptômes associés au TSPT(13). Ces symptômes sont la reviviscence, l'évitement et l'hypervigilance. Ces résultats corroborent l'étude française de 2017, qui aborde la prévention du TSPT pour le comprendre et éviter le handicap(23). Elle aborde également, les symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hypervigilance. Elle vient aussi la compléter en ajoutant les troubles du sommeil et de la concentration. Également, le TSPT peut entraîner une dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien entraînant un stress chronique avec une hyperréactivité semblable à de l'hypervigilance et une difficulté de mémorisation. Ces résultats se complètent également par une étude française qualitative exploratoire de 2021, abordant la prise en charge du TSPT en rééducation(10). En effet, elle met en avant des troubles tels que de l'anxiété, de l'hypervigilance, des troubles du sommeil, de la fatigue, des troubles cognitifs et de l'humeur, une perte de motivation. De plus, elle parle des conduites addictives qui peuvent émerger, ainsi que des symptômes restés dans le déni, tels que des douleurs chroniques importantes et inexplicables. Ces résultats doivent toutefois, être abordés avec prudence, car il s'agit d'une étude monocentrique, réalisée sur un faible échantillon.

Suite aux éléments présentés des questions surviennent : comment l'ergothérapeute peut-il mesurer l'impact du TSPT tout au long de sa prise en charge rééducative ? De plus, en quoi les symptômes et les risques associés au TSPT pourraient-ils influencer l'engagement du patient lors des séances d'ergothérapie ? Ainsi, comment l'ergothérapeute peut-il assurer la prise en charge des comorbidités, à la fois physiques et psychologiques, tout en soutenant l'engagement du patient ?

1.7.7 Impact du TSPT sur la rééducation fonctionnelle et sur la vie quotidienne du patient

Plusieurs études ont mis en avant l'impact du TSPT sur la rééducation. Une étude française de 2021 reposant sur une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 30 professionnels de santé, exerçant en service de rééducation(10), met en avant que la présence

d'un TSPT altère systématiquement les capacités et incapacités du patient, de façon globale. Cela s'explique par la mise en jeu importante du lien psychocorporel, dans le TSPT. Ainsi, la mise en tension du lien psychocorporel tend généralement à perturber le processus de rééducation, au même titre que d'autres manifestations. Celles-ci incluent majoritairement, des troubles anxieux, une fatigue liée à des troubles du sommeil ou aux traitements, des troubles cognitifs et de l'humeur. De plus, des conduites addictives, un déni ou encore des douleurs chroniques importantes et inexplicables peuvent également complexifier la prise en charge rééducative. Par ailleurs, l'étude rapporte que 5,75% des patients hospitalisés en MPR en 2019 présentaient un TSPT. Une étude américaine publiée en 2013(24), traitant la prise en compte conjointe de la douleur et du TSPT dans le processus de réadaptation des patients médullaires, complète ces résultats. Il s'agit d'une analyse longitudinale rétrospective des données recueillies, à partir des dossiers médicaux électroniques. Ces dossiers médicaux concernent 87 anciens combattants atteints de lésions médullaires, suivis en réadaptation entre 2003 et 2009, présentant des douleurs aiguës. Cette étude indique que plus des deux tiers des participants, présentaient soit une douleur, soit un TSPT, soit les deux. 30% des anciens combattants, avaient une douleur et un TSPT. Les personnes avec seulement un TSPT déclaraient une douleur globale supérieure aux autres groupes. Les participants avec une douleur seule ou associée au TSPT ont vu leur douleur diminuer d'environ 3,5 points, durant leur rééducation, alors que ceux avec un TSPT seul ont connu une augmentation moyenne de 3 points, de leur douleur globale. Cette étude longitudinale multicentrique est rigoureuse et représentative, mais doit être interprétée avec prudence en raison de son ancienneté et du faible effectif. Une étude réalisée aux Etats-Unis en 2019(25), abordant les modèles de désengagement thérapeutique et traits de personnalité associés au TSPT, complètent ces résultats. Il s'agit d'une étude randomisée et contrôlée assurant ainsi des résultats probants. Les résultats indiquent que seuls 52% des vétérans avec un TSPT ont suivi l'intégralité du traitement et 31% de ces vétérans ont réalisé moins de 6 séances. L'étude conclue que le désengagement représente un défi important, lorsqu'un TSPT est présent.

Concernant les impacts du TSPT dans la vie quotidienne, une étude Turque de 2014, traite le TSPT et la qualité de vie chez les patients brûlés(26). Cette étude a évalué la qualité de vie des patients, via le questionnaire CAPS. Ce questionnaire a mis en avant des scores plus faibles chez les patients souffrants de TSPT, notamment dans les domaines de fonctionnement physique, des activités physiques liées aux rôles et du fonctionnement social. Ces résultats sont toutefois à prendre avec prudence, car il s'agit d'une étude transversale et monocentrique basée

sur des auto-questionnaires. De plus, les différences de scores entre les patients avec un TSPT et ceux sans, ne sont pas statistiquement significatives. L'étude chinoise de 2021, traitant le TSPT chez les patients brûlés et chez leurs proches(22), vient compléter ces résultats. En effet, le TSPT peut entraîner une baisse de la qualité de vie mais peut également impacter les proches du patient ayant subi un traumatisme entraînant chez le patient un TSPT. Effectivement les chiffres de cette étude, montrent une prévalence du TSPT de 31,8 % chez les patients brûlés et de 29,4 % chez les membres de leur famille, ces résultats démontrent l'impact sur la qualité de vie du patient souffrant de TSPT.

Suite à la présentation de ces résultats, des questions émergent : comment l'ergothérapeute adapte-t-il ses séances en fonction des symptômes associés au TSPT ? Comment l'ergothérapeute peut-il ajuster ses séances pour tenir compte d'un éventuel désengagement lié à ces symptômes du TSPT ? Comment l'ergothérapeute peut-il réduire l'impact du désengagement sur la vie quotidienne du patient avec un TSPT ? Quels outils ergothérapiques peuvent être employés pour réduire l'impact du TSPT sur la vie quotidienne du patient ? Enfin, comment les ergothérapeutes peuvent-ils intégrer les proches du patient atteint de TSPT dans sa prise en charge en SMR ?

1.7.8 Moyens d'intervention pluridisciplinaire auprès des personnes hospitalisées souffrant de TSPT

Une étude menée en 2021 aux Etats-Unis aborde les soins collaboratifs par étapes et TSPT en traumatologie(27). Cette étude est un essai clinique randomisé multicentrique, avec un suivi longitudinal (3, 6, 12 mois), qui démontre un niveau de rigueur scientifique important. Cette étude met en avant les soins collaboratifs par étapes qui associent des moyens d'interventions médicamenteux et psychothérapeutiques. L'objectif est de réduire la fragmentation des soins. Si les symptômes sont persistants, les soins s'intensifient et s'ajustent. L'essai effectué par cette étude, montre que les soins collaboratifs par étapes, sont efficaces pour réduire les symptômes de TSPT à 6 mois. Toutefois cette étude s'oppose à elle-même, puisqu'elle a également démontré que la méthode n'est pas efficace à 12 mois.

Dans une logique complémentaire, des études mettent en avant l'importance de l'adaptation des informations. L'étude Française de 2021 traitant de la prise en charge du TSPT en rééducation(10), met en évidence l'adaptation de la prise en charge selon l'environnement, les comportements et les techniques. En effet, les adaptations environnementales visent à créer un cadre sécurisant, limitant les stimulations et privilégiant des séances individuelles adaptées au patient atteint de TSPT. Les adaptations comportementales concernent le savoir-être du

thérapeute : patience, écoute, empathie, communication positive et respect du rythme du patient. Enfin, les adaptations techniques reposent sur l'ajustement des outils ou des procédures de soins. Ces résultats se complètent avec une étude ukrainienne de 2024, traitant des apports de la réalité virtuelle dans le traitement des phobies et du TSPT(28). Cette étude est basée sur une méthode analytique, comparative et de systématisation. Elle met en avant les principales techniques utilisées dans le traitement du TSPT à l'aide de la réalité virtuelle (l'exposition, la désensibilisation, les TCC, la récupération, la médiation et la relaxation). Celle-ci permet aux patients de revivre progressivement leurs traumatismes dans un environnement sécurisé. Cette immersion traite les effets psychologiques et physiques du traumatisme, améliorant la qualité de vie. Ces résultats sont à prendre avec prudence car ils s'appuient sur un échantillon restreint et l'étude manque d'essai contrôlé.

Par ailleurs, ces résultats se complètent avec une étude française de 2017, abordant l'activité créative et le TSPT(29). Cette étude s'est réalisée sur 13 patients civils et militaires, ayant subi un événement traumatique entraînant l'apparition d'un TSPT. Les activités créatives peuvent être un support pour les ergothérapeutes, afin de répondre aux besoins de ces patients. Elles permettent l'expression, la valorisation, le renforcement des liens sociaux, la détente, le gain de confiance en soi, un sentiment de sécurité et favorisent l'autonomie. Dans l'étude, 12 patients ont montré une augmentation de leur bien-être et une diminution des difficultés dans leur vie quotidienne au cours de l'hospitalisation. Ces résultats sont à prendre avec prudence puisqu'ils proviennent d'un mémoire de troisième année d'ergothérapie. Une étude de l'OMS qui met en avant l'auto prise en charge, pour des patients atteints de TSPT(13) vient compléter ces résultats. Cette méthode consiste à maintenir une routine, parler à des personnes de confiance, éviter les drogues ou l'alcool, pratiquer une activité physique, maintenir de bonnes habitudes de sommeil et mettre en place des activités de gestions du stress.

Ces résultats se complètent avec ceux d'une étude canadienne de 2019 traitant le TSPT en ergothérapie(30). Ces résultats sont à prendre avec prudence car peu d'études évaluent directement l'efficacité des interventions ergothérapeutiques. Toutefois, elle met en avant que les occupations visant l'autorégulation, comme le yoga, la pleine conscience ou les activités physiques, semblent prometteuses. Elle souligne également l'importance d'une intervention précoce pour prévenir la désorganisation. Ce dernier résultat corrobore l'étude française de 2017 qui aborde la prévention du TSPT pour le comprendre et éviter le handicap(23) qui repose sur une méthode descriptive et explicative. Cette étude souligne l'importance du repérage précoce pour établir des soins précoces. Elle vient également compléter ces résultats, en

soulignant l'intérêt d'intégrer de la prévention et un soutien psychologique lors de TSPT. Ce dernier aspect corrobore l'étude turque de 2014 traitant le TSPT et la qualité de vie chez les patients brûlés(26). Cette étude est transversale et monocentrique basée sur des auto-questionnaires. En effet, elle met en avant l'importance d'intégrer une prise en charge globale de la réadaptation, incluant des aspects psychologiques.

Enfin, toutes ces études sont complémentées par une étude canadienne de 2024 qui aborde la pratique ergothérapeutique en santé et dans la prise en charge du TSPT, en contexte judiciaire(31). En effet, elle ajoute les actions que les ergothérapeutes réalisent dans ce contexte. L'ergothérapeute accompagne la restauration de la participation occupationnelle et la reconstruction d'une routine de vie stable. Il enseigne des méthodes non médicamenteuses, de gestion des symptômes et encourage des comportements plus sains et significatifs et aide à la réinsertion. Cette étude repose sur des sources scientifiques fiables ce qui a permis de construire des recommandations professionnelles solides.

Suite à la présentation de ces résultats, des questions émergent : de quelle manière l'ergothérapeute doit-il amener ces méthodes pour favoriser l'engagement du patient dans sa prise en charge rééducative ? Comment l'ergothérapeute peut-il adapter ses interventions, pour maintenir l'engagement du patient tout au long du processus rééducatif, malgré les fluctuations des symptômes du TSPT ? De plus, comment l'ergothérapeute peut-il s'adapter à la présence de comorbidités du TSPT, à l'aide de ses moyens d'interventions ? Ainsi comment l'ergothérapeute peut-il ajuster les activités et les supports d'intervention pour limiter l'impact des comorbidités sur la participation occupationnelle et donc sur l'engagement ?

1.7.9 Vivacité et utilité socio-professionnel de la thématique

Cette revue de littérature met en avant la vivacité de la question de recherche. En effet, elle souligne la complexité du TSPT ainsi que ces diverses répercussions, sur la rééducation et la participation occupationnelles. Les études démontrent que le TSPT n'est pas un simple trouble psychologique mais qu'il a un réel retentissement sur la qualité de vie, la vie quotidienne, la dynamique familiale et la réinsertion sociale du patient. De cette façon, nous pouvons dire que la prise en charge du TSPT est un enjeu majeur de santé publique, comme le reconnait l'OMS et les différentes études. De même, le TSPT représente un enjeu important pour les ergothérapeutes. En effet, leur vision globale, centré sur l'occupation et la personne, permet d'apporter une plus-value au niveau de la reconstruction des routines, l'autonomisation et la réinsertion socio-professionnelle. De plus, les différentes visions concernant la prise en charge du TSPT montrent l'intérêt de pensée à une place spécifique de l'ergothérapeute dans la prise

en charge de cette pathologie complexe. Également, la diversité des outils d'intervention utilisable par les ergothérapeutes témoigne de leur potentiel d'action et d'adaptation face à ces problématiques. Enfin, les études permettent de constater, l'absence de recherche et donc de connaissances concernant la prise en charge du TSPT en rééducation. En effet, bien que certaines réponses soient apportées, il reste difficile de déterminer l'ordre, les priorités ou les techniques spécifiques à mobiliser lorsqu'un TSPT est associé à un trouble physique initial. Ainsi, s'interroger sur la prise en charge du TSPT lors d'un parcours de soins initial en SMR en ergothérapie, semble pertinent.

L'ensemble de ces conclusions renforce donc l'utilité socio-professionnelle de la question, car elle contribue à définir d'avantage le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soins du TSPT, à faire évoluer les pratiques et à promouvoir la prise en charge de ce trouble.

1.7.10 Synthèse des problématiques pratiques

Les résultats de l'enquête exploratoire et des études mettent en lumière la complexité de la prise en charge du TSPT en SMR, en particulier pour les ergothérapeutes. Ainsi, bien que ces recherches nous donnent des résultats intéressants à ce sujet, des questionnements persistent. En effet, les compétences des ergothérapeutes sur les versants psychiatriques et fonctionnels, constitue un atout pour la prise en charge du TSPT en SMR. Ainsi, comment les ergothérapeutes optimisent la prise en charge d'un patient avec un TSPT et des comorbidités à la fois psychologique et physique ? De plus, comment les ergothérapeutes favorisent et maintiennent l'engagement du patient lors des séances malgré la fluctuation des symptômes ou le risque de désengagement ? Également, quelles stratégies ou outils ergothérapeutiques peuvent utiliser les ergothérapeutes pour limiter l'effet du désengagement sur la vie quotidienne et la participation occupationnelle ? De plus, comment les ergothérapeutes intègrent la prise en charges des comorbidités tout en assurant la continuité et l'efficacité des interventions ? Enfin, quels moyens (méthodes, outils, approches, modèles) sont les plus adaptés aux ergothérapeutes, pour soutenir et maintenir l'engagement du patient, lorsqu'il est fragilisé par différentes comorbidités liées au TSPT ?

1.8 La question initiale de recherche

La mise en tension entre les données de la littérature et les réalités pratiques ainsi que les questionnements émergents, nous mènent à une question initiale de recherche :

Dans le cadre d'un parcours de soin : en quoi la présence de comorbidités, interagirait-elle avec l'engagement du patient ?

1.9 Le cadre conceptuel

A présent, nous allons développer les concepts mis en tension dans notre question de recherche initial, afin d'étayer notre cadre conceptuel (cf. Annexe 20).

1.9.1 Les comorbidités

La question initiale de recherche aborde les comorbidités. Afin d'en comprendre ses attributs essentiels nous mobiliserons les sciences médicales et psychiatriques. Bien qu'il soit largement répandu et associé à diverses pathologies, nous allons redéfinir ce terme. Pour cela, nous nous baserons sur les propos de Alvan R. Feinstein, docteur en médecine, qui, d'après nos recherches, apparaît comme un pionnier dans ce domaine. Ainsi, il définit les comorbidités, comme « toute entité clinique supplémentaire distincte qui a existé ou qui peut survenir au cours de l'évolution clinique d'un patient atteint de la maladie index étudiée »(32). Toutefois, la comorbidité ne se limite pas à ces seuls éléments. En effet, Feinstein(32) distingue différents types de comorbidités en s'appuyant sur plusieurs catégories d'attributs.

La toponymie primaire et secondaire :

Tout d'abord, il aborde la toponymie, c'est-à-dire, qu'il cherche à savoir où se situe une comorbidité dans le corps et de quelle façon elle est liée à la maladie index. Ainsi, afin de comprendre cela il rappelle les notions d'évènements primaires et secondaires. L'évènement primaire constitue les manifestations liées directement à la maladie index, tandis que les secondaires représentent les conséquences indirectes, les complications(32).

La relation toponymique entre les maladies :

Toutefois, cette classification ne semble pas suffire à Feinstein(32) lorsque deux maladies sont présentes en même temps. C'est donc à ce stade qu'il introduit la relation toponymique entre les maladies, en classant leurs interactions selon leurs caractéristiques morphologique et pathogénique.

Ainsi en morphologie la maladie peut avoir un emplacement topographique primaire, c'est-à-dire un emplacement précis dans le corps. Elle peut également être qualifiée d'holistique, autrement dit, qui concerne le corps entier sans localisation précise. De plus, en association morphologique, deux maladies peuvent être qualifiées de « co-zonales », c'est-à-dire que ces deux maladies partagent une même localisation topographique générale. Dans le cas contraire, si deux maladies touchent deux zones du corps différentes, sans lien anatomique, Feinstein(32) parle alors de maladies externes.

En ce qui concerne les interactions pathogéniques, bien que celles-ci soient plus complexes à évaluer, du fait de l'évolution constante, Feinstein(32) en identifie plusieurs. Tout d'abord, il aborde la maladie ancestrale, lorsque la comorbidité devient la maladie index. Puis, il met en avant la maladie survenante, qui apparaît consécutivement à la présence de la maladie index et de ses effets anatomiques. Également, il parle de maladie dérivée qui est causée par la propagation du même processus pathologique présent dans la maladie index. Enfin, il aborde la maladie comorbide qui ne présente aucune des relations de dépendance décrites précédemment. Elle est donc considérée comme indépendante. Enfin, pour qu'une maladie soit considérée comme une comorbidité, Feinstein(32) insiste sur la prise en compte de la chronométrie.

La chronométrie :

La chronométrie correspond à l'analyse du temps dans le parcours médical d'un patient pour déterminer si les maladies, manifestations ou symptômes sont liés à la maladie index et donc s'ils sont des comorbidités. Pour cela il se base sur le « temps zéro »(32), qui s'apparente au moment où la maladie index est diagnostiquée. En ce qui concerne les événements antérieurs, pour qu'une maladie soit considérée comme une comorbidité antérieure, la durée maximale peut-être de maximum 10 ans pour une comorbidité co-zonale et de 2 ans pour une comorbidité externe. De plus, une maladie antérieure peut être considérée comme concomitante même si elle n'est plus présente au temps zéro, lorsque celle-ci est co-zonale à la maladie index. Cependant, elle doit être présente ou laisser des séquelles au temps zéro, lorsqu'elle est externe, pour être identifiée comme comorbidité. En outre, pour être considérée comme comorbidité simultanée, la maladie doit être cliniquement présente ou évolutive au temps zéro, indépendamment de sa date de début. Enfin une comorbidité est dite survenante, lorsqu'elle est postérieure au temps zéro, dans le cadre de l'évolution de la maladie index ou de ses conséquences.

Ainsi, Feinstein(32) classe les comorbidités en fonction de leurs caractéristiques morphologique, pathogénique et chronométrique.

La comorbidité homotypique et hétérotypique :

Adrian Angold(33), qui a également étudié les comorbidités de façon approfondie, propose une classification différente de celle de Feinstein. Tout d'abord, il parle de comorbidité homotypique et hétérotypique. Une comorbidité homotypique est d'après lui, lorsqu'il y a une co-occurrence de troubles appartenant à la même catégorie diagnostique. Tandis qu'une

comorbidité hétérotypique est lorsqu'il y a co-occurrence de troubles appartenant à des catégories différentes.

La comorbidité familiale :

Ensuite, il aborde la comorbidité familiale, qui suggère que la comorbidité apparaît chez un individu mais également au sein d'une même famille. Toutefois, il souligne que les troubles ne sont pas forcément identiques au sein de la famille, mais qu'ils partagent des vulnérabilités.

La comorbidité successive et concomitante :

Enfin, il évoque les comorbidités successives et concomitantes. Ici est intégré la notion du temps. En effet, une comorbidité successive, suggère que les différents troubles apparaissent à des moments différents sans se chevaucher dans le temps. Dans le cas contraire, la comorbidité concomitante, signifie que les troubles sont présents en même temps avec un chevauchement temporel(33).

L'importance de la prise en compte des comorbidités :

Angold, met en avant l'importance de prendre en compte et de comprendre les comorbidités. En effet, la comorbidité apparaît comme une opportunité pour comprendre davantage le développement d'une psychopathologie et permettre d'améliorer la nosologie. De plus, il met en avant l'importance de considérer la comorbidité, dans le but de comprendre l'étiologie, l'évolution et les traitements des troubles(33). Également, Feinstein(32) souligne l'importance de savoir classer les comorbidités. En effet, les erreurs de classification de comorbidités ont non seulement entraîné des erreurs de statistiques médicales mais également des erreurs de planification et d'évaluation de traitement. Ces erreurs biaisent ainsi, la prise en charge d'un patient.

Synthèse des comorbidités :

Les comorbidités sont abordées ici, au travers des sciences psychiatriques et médicales. Elles désignent toute entité clinique supplémentaire distincte, associée à une maladie index au cours de l'évolution clinique d'un patient. Les comorbidités prennent d'abord en compte, la localisation du trouble (la toponymie primaire et secondaire), mais aussi la nature des interactions entre plusieurs troubles. Ainsi, cela implique l'analyse de leurs liens morphologiques, pathogéniques ou temporels (chronométrie). La chronométrie permet donc en se basant sur un « temps zéro », de distinguer les comorbidités antérieures, concomitantes ou survenantes.

Une approche complémentaire est abordée, se centrant sur les classifications diagnostiques et sur le développement des troubles. Sont alors distinguées, les comorbidités homotypiques qui sont ainsi désignées lorsque les troubles appartiennent à une même catégorie diagnostique et les comorbidités hétérotypiques, dénommées ainsi lorsque les troubles relèvent de catégories différentes. Les comorbidités concomitantes ou successives et les comorbidités familiales, sont également mises en évidence. Faire une différenciation des comorbidités est donc essentiel pour éviter des biais diagnostiques et pour adapter la prise en charge des patients.

1.9.2 L'engagement

La question initiale de recherche aborde également l'engagement. Dans le cadre de ce concept, nous mobiliserons les sciences psychologiques. En effet, ces sciences nous permettront de comprendre les faits psychiques, les comportements, les pensées et les sentiments liés à l'engagement(34). Nous traiterons également l'engagement sous l'angle des sciences occupationnelles, afin d'en saisir les liens et les effets sur les différentes activités au travers desquelles les individus s'expriment et construisent leur vie relationnelle(35).

L'engagement :

Au travers des sciences psychologiques, Kiesler, Charles A., professeur en psychologie sociale a apporté une importante contribution à la conceptualisation et à l'opérationnalisation du concept d'engagement, et en définit ce terme. Il considère l'engagement comme le lien qui unit l'individu à ses actes comportementaux. Toutefois, il apporte certaines précisions. Selon lui, le degré d'engagement peut être intensifié par l'augmentation d'un ou plusieurs de ces éléments : le caractère explicite de l'acte, le degré d'irrévocabilité de l'acte, le nombre d'actes réalisés et

le degré de volonté dans l'exécution de l'acte(36). Kiesler met en avant que l'engagement, dépend majoritairement de la situation, le contexte dans lequel la personne agit et non pas principalement de sa personnalité. De plus, il exprime l'importance du choix ou du moins ce qu'il appelle « l'illusion de liberté »(36), vis-à-vis de l'engagement. C'est le sentiment subjectif de liberté qui renforce l'engagement. Le fait de prendre ses propres décisions génère un sentiment « d'auto-responsabilité »(36). Toutefois cela peut générer un effet boomerang s'il n'y a aucun contrôle, tant sur l'éventail des choix proposés que sur l'attribution des récompenses. Ainsi, il exprime également que « l'engagement est le lien qui unit l'individu à ses actes comportementaux ».

Cependant le concept d'engagement ne fait pas consensus. En effet, pour Joule et Beauvois, professeurs et chercheurs en psychologie sociale, l'engagement résulte avant tout des caractéristiques objectives de la situation(37). A l'inverse de ce que décrit Kiesler, c'est pour eux le contexte qui engage l'individu et conduit ainsi à la création d'un lien entre une personne et ses actes. Pour eux, ce lien n'est rien d'autre qu'une conséquence de l'engagement mais ne représente pas un facteur de l'engagement. De plus, ces auteurs mettent en avant la « manipulation de la variable engagement ». Celle-ci est regroupée en deux catégories : « la visibilité et l'importance de l'acte » et « la raison de l'acte et le contexte de liberté ». La première catégorie contient 6 facteurs. Tout d'abord le « caractère public de l'acte », signifiant qu'un acte réalisé en public est plus engageant que lorsqu'il est réalisé dans l'anonymat. Il y a également le « caractère explicite de l'acte », qui indique qu'un acte explicite est plus engageant que dans le cas contraire. Puis « l'irrévocabilité de l'acte » qui est plus engageant que lorsqu'il est révoquant. Ensuite, il y a la « répétition de l'acte », à savoir qu'un acte répété est plus engageant que lorsqu'il n'est réalisé qu'une seule fois. Les « conséquences de l'acte » est également un facteur d'engagement, dans le sens où moins de conséquences engendrent moins d'engagement. Enfin, il y a le « cout de l'acte », signifiant que les individus demeurent plus engagés lorsqu'un acte est couteux en argent et en temps. La « raison de l'acte et le contexte de liberté » expriment pour leur part que l'engagement est influencé par des causes internes et externes. C'est-à-dire qu'un individu s'engagera davantage s'il a l'impression d'agir librement et pour des raisons internes que s'il agit sous contrainte et pour des raisons externes.

Les travaux de Kiesler et de Joule et Beauvois, mettent en lumière l'aspect dynamique de l'engagement. En effet, l'engagement se développe aux travers de divers actes tels que la visibilité, l'illusion de liberté, la répétition ou encore l'irrévocabilité, selon leur niveau

d'intensité. Ainsi, cela démontre que le niveau d'intensité d'engagement d'un individu peut varier en fonction du contexte dans lequel il est impliqué.

Le continuum de l'engagement :

Dans ce sens, Squirrell(38) s'inscrit dans cette approche théorique d'engagement dynamique, en appréhendant l'engagement comme un continuum. En effet, elle exprime qu'adopter l'engagement comme une approche continue permet de maintenir « l'ouverture des options », c'est-à-dire que l'engagement n'est plus binaire (engagé / pas engagé), mais perçu comme un élément graduable (peu engagé / moyennement engagé / très engagé...). De plus, cette vision permet d'éviter la stigmatisation à certains types d'engagements. De cette façon cela permet de choisir l'engagement qui convient le mieux en fonction de l'acte.

L'engagement occupationnel :

Ainsi, si l'engagement est étudié dans ce qu'ils nomment des « situations » ou bien des « actes », ces termes peuvent également être compris à travers des activités dans lesquelles un individu s'investit. Pour cela, en sciences occupationnelles, on parle d'engagement occupationnel. Cette notion est définie par le MCREO et plus précisément par Townsend et Polataiko chercheuses en ergothérapie, comme « l'action de se mobiliser, de devenir occupé, de participer à une occupation ou de s'y engager, c'est apporter sa contribution afin d'être, de devenir et d'appartenir, ainsi qu'effectuer ou s'adonner à des occupations »(39). Dès lors, l'engagement occupationnel ne concerne pas uniquement la performance réelle au sein d'une occupation mais prend également en compte le degré d'importance accordé à celle-ci et le degré de satisfaction qu'elle lui procure(40). De plus, le guide du diagnostic en ergothérapie(41), explique que l'engagement occupationnel se décline en fonction de sa nature, c'est-à-dire qu'il soit actif ou passif, et de son degré d'établissement, s'il est nouveau, continu ou en lien avec une transition occupationnelle.

L'adhésion thérapeutique :

L'engagement occupationnel est défini avec des termes tels que « participer », se « mobiliser » ou encore « apporter sa contribution ». Ces termes font écho au concept d'adhésion thérapeutique. En effet, l'OMS définit l'adhésion thérapeutique comme « la mesure dans laquelle le comportement d'une personne – prise de médicaments, suivi d'un régime alimentaire et/ou modification de son mode de vie – correspond aux recommandations convenues avec un professionnel de santé »(42). L'expression « convenues avec » n'est pas anodine, puisqu'elle traduit une évolution conceptuelle vis-à-vis de la définition antérieure, qui se limitait au « degré

auquel le patient suit les instructions médicales »(42), jugée insuffisante. Cette évolution met en évidence le rôle actif du patient, identifié comme acteur de sa prise en charge. Tout comme l'engagement, l'adhésion thérapeutique repose sur la liberté d'agir et la participation active de l'individu.

Ainsi, l'adhésion aborde des points similaires à l'engagement occupationnel lorsqu'on parle d'occupation en santé : sans adhésion thérapeutique, le patient ne peut ni se mobiliser, ni participer, ni contribuer pleinement à ses occupations, et ne répondra donc à aucun critère de l'engagement occupationnel.

Synthèse de l'engagement :

L'engagement est abordé ici au travers des sciences psychologiques et occupationnelles. Il est notamment défini comme un processus par lequel un individu se lie à ses actes dans lesquels il s'investit, en relation avec le contexte dans lequel il évolue. Le degré d'engagement fluctue en fonction du caractère explicite de l'acte, du degré d'irrévocabilité de l'acte, du nombre d'actes réalisés et du degré de volonté dans l'exécution de l'acte. Le degré d'engagement est également influencé par « l'illusion de liberté ». Toutefois, le concept d'engagement ne fait pas consensus, puisqu'en psychologie sociale le contexte engage l'individu, ainsi le lien entre l'individu et ses actes n'est pas un facteur de l'engagement. Celui-ci est alors influencé par des facteurs tels que la visibilité, la répétition, l'irrévocabilité de l'acte, son coût, ainsi que le sentiment subjectif de liberté et de choix.

L'engagement, envisagé comme un phénomène dynamique, s'inscrit dans un continuum, susceptible de varier en fonction des situations et des actes réalisés.

En sciences occupationnelles, ce concept se traduit par « l'engagement occupationnel ». Cette notion est définie comme l'action de se mobiliser, de devenir occupé, de participer à une occupation ou de s'y engager. L'engagement occupationnel intègre le sens, l'importance et la satisfaction associés aux occupations des individus.

Enfin, l'adhésion thérapeutique, représente une condition essentielle à l'engagement occupationnel, par sa participation active et par la co-construction des décisions de santé. Cela, permet au patient de s'investir pleinement dans ses soins et ses occupations.

1.9.3 Problématisation théorique

À la lumière des travaux des différents chercheurs, plusieurs questions restent en suspens lors de la mise en tensions de nos concepts.

Les travaux mettent en avant différentes classifications des comorbidités ; toutefois, l'impact de ces différentes formes de comorbidités se traduit-il de la même manière sur l'engagement ? De plus, l'engagement étant un concept dynamique, quel rôle jouent les comorbidités dans ses fluctuations au cours du temps ? De la même manière, en quoi ces fluctuations peuvent avoir un impact sur l'installation de nouvelles comorbidités ?

Par ailleurs, comment la chronométrie des comorbidités (antérieures, concomitantes, survenantes) influence-t-elle le degré d'engagement occupationnel et l'adhésion thérapeutique du patient ? Plus particulièrement, les comorbidités concomitantes, du fait de leur installation simultanée avec la maladie index, ont-elles un impact plus important sur l'engagement, que celles apparues avant ou après la maladie index ? Entravent-elles davantage l'engagement dans des occupations nouvelles ou bien dans le maintien d'occupations continues ?

De plus, les effets pathogéniques ou morphologiques des comorbidités (fatigue, douleurs, limitations fonctionnelles) peuvent-ils compromettre la « liberté d'agir » nécessaire à l'engagement du patient dans sa rééducation ? Enfin, de quelle manière l'engagement occupationnel du patient, dans la prise en compte de ses dimensions active et passive et dans son degré d'établissement (nouveau, continu, en transition occupationnelle), est-il influencé par la présence de comorbidités concomitantes ?

1.9.4 Recontextualisation

Les problématisations pratiques et théoriques soulèvent divers questionnements, ainsi une fois confrontées ces problématiques révèlent plusieurs enjeux pour l'ergothérapeute.

En effet, de quelle manière l'ergothérapeute peut-il repérer les fluctuations de l'engagement occupationnel d'un patient présentant un TSPT et des comorbidités concomitantes, et ainsi le soutenir pour favoriser la continuité des soins ? En quoi la compréhension par l'ergothérapeute, des comorbidités concomitantes d'un TSPT, lui permet d'adapter sa prise en charge en SMR, afin de soutenir l'engagement occupationnel de son patient ? Comment l'ergothérapeute favorise-t-il, l'engagement en transition occupationnelle, lorsque des comorbidités concomitantes tel qu'un TSPT impactent celui-ci ? De plus, en quoi le fait d'analyser l'engagement occupationnel d'un individu permet de guider les choix thérapeutiques de l'ergothérapeute, dans un contexte de prise en charge en SMR marqué par des comorbidités

concomitantes liées à un TSPT ? Ainsi, comment l'ergothérapeute intègre la prise en charge des comorbidités concomitantes, liées à un TSPT, lorsque celles-ci provoquent une diminution de l'engagement occupationnel du patient ? Enfin, de quelle façon l'ergothérapeute, peut respecter la liberté de choix, lorsque celle-ci est impactée par les comorbidités liées au TSPT ?

1.10 Question de recherche

La mise en tension entre les données pratiques et théoriques ainsi que les questionnements émergents, nous amènent à une question de recherche :

Dans le cadre d'une intervention en service de rééducation fonctionnelle : comment l'ergothérapeute se positionne-t-il face aux fluctuations de l'engagement du patient liées aux comorbidités concomitantes d'un TSPT supposé.

1.10.1 Objet de recherche

Ainsi, cette question de recherche nous permet de rédiger notre objet de recherche suivant :

Etude de la position de l'ergothérapeute face aux fluctuations de l'engagement du patient liées aux comorbidités concomitantes d'un TSPT supposé, dans le cadre d'une intervention en service de rééducation fonctionnelle.

2 Matériel et méthode

2.1 Le choix de la méthode

Au regard de notre question de recherche portant sur la position de l'ergothérapeute face aux fluctuations de l'engagement du patient liées aux comorbidités concomitantes du TSPT supposé, dans le cadre d'une rééducation en SMR, nous avons fait le choix d'inscrire notre recherche dans une démarche qualitative, relevant de la méthode clinique(43). Le type qualitatif « cherche à interpréter, décrire, décoder et traduire des données issues de discours, de textes ou encore de vidéos »(16). L'objectif du type qualitatif, n'est pas de valider des hypothèses ou généraliser des théories mais de les adapter à des contextes spécifiques afin de les faire évoluer par la suite. Le type qualitatif met donc l'accent sur le contexte, plutôt que sur la quantité de données. En effet, le type quantitatif cherche, lui, à analyser des données par le recours à la quantification(18). C'est pourquoi nous avons exclu ce type de recherche. Ce positionnement semble alors adapté à notre objet d'étude, dans la mesure où nous recherchons la position de l'ergothérapeute. Ici nous nous intéressons au contexte, donc le type qualitatif est plus adapté. Plus précisément, nous inscrivons notre recherche dans une approche clinique de type casuistique. La méthode casuistique « étudie des cas singuliers, en soulignant que les conduites

individuelles ne sont jamais strictement comparables »(43). En effet, cette méthode permet d'appréhender la position propre de chaque ergothérapeute interrogé. Nous ne nous intéressons pas au sujet dans sa globalité comme le ferait une méthode holistique(43), mais bien à l'individu et à sa singularité. Nous avons écarté la méthode clinique de situation qui consiste à observer l'activité des ergothérapeutes sur le terrain qui n'est pas l'objet de notre recherche. Notre méthode sera donc clinique, qualitative et plus précisément casuistique.

2.2 La population cible et ses critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de mener à bien notre recherche et d'atténuer certains biais, nous allons établir des critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion :

Nous avons fait le choix d'interroger des ergothérapeutes français justifiant d'au moins deux ans d'expérience en SMR. Deux ans d'expérience permettent de garantir la pertinence et la solidité de leur réponse. En effet, nous abordons le TSPT supposé, ce qui veut dire que les ergothérapeutes doivent avoir la capacité de l'identifier. Ainsi, une expérience de deux ans nous assurerait davantage, d'être face à des ergothérapeutes ayant cette capacité. Par ailleurs, ces ergothérapeutes doivent avoir rencontré au cours de leur pratique, des patients présentant un TSPT diagnostiqué ou TSPT supposé, c'est-à-dire, manifestant des symptômes tels que l'hypervigilance, l'évitement ou la reviviscence.

Les critères d'exclusion :

En contrepartie, nous excluons les ergothérapeutes à la retraite ou n'ayant pas exercé en SMR avec des patients atteints de TSPT depuis deux ans, de nouveau afin de garantir la fiabilité de leurs réponses au vu des évolutions de prise en charge de cette pathologie. Nous n'interrogerons pas non plus les ergothérapeutes n'exerçant pas en France. En effet, notre recherche ne s'inscrit pas dans une démarche comparative internationale.

2.3 Les sites d'exploration

Notre question de recherche se situe dans le cadre d'une intervention en rééducation fonctionnelle, ainsi notre site d'exploration se limitera aux SMR, CRF⁴, HDJ⁵, HC⁶, proposant donc un programme de rééducation.

⁴ Centre de Rééducation Fonctionnelle

⁵ Hôpital De Jour

⁶ Hospitalisation complète

2.4 Le choix argumenté de l'outil de recueil des données, ses avantages et ses limites

Notre choix méthodologique, correspondant à une méthode clinique casuistique et en se focalisant sur notre sujet, conduit à privilégier un entretien semi-directif. En effet, un entretien directif, s'appuie sur des questions précises que nous devons suivre scrupuleusement lors de l'entretien(44). Ce type de dispositif laisse ainsi peu de place à l'exploration spontanée et limite l'émergence d'informations imprévues ou de nuances que peuvent apporter les interrogés. Il ne permet donc pas d'approfondir certains éléments, ce qui appauvrit ainsi la compréhension du vécu de chaque interrogé. C'est pourquoi nous ne privilégions pas l'entretien directif. De la même façon nous excluons l'entretien libre qui laisse la personne interrogée s'exprimer en lui donnant peu, voire pas de consignes(44). Bien que cela favorise une grande liberté de parole, l'entretien libre contient aussi le risque d'un éloignement du sujet rendant les données difficiles à structurer. Ce type d'entretien peut entraîner des digressions importantes rendant difficile l'analyse et la comparaison des discours. Un entretien semi-directif contient, lui, des questions ciblées laissant au répondant une « marge de manœuvre » permettant d'approfondir ses propos, de développer des éléments qu'il jugerait pertinents et d'apporter des explications ou commentaires, dépassant le schéma d'analyse initialement envisagé(45). Cela semble ainsi, plus approprié à notre recherche.

Un entretien semi-directif est structuré par des thèmes identifiés au préalable, avec la possibilité de ne pas suivre la structure de la grille d'entretien dans le cas où l'interrogé aborde un autre thème(44). De plus, nous avons identifié des thèmes s'inscrivant dans une progression logique au regard de notre question de recherche, ainsi le semi directif est le plus adapté. Dans un premier temps, questionner la posture de l'ergothérapeute nous permet de comprendre la manière dont il perçoit les fluctuations de l'engagement du patient, en rééducation. Dans un deuxième temps, analyser les ajustements de pratique nous permet d'identifier les stratégies mises en œuvre face à ces fluctuations. Enfin, explorer les limites rencontrées par l'ergothérapeute, permet d'éclairer les situations où leurs ressources professionnelles et/ou institutionnelles ne permettent plus de compenser ces fluctuations d'engagement. Nos trois thèmes sont donc la position de l'ergothérapeute, les limites qu'il peut rencontrer et l'adaptation de sa pratique, face aux fluctuations de l'engagement en rééducation liées au TSPT et aux comorbidités concomitantes.

Le choix de faire un entretien présente à la fois des avantages et des inconvénients. Ainsi, nous allons les identifier.

Avantages : l'entretien présente un avantage fort de validité interne, en effet, il permet d'avoir des réponses nuancées avec des possibilités de rétroaction, ce qui est très enrichissant. De plus, celui-ci nous permet d'analyser de façon approfondie le contenu et de ne pas rester en surface(46). Par ailleurs, l'entretien permet de mettre en avant des perceptions, des expériences, des attitudes...(47). L'entretien semi-directif présente également ses avantages propres(18). En effet, l'entretien semi-directif facilite le « dépouillement » des informations, la durée de l'enquête est réduite et le nombre d'informations est important. De plus, il permet d'obtenir des données riches et authentiques(48). En effet, il permet de comprendre le sens d'un phénomène tel qu'il est vécu par l'interviewé. Également, l'entretien semi-directif amène des questions larges et ouvertes permettant à l'interrogé de décrire concrètement et précisément son expérience.

En somme l'entretien présente des éléments avantageux pour notre recherche, toutefois l'entretien a aussi ses inconvénients.

Inconvénients : l'entretien a une validité externe faible, puisque peu de personnes sont interrogées et les réponses sont très variées, ce qui entraîne également une faible représentativité. De plus, la réalisation et l'analyse de l'entretien prend du temps et est sujet aux biais. En effet, ces biais sont liés au dispositif de recherche, sont associés à leur situation sociale respective et/ou sont rattachés au contexte de recherche, il faut donc être très vigilant. Enfin, l'entretien soulève un dilemme où l'association de l'empathie et la juste distance sont complexes à obtenir. En effet, l'interviewer devrait aborder une posture à la fois neutre et empathique, ce qui est complexe et contradictoire(48).

2.5 Le cadre réglementaire et éthique, les dispositions du chercheur au regard de la loi Jardé, des dispositions éthiques et du RGPD

Dans l'objectif de garantir un cadre respectueux et sécurisant pour les ergothérapeutes participants, la collecte des données reposera sur un consentement libre et éclairé. En effet, cette recherche s'inscrit dans le respect des dispositions du RGPD(19). Avant de démarrer les entretiens, nous remettrons un document d'informations aux participants (cf. Annexe 21). Celui-ci précisera les modalités de recueil des données, la façon dont les données seront traitées, les conditions de confidentialité mais également, la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude sans donner quelconque justification. Les informations récoltées seront systématiquement anonymisées. Celles-ci seront stockées au sein d'un espace numérique sécurisé et protégé par un mot de passe. A la fin de l'étude les données seront évidemment supprimées. De plus, un formulaire de consentement écrit (cf. Annexe 22) sera également

proposé afin d'obtenir l'accord des participants concernant l'enregistrement de l'entretien, leur transcription ainsi que l'exploitation des données afin de les analyser. Leur consentement sera de nouveau demandé à l'oral au début de l'entretien. Bien que notre recherche ne relève pas du champ d'application de la loi Jardé, elle s'inscrit dans une démarche éthique rigoureuse, où l'attention sera portée sur le respect de la parole et des droits des participants(19). En effet, notre recherche n'a pas comme but de développer des connaissances biologiques ou médicales(20), elle ne vient pas non plus modifier la prise en charge d'un patient. Notre recherche s'intéresse uniquement à la pratique des professionnels de santé, ainsi la loi Jardé ne s'applique pas.

2.6 L'anticipation de ses biais et les stratégies pour les atténuer

Chaque méthodologie présente des biais, ainsi il est essentiel de les identifier afin de développer des stratégies pour les atténuer.

Tout d'abord, nous pouvons faire face à des biais méthodologiques(49). En effet, cela peut venir d'un recueil d'information insuffisant, incomplet ou complexe. Pour atténuer ce biais il est nécessaire de prendre du temps et de mobiliser des moyens pour organiser notre travail de collecte, d'analyse et de traitement de l'information. De plus, un biais méthodologique peut être causé par une mauvaise formulation des questions. Pour éviter cela, nous devons être attentifs afin de ne pas orienter ni influencer les participants. Les questions doivent alors être précises, simples, courtes et neutres. Nous devons également nous appuyer sur la reformulation afin de valider notre compréhension. Enfin, le biais méthodologique peut être dû à un biais de sélection de la population étudiée, ainsi nous devons au préalable avoir des informations sur la population cible, avant même de bâtir un échantillon d'enquête.

Ensuite, notamment lors d'entretien il est important de faire attention aux biais affectifs(49). Ceux-là peuvent se traduire par des déformations du jugement suite à l'influence des états affectifs sur les processus de raisonnement ou d'évaluation. Il est donc important de prendre conscience de nos émotions au moment de l'entretien, de prendre du recul afin d'être le plus objectif possible. Ce biais affectif peut être également entraîné par un sentiment de répulsion ou de la séduction, ce qui a un impact direct sur l'écoute lors d'un entretien. Ainsi, nous devons prendre conscience de ces ressentis afin d'être le plus neutre possible, pour ne pas biaiser nos résultats.

Puis, nous pouvons faire face à des biais de désirabilité sociale(49). Il s'agit de comportements qui consistent à se montrer sous une facette positive ce qui pousse à répondre ce que l'autre

veut entendre. Ainsi, pour limiter ce biais, il est important de poser un cadre clair en mettant l'accent sur la posture de non-jugement et de formuler des questions ouvertes. Ces questions ne doivent ni induire la réponse ni orienter la personne vers une réponse en particulier.

Nous devons être également, vigilant aux biais de confirmation (d'hypothèse)(49). En effet, les chercheurs ont tendance à privilégier les informations qui confirment leur point de vue, leurs hypothèses et d'ainsi accorder peu d'importance aux visions allant à l'encontre de la sienne. Pour atténuer cela, nous devons considérer les informations allant à l'encontre de nos idées préconçues et se remettre en question afin d'être le plus neutre possible.

Nous devons être attentifs à l'effet de primauté qui donne une importance exagérée à ce qui se passe en début de recueil d'information. A l'inverse, il faudra être vigilant à l'effet de récence qui accorde, quant à lui, une importance exagérée en fin de recueil de données. Ainsi, pour limiter le biais il faudra être prudent sur ce qui se passe entre le début et la fin du recueil d'information.

Également, il faudra faire attention à l'effet de halo, qui correspond à une caractéristique chez l'interrogé pouvant influencer la perception de celui qui interroge. Pour cela, il faudra que celui qui interroge, fasse en sorte d'avoir des appréciations nuancées en ce qui concerne les différentes facettes de la personne.

De plus, nous ferons attention à la fixation sur l'objectif, qui nous focalise sur la motivation du moment (prise de note, poser une question, observer quelque chose en particulier) et nous fait oublier tout le reste.

Enfin, il faudra être attentif aux biais de similarité et de différence qui nous fait considérer favorablement les personnes qui nous ressemble et défavorablement celles qui ne nous ressemblent pas. Pour atténuer cela il faudra que la personne qui interroge, fasse en sorte de considérer tout le monde à la même échelle sans se focaliser sur le fait que la personne interrogée, lui ressemble ou pas.

2.7 La construction de l'outil théorisé de recueil de données

Afin de mener rigoureusement notre entretien, nous avons établi une grille d'entretien (cf. Annexe 23) conforme à notre approche semi-directive, en y intégrant les différents thèmes que nous souhaitons aborder. Cette grille nous permettra donc de structurer nos échanges. Ainsi, nous commencerons par un premier thème : la position de l'ergothérapeute face aux fluctuations de l'engagement en rééducation d'un patient présentant un TSPT et des comorbidités concomitantes. Puis, une fois l'objectif atteint nous aborderons un deuxième

thème ciblant les limites que rencontre l'ergothérapeute face aux fluctuations de l'engagement en rééducation liées au TSPT et aux comorbidités concomitantes. La pertinence de cette question repose sur la possibilité d'identifier les situations dans lesquelles les ajustements professionnels trouvent leurs limites, qu'elles soient organisationnelles, institutionnelles ou personnelles. L'objectif est d'éclairer les contraintes pouvant faire obstacle à la prise en charge. Puis nous finirons par notre dernier thème portant sur la pratique et l'adaptation de l'ergothérapeute face à ces fluctuations. L'intérêt de cette question est de comprendre concrètement de quelle manière les ergothérapeutes ajustent leur accompagnement face aux fluctuations de l'engagement. Il s'agit ainsi de relever les stratégies utilisées, les modifications de prise en charge que cela peut entraîner et d'identifier les ressources mobilisées par l'ergothérapeute. Notre question de recherche portant sur la position de l'ergothérapeute face aux fluctuations de l'engagement, ce thème nous semble donc pertinent pour analyser une posture professionnelle qui ne peut rester fixe face à ce phénomène et pour comprendre comment chacun s'adapte dans sa pratique.

2.8 Le choix des outils de traitement et analyse de données

Une fois l'entretien passé, nous traiterons et analyserons les données récoltées. Cela consiste d'après Anne-Laure Farjaudon et Marine Portal(50), à donner du sens au contenu. Les données sont récoltées principalement via enregistrement audio, permettant de se concentrer sur le guide, les relances et le paraverbal. Puis, nous les retranscrivons à l'aide de Word®. Ensuite, nous réaliserons un tableau intermédiaire d'analyse dans l'objectif de catégoriser les idées clés du discours de chaque ergothérapeute interrogé. Puis, nous ferons une grille d'analyse d'entretien dans laquelle nous réaliserons une analyse thématique, comprenant une analyse verticale et horizontale. L'analyse verticale appelée également analyse « par colonne », s'intéresse aux discours de chaque interrogé(51). Cette analyse nous permettra d'expliquer les similitudes observées. Cette analyse permet de relever les cohérences ou les contradictions, de dégager un profil de réponses et de comprendre les proximités ou différences. L'analyse horizontale appelée également analyse « par ligne » s'intéresse, quant à elle, aux discours collectés sur chaque thématique(51). Cette analyse permet de regrouper les thèmes présentant des points communs. Ainsi cela permettra de se questionner sur les raisons de ces proximités. Cette analyse permet de mettre en avant les thèmes plus ou moins développés et donc d'expliquer ces variations. Elle permet également de comprendre comment les thèmes sont présentés et de relever les arguments et expressions récurrentes.

2.9 Le test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche auprès d'une cohorte d'entraînement

Nous réalisons une phase test avant de débiter la recherche. La phase test consiste à réaliser un entretien semi-directif avec un ou une ergothérapeute respectant nos critères d'inclusion. Ce test nous permet de valider nos questionnements ou de les modifier en cas de besoin. Également il nous permettra d'évaluer l'efficacité des modalités méthodologiques de notre recherche.

Ainsi, le test a été réalisé auprès d'une ergothérapeute de 42 ans, exerçant depuis 11 ans en CRF auprès notamment de personnes atteintes de TSPT. L'entretien s'est déroulé en visioconférence et a duré 45 minutes. Nous avons vérifié que le dictaphone fonctionnait correctement. Nous avons pris des notes nous permettant de mettre en avant les éléments clés, les répétitions et le langage non verbal de l'ergothérapeute.

Ce test nous a permis d'identifier des axes d'amélioration et des points forts. Les questionnements n'ont pas nécessité de modifications, dans la mesure où ils ont permis d'obtenir les réponses attendues. Toutefois, ce test a mis en évidence la nécessité d'améliorer notre organisation, notamment sur le plan informatique. De plus, il nous a permis d'affiner et mieux cibler nos questions de relance et de prendre conscience de l'importance des silences pleins. Ainsi, ce test était enrichissant en ce qui concerne notre posture professionnelle et nos compétences.

2.10 Le déroulement de la recherche

Pour réaliser notre recherche, il était indispensable de passer par une étape de recrutement. Ainsi, nous sommes passés par des plateformes telles que Facebook® et avons envoyé des mails à un maximum d'ergothérapeutes répondant à nos critères d'inclusion, afin d'obtenir des retours en lien avec notre demande. C'est de cette façon que nous avons établi un lien avec quatre ergothérapeutes. Le premier ergothérapeute nous a permis de réaliser le test de faisabilité et les trois autres à mener notre recherche. Avant de démarrer les entretiens, nous avons échangé à l'écrit afin de s'assurer une nouvelle fois, que chaque ergothérapeute était concerné par la recherche. Puis nous leur avons transmis une fiche d'information et une fiche de consentement, que chacun a pu signer et renvoyer. Ces éléments permettent ainsi d'assurer le respect de la loi Jardé et le RGPD. Nous avons donc commencé par réaliser notre test. Le but étant d'apporter des modifications à notre grille d'entretien si cela était nécessaire et d'adapter notre posture afin que les prochains entretiens soient le plus optimal possible. Avant de débiter chaque entretien nous redemandions l'accord des participants pour l'enregistrement et rappelions l'objet de notre recherche afin de confirmer leur inclusion. Nous avons donc réalisé trois

entretiens semi-directifs, qui ont permis d'apporter des éléments de réponse à nos questionnements. Ces éléments de réponse vont donc être sujets à une analyse horizontale et verticale dans les prochaines parties, permettant de faire ressortir les éléments clés de chaque entretien.

3 Résultats

Afin de présenter les résultats issus des entretiens réalisés avec E1 (cf. Annexe 24), E2 (cf. Annexe 25) et E3 (cf. Annexe 26), nous exposerons dans un premier temps, les caractéristiques descriptives de la population étudiée. Dans un second temps, nous présenterons les données issues de l'analyse des entretiens, traitées selon une approche thématique.

3.1 Données descriptives des ergothérapeutes interviewés

Les ergothérapeutes participant aux entretiens, sont nommés « E n° ». Le numéro correspond à l'ordre de passation des entretiens.

E1 est une femme, ergothérapeute, diplômée d'état depuis 1989. Elle travaille actuellement auprès de pathologies neurologiques et traumatologiques, sujettes à un TSPT. Dans sa pratique elle voit toutes sortes de pathologies mais travaille majoritairement auprès de patients amputés. L'entretien s'est déroulé en visioconférence et a duré 43 minutes.

E2 est une femme, ergothérapeute diplômée d'état depuis maintenant 25 ans. Son parcours professionnel s'est majoritairement réalisé en service de rééducation. Toutefois, elle a pu réaliser divers remplacements en cliniques, en hôpitaux et en maison de retraite. L'essentiel de sa carrière reste donc les hôpitaux en service de rééducation dans lequel elle a également pu travailler en psychiatrie et où elle a pu faire face à des patients présentant un TSPT. Actuellement elle est à temps plein en milieu hospitalier, au sein du pôle de rééducation, où les patients sont pris en charge à la suite d'un traumatisme physique, généralement associé au TSPT. L'entretien s'est déroulé en visioconférence et a duré 59 minutes.

E3 est une femme, ergothérapeute diplômée d'état depuis 10 ans. Elle a pu exercer dans différents milieux, notamment en psychiatrie où elle a travaillé deux ans. Actuellement elle est employée en centre hospitalier. Cela fait deux ans qu'elle exerce dans ce centre hospitalier, qui est une hospitalisation fonctionnelle de court séjour. Elle travaille principalement dans les services de neurologie en phase précoce et de gériatrie, où elle fait majoritairement du positionnement et où un TSPT peut faire son apparition. L'entretien s'est déroulé en visioconférence et a duré 35 minutes.

3.2 Données qualitatives issues d'entretiens avec les ergothérapeutes

Dans cette partie nous allons procéder à l'analyse qualitative des données provenant des réponses des ergothérapeutes que nous avons précédemment interrogées. Pour cela nous réaliserons une analyse thématique verticale puis nous ferons l'analyse horizontale et clôturerons par le cas clinique. Afin de les réaliser, nous nous baserons sur la grille d'analyse d'entretien (cf. Annexe 27), nous permettant de structurer nos propos.

3.2.1 Analyse verticale

Nous allons donc réaliser une analyse verticale qui « s'intéresse aux discours de chaque personne interviewée »(51), et où nous allons mettre en avant les similitudes et les divergences. Notre analyse verticale vient alimenter nos trois thèmes initiaux : « *Position de l'ergothérapeute face aux fluctuations de l'engagement d'un patient présentant un TSPT en rééducation* », « *Limites rencontrées par l'ergothérapeute dans la prise en charge d'un patient présentant un TSPT avec fluctuations de l'engagement en rééducation* » et « *Adaptation de la prise en charge en ergothérapie face à un patient présentant un TSPT avec fluctuations de l'engagement en rééducation* ». Elle permettra également de nourrir notre thème émergent, qui porte sur l'approche collaborative face à la prise en charge d'un patient présentant un TSPT avec fluctuations de l'engagement en rééducation. Ainsi nous allons à présent réaliser l'analyse verticale de ces thèmes.

⇒ ***Position de l'ergothérapeute face aux fluctuations de l'engagement d'un patient présentant un TSPT en rééducation :***

Le terme « position de l'ergothérapeute » peut être représenté de diverses façon. Ainsi pour éviter toute confusion, et pour comprendre notre choix terminologique, nous avons choisi de le développer en deux sous-thématiques. La première concerne *la position de l'ergothérapeute lors de la détection d'un TSPT et des fluctuations de l'engagement*. Cette sous-thématique reflète la manière dont chaque ergothérapeute identifie et interprète les symptômes. La seconde sous-thématique, aborde *la position de l'ergothérapeute face aux manifestations et aux facteurs du TSPT impactant la rééducation*. Celle-ci révèle la compréhension propre de chaque ergothérapeute.

Maintenant que chaque sous-thématique a été explicitée, nous pouvons commencer l'analyse verticale de notre premier thème.

- *La position de l'ergothérapeute lors de la détection d'un TSPT et des fluctuations de l'engagement*

La position de l'ergothérapeute face aux fluctuations de l'engagement d'un patient présentant un TSPT repose en premier lieu sur sa capacité de détection de ce trouble. Cela peut s'effectuer par l'observation de l'ergothérapeute au travers d'activités irréalisables par le patient, ou la présence d'obstacle(s) supplémentaire(s), mettant donc sur la piste du TSPT (E1 ; 21-27, E2 ; 195-225 E3 ; 204-208). Ainsi, une fois le trouble repéré il est essentiel, pour l'ergothérapeute, d'en faire part à l'équipe pluridisciplinaire (E2 ; 195-225 E3 ; 204-208). Les ergothérapeutes jouent un rôle particulièrement important dans la détection du TSPT. Du fait de leur prise en charge proche de l'intimité du patient, ils sont généralement les premiers à percevoir les fluctuations de l'engagement liées à un TSPT ainsi que les freins associés, créant des échecs dans la prise en charge (E1 ; 104-112). Lorsque les symptômes évoquant un TSPT sont repérés, l'ergothérapeute échange avec le médecin afin d'envisager un dépistage de ce trouble via un questionnaire. Si le diagnostic est confirmé, le patient peut entamer un suivi psychologique. (E3 ; 195-223).

Lorsque le patient n'est pas conscient de ses difficultés relatives à un TSPT, un entretien dirigé est réalisé par l'ergothérapeute. D'abord le soignant partage ses observations, puis c'est au tour du patient de se livrer, ce qui lui permet une prise de conscience (E1 ; 115-122, E2 195-223). Enfin, la verbalisation du patient est un élément central dans la détection du TSPT (E1 ; .21-27, E3 ; 204-208). Des symptômes tels que la reviviscence, sont généralement exprimés spontanément par le patient à l'ergothérapeute et à l'équipe soignante, leurs permettant de faire le rapprochement avec un TSPT (E3 ; 29-32).

Lors de la détection d'un trouble, une relation thérapeutique adaptée constitue un levier essentiel. En effet, une relation thérapeutique adaptée et approfondie permet à l'ergothérapeute de mieux comprendre les enjeux personnels et traumatiques du patient, pouvant expliquer certains comportements et permettant de détecter un TSPT (E1 ; 181-190). Par ailleurs, la relation thérapeutique entre les « personnes intermédiaires », tel que les brancardiers, peuvent influencer l'engagement du patient et ainsi impacter la prise en charge de l'ergothérapeute. Cette baisse d'engagement peut également constituer un indice en faveur d'un TSPT (E3 ; 82-87).

- *La position de l'ergothérapeute face aux manifestations et aux facteurs du TSPT impactant la rééducation*

En outre, la position de l'ergothérapeute peut également se lire par sa compréhension des manifestations et facteurs associés au TSPT, orientant sa détection et donc sa prise en charge. La fatigue est identifiée comme une manifestation d'un TSPT et des fluctuations de

l'engagement (E2 ; 195-223, E3 ; 22-26). Plus précisément, la fatigue physique permet de repérer les fluctuations de l'engagement en rééducation liées au TSPT. De plus, la reviviscence est également identifiée comme signe évocateur de celui-ci. Ces symptômes amènent l'ergothérapeute à s'interroger sur la pertinence du maintien ou non, de la séance (E3 ; 22-26). Les cauchemars associés à ces autres symptômes, poussent l'ergothérapeute à rediriger les patients vers un suivi psychologique (E2 ; 195-223).

Parmi les manifestations associées au TSPT, nous retrouvons l'hypervigilance, qui influence le comportement des patients et amène l'ergothérapeute à adapter constamment les séances et leur environnement. Ces adaptations peuvent consister, à mettre le patient face à la porte pour avoir une solution d'échappatoire et contrôler la circulation, ou à trouver une salle à l'écart (E2 ; 41-90). L'évitement est également présent et peut se traduire par un refus de soins ou une dévalorisation de la rééducation, en lien avec la gravité du traumatisme. Face à cela, l'ergothérapeute adopte une posture d'acceptation et de compréhension du ressenti du patient (E3 ; 192-197). Certaines comorbidités du TSPT comme la dépression, constituent une manifestation, pouvant entraîner un désengagement. L'absence de reconnaissance ou de prise en charge du TSPT, entraîne un désengagement empêchant la progression de la rééducation. Ainsi, l'ergothérapeute peut soit décaler la séance, soit l'annuler ou encore la faire évoluer. Toutefois, elle peut également attendre que le problème relatif au TSPT, soit traité (E1 ; 124-136 ; 136-147).

Certaines manifestations sont identifiées comme signe d'alertes du TSPT, comme une rééducation qui ne progresse pas, une altération de l'état général du patient ou encore des conduites addictives. Cela pousse de nouveau l'ergothérapeute à en parler avec le médecin et à rediriger le patient vers un suivi psychologique (E2 ; 195-223). En effet, le TSPT peut se traduire différemment selon les patients. Il peut en effet, y avoir un désengagement mais aussi un hyper-engagement, entraînant l'ergothérapeute à adapter sa prise en charge (E2 ; 138-153). Dans le cas contraire, cela peut également pousser le patient vers un réengagement. Ce dernier est influencé par des facteurs motivationnels porteurs de sens pour le patient, tel que le soutien de l'entourage, la poursuite de soins et les objectifs personnels. Certains patients souhaitent également faire leur rééducation plus tard. L'ergothérapeute explique donc les bénéfices de la réaliser maintenant pour motiver le patient (E3 ; 142-151). Des facteurs motivationnels peuvent également amener à une posture de « non-récupération », liée à un bénéfice secondaire d'être en invalidité. L'ergothérapeute identifie alors l'hospitalisation comme un frein pour le patient (E1 ; 38-47).

Certains facteurs individuels influencent également ce processus. L'âge en est un qui fait débat. Il peut être perçu comme n'ayant pas d'impact direct sur le traumatisme, celui-ci étant davantage influencé par le vécu et le parcours de vie du patient (E1 ; 356-352). En revanche, il est également considéré comme ayant un impact direct sur l'engagement des patients. Les patients plus jeunes seraient plus investis que les personnes âgées (E3 ; 178-182). En plus de l'âge, le contexte de vie et les objectifs personnels influenceraient l'engagement en rééducation. Les patients jeunes présenteraient une motivation plus forte, liée à des objectifs de vie, contrairement aux patients âgés. Ainsi l'ergothérapeute adapte sa prise en charge en fonction des patients : avec les personnes âgées elle propose une rééducation centrée sur les activités de la vie quotidienne qu'elle simplifie, tandis qu'avec les plus jeunes, elle s'appuie davantage sur leur motivation pour favoriser l'engagement (E3 ; 105-118). Les facteurs organisationnels, médicaux et sociaux, pourraient aussi impacter l'engagement lié au TSPT. Lorsque le patient n'est pas assidu dans sa rééducation l'ergothérapeute peut annuler les séances (E3 ; 155-169). Ainsi, le TSPT représente une barrière importante pour le retour à l'autonomie, ce qui demande à l'ergothérapeute d'effectuer une prise en charge précoce (E1 ; 33-35). Toutefois, un trouble repéré en cours de rééducation et une prise en charge ergothérapique tardive, reste bénéfique (E1 ; 235-245, E2 ; 195-223).

⇒ ***Limites rencontrées par l'ergothérapeute dans la prise en charge d'un patient présentant un TSPT avec fluctuations de l'engagement en rééducation :***

Le TSPT est accompagné de facteurs impactant la rééducation, rendant la prise en charge complexe pour l'ergothérapeute. En ce sens, il nous semble essentiel d'aborder dans ce contexte, les limites de l'ergothérapeute. Ainsi, lorsqu'un ergothérapeute est désemparé face aux difficultés d'un patient, il peut apparaître une « lassitude du thérapeute ». Celle-ci survient notamment lorsque diverses méthodes sont expérimentées sans succès, conduisant l'ergothérapeute à proposer la même intervention en continu au patient (E1 ; 169-173). Cela conduit à une impression d'absence de progression de la rééducation lorsqu'un TSPT est présent (E1 ; 169-173, E2 ; 120-122, E3 ; 90-103). De plus, malgré la mise en place de diverses stratégies de stimulation, telles que la musique, le guidage et l'accompagnement du mouvement, certains patients présentent une diminution de l'engagement. Cela engendre également de la somnolence ou un refus implicite de participation en rééducation, ralentissant donc l'évolution de celle-ci (E3 ; 90-103).

Le refus ou le déni du patient, peut également mettre en difficulté l'ergothérapeute. En effet, la poursuite de la rééducation dépend de l'adhésion du patient, qui peut parfois être réfractaire,

plaçant le soignant dans une position d'impuissance (E3 ; 206-212, E2 ; 153-171). Plusieurs facteurs sont identifiés comme responsables, tels qu'une barrière de la langue, des préférences relationnelles et bien entendu leur vécu, impactant directement l'engagement et donc l'adhésion du patient (E2 ; 153-171). De plus, les variations importantes de l'humeur et de l'engagement chez les patients atteints de TSPT, peuvent impacter la prise en charge et par conséquent la relation thérapeutique (E2 ; 23-41).

Lorsqu'on parle de limites, cela comprend également les contraintes organisationnelles. En effet, le manque d'effectif et de moyens empêchent de creuser davantage le TSPT et de progresser, notamment si le patient se désengage et ne vient plus en séance. En comparaison avec un service psychiatrique, l'approche est différente : l'utilisation de techniques d'expression et d'apaisement permet de soutenir la prise en charge, ce qui n'est pas le cas en rééducation (E3 ; 41-52 ; 208-209).

En outre, certains services n'ont pas d'accès au dossier médical, ainsi cela contraint l'ergothérapeute à se concentrer sur le travail fonctionnel. De ce fait, cela rend notamment difficile le repérage d'un TSPT (E321-23 ; 200-201).

⇒ ***Adaptation de la prise en charge en ergothérapie face à un patient présentant un TSPT avec fluctuations de l'engagement en rééducation :***

Malgré les limites rencontrées dans la prise en charge d'un patient présentant un TSPT, l'ergothérapeute continue son intervention en adaptant ses soins aux fluctuations de l'engagement du patient en rééducation.

Lors d'un TSPT, la prise en charge d'un patient peut s'adapter, en fonction de son état, émotionnel et psychologique et d'une baisse d'engagement, tout en respectant son rythme. En effet, ces éléments ont un impact direct sur l'engagement et, par conséquent sur les activités qu'il sera capable de réaliser (E1 ; 143-147, E2 ; 238-244, E2 ; 92-114, E3 ; 125-136). Ces adaptations passent notamment par une adaptation d'emploi du temps, mais aussi par une mise en place de soins plus adaptés et une instauration de communication avec la famille du patient (E1 ; 143-147, E1 ; 51-58). Le but est d'éviter de mettre en difficulté, voire de désengager le patient (E1 ; 276-287). Il est également important de maintenir une présence attentive, afin de favoriser l'engagement du patient (E2 ; 238-244).

De plus, ces adaptations reposent sur la variation d'activités, la simplification des exercices pour éviter la mise en échec et sur l'évitement de la nouveauté. Ainsi, le thérapeute doit

continuellement s'adapter aux fluctuations du patient. Lorsque l'engagement diminue l'ergothérapeute vise la stabilité et quand il augmente, l'évolution est envisagée (E3 ; 125-136). Par ailleurs, certains moyens sont mobilisés pour pallier le TSPT et les fluctuations de l'engagement qui l'accompagnent. L'utilisation de la musique comme outils thérapeutique, permet la détente, améliore l'engagement dans la thérapie et favorise la communication. Cet outil permet également de contribuer à la construction de la relation thérapeutique (E2 ; 245-255). De plus, il est possible d'adapter l'environnement, en mettant le patient face à la porte pour lui offrir un sentiment de contrôle, en réduisant les stimulations sonores et en utilisant un espace calme (E2 ; 41-90). Une prise en charge commune avec un soignant de l'équipe pluridisciplinaire peut s'envisager. Cela permet de relancer la prise en charge (E3 ; 56-60). Également, le changement de cadre thérapeutique permet de faciliter la communication, ce qui permet d'accéder à des éléments non exprimés initialement. (E1 ; 173-179). De plus, la réalité virtuelle peut être utilisée comme un outil d'exposition progressive aux activités difficilement réalisables pour le patient. En effet, la possibilité pour le patient d'interrompre l'exposition à tout moment, permet une rééducation progressive (E1 ; 300-302). L'exposition progressive, a comme objectif de diminuer l'anxiété, le stress et la peur et de favoriser la reprise d'activité (E1 ; 209-337).

⇒ ***Approche collaborative face à la prise en charge d'un patient présentant un TSPT avec fluctuations de l'engagement en rééducation :***

A ce stade de la recherche, nous comprenons la position de l'ergothérapeute, les limites ainsi que les adaptations de prise en charge face à un patient présentant un TSPT avec fluctuations de l'engagement en rééducation. A présent, nous allons développer l'approche collaborative.

Ainsi, en centre de rééducation, il est possible de faire appel à un médecin, un psychologue ou neuropsychologue en cas de difficulté ou pour confirmer un TSPT. Cela permet à l'ergothérapeute, d'adapter la prise en charge notamment lorsque les troubles psychiques deviennent trop envahissants pour le patient (E1 ; 27-30, E2 ; 131-138, E2 ; 225-235). Celui-ci peut être redirigé vers un soignant adapté, afin de procéder à des prises en charge adaptées au TSPT telles que l'EMDR (E1 ; 62-65).

Le travail pluridisciplinaire, composé notamment de médecin MPR, psychologue, assistante sociale, ergothérapeute, kinésithérapeute et orthophoniste, apparait comme central dans la prise en charge d'un TSPT. Des synthèses régulières et des échanges, sont réalisés, dans le but de croiser les points de vue, de partager des diagnostics et de programmer les prises en charges

des patients. Elles permettent, d'identifier des difficultés communes et de repérer des éléments exprimés en dehors des séances, amenant à explorer les pistes d'un TSPT et à adapter la prise en charge de l'ergothérapeute (E1 ; 80-93, E2 ; 298-325, E1 ; 224-230). Le travail d'équipe permet donc de poser le diagnostic du TSPT rapidement et de réaliser une prise en charge globale, adaptée au patient. Cela repose sur la mobilisation de différents outils thérapeutiques (EMDR, hypnose, auto-hypnose...) (E1 ; 97-100). De plus, la prise en charge s'appuie sur une organisation coordonnée constante afin de répondre correctement aux besoins du patient (E2 ; 332-342). Toute découverte d'un TSPT doit être transmise à l'équipe prenant en charge ce patient, pour adapter les soins (E2 ; 328-332, E3 ; 208-209). Toutefois, le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge d'un TSPT peut faire débat. En effet, pour certains, l'ergothérapeute n'agit pas directement sur la prise en charge du TSPT. Son rôle est seulement de transmettre les informations concernant le TSPT à l'équipe, sans avoir nécessairement de retour sur ce trouble (E3 ; 33-38).

Par ailleurs, lorsqu'une ergothérapeute est en difficulté, elle peut compter sur ses collègues ergothérapeutes, apportant un regard différent et des conseils dans le but de faire évoluer sa prise en charge (E1 ; 151-162, E1 ; 407-417). Toutefois, si les échanges avec les ergothérapeutes ne suffisent pas, elle peut s'appuyer sur l'équipe soignante. De cette façon, elle peut suggérer la mise en place d'un traitement avec le médecin, pour pallier les difficultés du patient (E1 ; 162-166).

3.2.2 Analyse horizontale

A présent, nous allons, réaliser une analyse horizontale qui « s'intéresse aux discours recueillis sur chaque thématique »(51), où nous allons approfondir chaque thème à partir des apports individuels de chacune des ergothérapeutes.

Pour E1, le TSPT peut être détecté soit par le patient qui verbalise ses difficultés, soit par l'ergothérapeute, via ses observations. Elle souligne à plusieurs reprises, que les obstacles, les échecs et les fluctuations de l'engagement du patient dans sa rééducation, peuvent supposer un TSPT. Cependant, celui-ci peut être difficile à repérer en raison de ses symptômes sous-jacents, nécessitant ainsi une exploration approfondie (L.21-27 ; L.60-62). Lorsqu'elle parle d'exploration approfondie, elle inclut l'entretien dirigé, permettant au patient de se livrer et d'identifier ses difficultés (L.115-122). Elle renforce l'importance de cette prise de conscience et du diagnostic, pour déculpabiliser et améliorer la posture et l'engagement du patient en rééducation (L.268-273). Cela nécessite une relation thérapeutique adaptée, nécessaire pour détecter et comprendre un TSPT (L.181-190).

E1 souligne le rôle clé de l'ergothérapeute dans la détection du TSPT, la proximité que demande ses prises en charge, la place en première ligne pour repérer les fluctuations d'engagement et les freins associés. (L.104-112).

E1 explique que le TSPT une fois détecté, doit être intégré dans les soins au plus vite (L.33-35 ; L.60-62). Même si la détection est tardive, la prise en charge ergothérapeutique reste bénéfique. (L.235-245). Elle souligne qu'un TSPT non identifié entraîne un désengagement dans la rééducation et freine la progression, poussant l'ergothérapeute à s'adapter constamment (L.124-136).

Plusieurs manifestations et facteurs influencent l'engagement notamment le vécu du patient, les comorbidités telles que la dépression ou encore certains bénéfices secondaires pouvant maintenir une posture de non-récupération. Ainsi, l'ergothérapeute attend que le TSPT soit traité, ou bien elle fait évoluer, annule ou déplace les séances (L.356-352 ; L.38-47 ; L.136-140).

Face à ces situations, l'ergothérapeute peut se trouver en difficulté, voire en « lassitude thérapeutique », notamment lorsque l'adhésion est faible. (L.169-173 ; L.206-212).

E1 insiste sur le fait que la prise en charge du TSPT passe par de l'adaptation constante en fonction de l'état du patient : adaptation de l'emploi du temps, communication avec la famille, ajustement des objectifs, du rythme, du cadre thérapeutique ou encore des activités proposées. Le but est d'éviter la mise en échec (L.51-58 ; L.143-147 ; L.276-287 ; L.173-179). Elle insiste sur l'exposition progressive du patient à son traumatisme (L.209-337). Celle-ci peut se réaliser à l'aide d'outils tels que la réalité virtuelle, le tout en y impliquant la famille (L.300-302).

Enfin, le travail pluridisciplinaire est central dans la prise en charge d'un patient atteint de TSPT. Il permet de croiser les regards, d'affiner le diagnostic, d'adapter la prise en charge et d'orienter le patient vers des soins complémentaires (EMDR, hypnose, auto-hypnose...) (L.80-93 ; L.224-230 ; L.27-30 ; L.62-65 ; L.97-100 ; L.407-417).

Pour E2, en rééducation le TSPT n'est pas toujours identifié initialement, mais peut être repéré en cours de prise en charge. Certains signes tels qu'un manque de progression, une altération de l'état général, des conduites addictives, des cauchemars ou une fatigue persistante, peuvent donner des indices sur la présence d'un TSPT. Ainsi, échanger avec le patient et le médecin permet d'approfondir la compréhension et d'envisager un dépistage. Si le diagnostic est confirmé, le patient peut entamer un suivi psychologique (L.195-223).

Elle souligne que le TSPT peut se traduire différemment selon les individus. Cela pouvant aller de l'hyper-engagement au repli total. Certains facteurs comme la douleur, accentuent ces comportements difficiles à gérer (L.138-153). Des symptômes comme l'hypervigilance, impactent la rééducation et impliquent des ajustements de l'environnement pour favoriser le bien-être et l'apaisement (L.41-90). Pour E2, le caractère fluctuant du TSPT rend la prise en charge et la relation thérapeutique difficile. (L.23-41).

Les limites rencontrées par E2 reposent sur des patients réfractaires à la rééducation, en lien avec une barrière de la langue, des préférences relationnelles ou leur vécu, impactant leur engagement. Cela renvoie à une rééducation qui ne progresse pas, voire qui régresse, ce qui peut générer un sentiment d'impuissance. Toutefois, elle tempore en disant qu'elle réussit à en tirer de bons résultats (L.153-171).

E2 insiste sur le fait que la prise en charge du TSPT repose principalement sur une adaptation constante aux états émotionnels et psychologiques du patient, influençant directement son engagement (L.92-114). Ces adaptations concernent l'adaptation de l'environnement, une présence attentive et l'utilisation de la musique (L.41-90 ; L.238-244 ; L.245-255). Cela favorise la détente, le lien et l'engagement (L.245-255).

Enfin, la collaboration est centrale puisqu'elle permet de croiser les observations de chacun afin d'adapter ses soins, notamment en cas de difficultés et de repérer un TSPT en incluant le médecin et le psychologue à la prise en charge (L.298-325 ; L.131-138). La transmission assure la continuité des soins, de façon adaptée au patient (L.328-332 ; L.332-342).

Pour E3, la détection du TSPT repose à la fois sur la verbalisation du patient et sur l'observation des professionnels. Ces informations sont ensuite relayées à l'équipe (L.204-208). Elle renforce cet argument en expliquant que certains symptômes comme la reviviscence, sont spontanément exprimés par les patients, facilitant le repérage du TSPT (L.29-32).

Elle identifie plusieurs facteurs influençant l'engagement en rééducation, comme la fatigue physique, la reviviscence et l'évitement. Face à cela l'ergothérapeute peut être amenée à annuler les séances en adoptant une posture d'acceptation et de compréhension (L.22-26 ; L.192-197). Cela peut entraîner un refus de soins, un maintien au lit et donc une baisse de performance (L.73-79). Elle identifie également des facteurs personnels (âge, vécu, objectifs), organisationnels, médicaux et sociaux comme ayant un impact sur l'engagement du patient dans sa rééducation (L.105-118 ; L.178-182 ; L.155-169). Elle met également les personnes

intermédiaires comme facteur favorisant ou défavorisant l'engagement, complexifiant ses séances (L.82-87). Par ailleurs, elle souligne l'importance des facteurs motivationnels porteurs de sens, comme le soutien de l'entourage, la perspective de poursuite des soins et la présence d'objectifs personnels, qui sont pour elle indispensables au réengagement du patient (L.142-151). Elle explique toutefois, que malgré tous ces facteurs, certains patients resteront désengagés tandis que d'autres reprendront les soins (L.138-140).

Ses limites concernent principalement son manque d'accès au dossier médical, complexifiant la détection du TSPT (L.21-23 ; L.200-201). De plus, elle explique qu'une fois le TSPT repéré d'autres recherches ne sont pas envisagées ce qui freine sa prise en charge (L.208-209). Malgré la mise en place de stratégies (musique, guidage, accompagnement du mouvement), elle observe parfois une diminution de l'engagement, de la somnolence ou un refus de participation (L.90-103). Elle souligne également un manque de temps et de moyens nécessaires pour répondre à ce trouble, contrairement à la psychiatrie, où des temps d'expression et d'apaisement sont consacrés. (L.41-52).

La prise en charge d'un TSPT repose sur de l'adaptation pour répondre aux fluctuations de l'engagement. Ces adaptations consistent à varier et simplifier les activités et éviter la nouveauté. Elle ajuste ses objectifs entre stabilisation et progression (L.125-136).

La collaboration a un rôle de soutien. En cas de refus de soin, elle privilégie une prise en charge commune avec un autre soignant, pour relancer le patient (L.56-60). De plus, au sein de l'équipe, l'ergothérapeute a surtout un rôle de détection et de transmission du TSPT. Toutefois, elle n'est pas au courant de ce qui se passe par la suite (L.33-38 ; L.208-209).

3.2.3 Cas clinique

Notre question de recherche était donc : « *dans le cadre d'une intervention en service de rééducation fonctionnelle, comment l'ergothérapeute se positionne-t-il face aux fluctuations de l'engagement du patient liées aux comorbidités concomitantes d'un TSPT supposé ?* ». Ainsi, cela nous a permis de dégager des éléments de réponse.

L'ergothérapeute occupe une place centrale dans la prise en charge des patients avec un TSPT. En effet, la prise en charge d'une ergothérapeute implique d'entrer dans l'intimité du patient. Cela crée des liens et une proximité particulière, facilitant la verbalisation du patient et les observations du thérapeute sur ses difficultés. Celles-ci se traduisent par une rééducation qui ne progresse plus, un refus de soin ou des variations de l'engagement. Cette possibilité de détection

repose sur une relation thérapeutique solide et sur la compréhension globale du patient, intégrant son histoire de vie, ses comorbidités et les manifestations relatives au TSPT.

Face au TSPT et à ses fluctuations, l'ergothérapeute s'adapte constamment. Elle ajuste les objectifs, les activités, le rythme et l'environnement, en fonction de l'état émotionnel et psychologique du patient. Le but est d'éviter la mise en échec pouvant amener à un désengagement total. Ces adaptations peuvent être de différentes formes : simplification des tâches, modification du cadre thérapeutique, utilisation de médiation ou encore aménagement de l'environnement.

Toutefois, cette prise en charge présente des limites. L'ergothérapeute peut faire face à des refus, des diminutions de l'engagement persistantes, un arrêt de progression ou bien une lassitude du thérapeute. De plus, des contraintes institutionnelles, telles que, le manque de temps, de moyens ou d'accès aux informations médicales, peuvent limiter l'accompagnement et la compréhension du TSPT.

Ainsi, l'approche collaborative apparaît comme essentielle à cette prise en charge. En interne, l'ergothérapeute s'inscrit dans un travail pluridisciplinaire accompagné d'échanges réguliers, permettant de croiser les regards, de faciliter la détection du TSPT et d'adapter la prise en charge.

L'ergothérapeute ne se limite donc pas à la rééducation fonctionnelle. En effet, elle a une approche globale, adaptable et collaborative, permettant d'accompagner un patient avec un TSPT tout en favorisant son engagement en rééducation, malgré les fluctuations.

Pour répondre plus précisément à notre question de recherche, l'ergothérapeute se positionne dans une posture d'adaptation et d'observation face aux fluctuations de l'engagement du patient liées aux comorbidités concomitantes d'un TSPT supposé. Une relation thérapeutique adaptée lui permet de repérer des signes de désengagement face auxquels elle ajuste sa prise en charge. Le but est de préserver l'alliance thérapeutique et d'éviter la mise en échec du patient. Sa posture repose sur une compréhension globale de la situation que vit le patient ainsi que sur une collaboration pluridisciplinaire. Cela permet de sortir des situations complexes et d'adapter les soins.

4 Discussion

Dans cette dernière partie, nous analyserons les résultats de notre étude, en les interprétant au regard de l'enquête exploratoire, de la revue de littérature et du cadre conceptuel, développé tout au long de notre écrit. Les sous parties suivantes aborderont, la critique du dispositif de recherche, les apports et les limites, la transférabilité dans la pratique professionnelle et les perspectives de recherche.

4.1 Interprétation des résultats

4.1.1 Interprétation des résultats selon l'enquête exploratoire

Dans l'enquête exploratoire, le rôle de l'ergothérapeute dans la gestion d'un TSPT, est interrogé. Il en ressort l'importance de la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, dans une perspective d'adaptation de soins. Cet élément semble au cœur de la prise en charge, puisqu'il a donné lieu à l'émergence d'un thème au cours de la recherche, alors même qu'il n'avait pas été abordé directement dans les questions initiales. En effet, les résultats de notre étude montrent que l'équipe pluridisciplinaire joue un rôle de soutien en présence de difficultés et apporte un regard complémentaire. Cela permet alors d'adapter les interventions de l'ergothérapeute. Ainsi, ces résultats viennent corroborer ceux issus de l'enquête exploratoire. De plus, l'enquête exploratoire met en avant le rôle de l'ergothérapeute dans l'adaptation de l'environnement et des tâches. A nouveau ces résultats corroborent l'étude. En effet, celle-ci souligne l'importance d'adapter l'environnement de rééducation afin de sécuriser et d'apaiser le patient. Également, l'étude met en évidence, de manière récurrente, la nécessité d'adapter la rééducation pour prévenir une baisse de l'engagement, voire un désengagement total du patient dans celle-ci.

Il est intéressant de relever, que les moyens mobilisés pour la prise en charge du TSPT dans l'enquête exploratoire, sont difficiles à mettre en parallèle avec les résultats de l'étude. En effet, l'enquête exploratoire aborde le recours aux ateliers individuels, sans préciser leur nature. Cela ne permet donc pas de savoir, si cela correspond à ce qui a été abordé dans l'étude. Cependant, dans cette dernière, il est souligné que la rééducation peut se faire en isolant le patient, ce qui peut, dans une certaine mesure, se rapprocher d'un atelier individuel. Par ailleurs, l'enquête exploratoire met en avant la réadaptation cognitive comme moyen de prise en charge d'un TSPT. De nouveau, le manque de précision rend la comparaison difficile. En effet, il n'est pas possible de déterminer à quoi cela correspond précisément dans l'enquête exploratoire, ni de

savoir si ce qui a été abordé par les ergothérapeutes dans l'étude, correspond à de la réadaptation cognitive.

Enfin, en ce qui concerne les limites, celles-ci semblent se rejoindre entre l'enquête exploratoire et l'étude. En effet, le manque de temps relevé dans l'enquête exploratoire, peut être rapproché des limites organisationnelles identifiées dans l'étude. De même, l'impact que le TSPT a sur la prise en charge initiale et dans l'activité du patient, est évoqué dans l'enquête exploratoire et dans l'étude. En effet, cet impact est principalement illustré par les fluctuations de l'engagement qui semblent être une des principales conséquences du TSPT en rééducation.

4.1.2 Interprétation des résultats selon la revue de littérature

Dans la revue de littérature, sont abordés les facteurs et manifestations associés au TSPT, tout comme dans notre étude dans le thème abordant la position de l'ergothérapeute. La revue de littérature, met en avant les symptômes principaux du TSPT, tels que l'hypervigilance, l'évitement et la reviviscence(13), (23). Ces mêmes symptômes sont abordés à plusieurs reprises dans notre étude. Il semble donc que ces symptômes sont non seulement présents mais ont également un réel impact, notamment sur l'engagement, comme il a été démontré dans l'étude. De plus, dans la revue de littérature sont abordés d'autres symptômes associés au TSPT. Ces symptômes sont, la fatigue, l'anxiété, les troubles de l'humeur, la perte de motivation et des conduites addictives(10). Chacun de ces facteurs viennent corroborer les résultats de notre étude, puisqu'ils sont identifiés comme des freins à la rééducation et à l'engagement du patient. Toutefois, la revue de littérature met également en évidence, d'autres symptômes inexplorés dans notre étude, tels que les troubles du sommeil et les troubles cognitifs. Toutefois, la revue de littérature met également en avant une dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien entraînant un stress chronique avec une hyperréactivité semblable à de l'hypervigilance ainsi qu'une difficulté de mémorisation. Ces difficultés de mémorisation s'inscrivent dans le champ des troubles cognitifs(23). Bien que cela n'ait pas été souligné dans notre recherche, la question de la prise en charge des troubles cognitifs dans le cadre d'un TSPT se pose.

La revue de littérature souligne également la difficulté que rajoutent les facteurs cités précédemment, au sein de la rééducation(10). Cela corrobore les résultats de notre étude qui aborde d'une part la position de l'ergothérapeute face à ce trouble, mais également ses limites. Il en ressort que la prise en charge semble complexe et que ces symptômes tendent à favoriser un désengagement du patient, provoquant chez l'ergothérapeute un sentiment d'impuissance. La revue de littérature a conclu que le désengagement représente un défi important lorsqu'un

TSPT est présent(25). La revue de littérature associée à notre étude, met en évidence que le désengagement représente un réel enjeu, notamment en rééducation, lorsqu'un patient présente un TSPT. Par ailleurs, la revue de littérature met en avant, que dans une population de patients brûlés, 31,8% présentent un TSPT, mais également 29,4% des membres de leur famille, ce qui est particulièrement élevé(22). Or, lors de notre étude, l'intégration de la famille vise essentiellement à soutenir le patient, sans réelle prise en compte de leurs propres difficultés, ni accompagnement quant à la manière d'aider un proche avec ce trouble.

En ce qui concerne les moyens de prise en charge du TSPT, cela a été abordé tant dans la revue de littérature que dans l'étude. La revue de littérature corrobore notre étude en abordant l'adaptation de la prise en charge d'un TSPT en rééducation. En effet, elle met en avant les adaptations environnementales, comportementales et techniques(10) similaires à celles abordées dans l'étude. Cela montre l'importance de ces adaptations dans le sentiment de sécurité du patient, dans la construction de l'alliance thérapeutique et dans le respect de son rythme et de ses capacités. En outre, la revue de littérature aborde la réalité virtuelle, également abordée dans l'étude dans les traitements du TSPT. Les deux se rejoignent en expliquant que celle-ci permet une exposition progressive au traumatisme(28).

Enfin, tout comme dans l'étude, la revue de littérature souligne l'importance d'une prise en charge précoce(30, 23). La revue de littérature met en avant que cela permet d'éviter la désorganisation et l'étude relève l'efficacité d'une prise en charge précoce. Ainsi, la revue de littérature associée à l'étude nous montre bien l'importance d'une adaptation constante en fonction d'un grand nombre de critères permettant alors d'effectuer une prise en charge efficace.

4.1.3 Interprétation des résultats selon le cadre conceptuel

Le cadre conceptuel aborde les différentes comorbidités. Nous avons centré notre question de recherche sur les comorbidités concomitantes. Toutefois, les réponses obtenues lors de notre recherche, ne tendent pas forcément vers celles-ci et ont finalement peu été abordées. L'étude met en avant la présence de dépression comme comorbidité associée au TSPT. Cependant si nous reprenons les propos exacts de l'ergothérapeute, celle-ci dit :

« ensuite quand le trouble n'est pas résolu ou qu'il n'est pas bien diagnostiqué, ça peut être accompagné d'une espèce de dépression avec un désengagement avec voilà, c'est inutile que je vienne en rééducation donc pourquoi je me lèverais le matin, voilà un espèce d'état dépressif qui se met en place et qui est souvent combiné à d'autres symptômes ». (E1 ; 136-147)

Ici, nous comprenons qu'il s'agit davantage d'une comorbidité hétérotypique, car le TSPT et la dépression appartiennent à deux catégories diagnostiques différentes. Par ailleurs, le cadre conceptuel met en avant l'importance de la prise en compte des comorbidités dans la prise en charge. Cela corrobore notre étude qui appuie sur l'importance d'une prise en charge globale en s'adaptant en fonction des comorbidités et des symptômes qui les accompagnent.

Le cadre conceptuel présente l'engagement comme un processus dynamique et fluctuant, s'inscrivant dans un continuum. Cet apport conceptuel corrobore l'étude, qui aborde différentes phases de l'engagement, pouvant impacter un même patient (hyper-engagement, désengagement, baisse ou augmentation de l'engagement). Cela traduit bien les fluctuations de l'engagement, présentes chez un patient présentant un TSPT. De plus, le cadre conceptuel corrobore l'étude en expliquant que l'engagement varie en fonction des facteurs propres au patient, mais aussi du contexte environnemental et relationnel. L'étude met en avant l'importance pour le patient d'avoir des objectifs personnels. Cela favorise l'engagement et plus particulièrement l'engagement occupationnel, mis en évidence dans le cadre conceptuel. Enfin, d'après le cadre conceptuel, la relation thérapeutique représente une condition essentielle à l'engagement occupationnel, par sa participation active et par la co-construction des décisions de santé. Cela est complété par l'étude qui elle, met en avant les bienfaits d'une relation thérapeutique solide et adaptée. L'adhésion thérapeutique ainsi que la relation thérapeutique, si elle est adaptée, favorise l'engagement du patient présentant un TSPT, dans sa rééducation.

4.2 Critique du dispositif de recherche

4.2.1 Forces du dispositif

Notre dispositif de recherche, repose sur une méthodologie rigoureuse, permettant d'aborder les points essentiels tout en limitant certains biais. La mise en lien entre les différentes parties (enquête exploratoire, revue de littérature, cadre conceptuel, étude) renforce la cohérence globale et permet de croiser les regards. Elle met également en évidence que le déroulement d'une recherche peut évoluer sans que l'on puisse le contrôler, sans que cela soit une limite, mais plutôt une ouverture vers des résultats non anticipés. L'enquête exploratoire reposant sur une méthodologie quantitative et notre étude sur une méthodologie qualitative, apporte une richesse dans nos résultats. Également, la diversité des milieux d'exercice des ergothérapeutes sollicités, apporte une richesse et une complémentarité des résultats. La revue de littérature et le cadre conceptuel reposent sur des articles scientifiques permettant une fiabilité et une rigueur des résultats, bien que certaines prudenances restent nécessaires. Par ailleurs, le respect de la

confidentialité et l'encadrement de la recherche renforcent la rigueur méthodologique et contribuent à limiter les biais.

4.2.2 Faiblesses du dispositif

La principale limite du dispositif repose sur le faible nombre de participants, ne permettant pas d'explorer toutes les possibilités qu'ouvre notre recherche. De plus, certaines contraintes organisationnelles, telles que le temps ou l'accès aux informations semblent avoir influencé la recherche. Par ailleurs, bien que des biais aient été évités, certains persistent encore, notamment lors de la passation des entretiens. En effet, certaines relances ont quelques fois été influencées par notre point de vue, accentuant le biais de désirabilité sociale. De plus, certaines questions, en particulier celle nourrissant notre premier thème, ne semble pas avoir été pleinement comprise par les participants, rendant plus difficile l'interprétation des résultats. Associé à cela, le manque de temps et donc la faiblesse de certaines de nos questions, n'ont pas permis d'y répondre totalement, ni d'approfondir certaines données, qui auraient pu être intéressantes. Cela ouvre néanmoins des perspectives pour de futures recherches. Enfin, il est possible que notre recherche ait parfois été influencée par un degré d'implication et de distanciation inadapté. Cependant, des remises en question régulières ont permis de limiter ces biais, sans compromettre la totalité de la recherche.

4.3 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Lors de nos recherches d'ergothérapeutes pour participer à nos entretiens, les professionnels ont vite réagi nous permettant de trouver rapidement nos interviewés, traduisant l'intérêt qu'ils portent à cette étude. De plus, certains nous ont confié vouloir lire notre mémoire une fois terminé, cela prouve l'intérêt et la considération porté à notre sujet.

Les résultats de notre étude permettent de comprendre des éléments concernant les fluctuations de l'engagement en rééducation, chez des patients présentant un TSPT. Ils mettent en évidence l'importance de la détection et de la prise en charge précoce de ce trouble, mais aussi l'impact qu'il a sur l'engagement et la progression du patient. L'étude met également en évidence le rôle de l'ergothérapeute dans l'adaptation de la prise en charge, sur les plans environnementaux, comportementaux et techniques, afin de favoriser l'engagement du patient en rééducation.

L'étude souligne également l'importance du travail pluridisciplinaire. Celui-ci facilite la détection du trouble mais permet également l'adaptation de la prise en charge. De plus, les résultats insistent sur la nécessité d'adopter une posture flexible, basée sur des adaptations constantes, en fonction de l'état émotionnel et psychologique du patient.

Toutefois, il en est également ressorti que le manque de temps et de moyens présents en rééducation, pour ce type de trouble, limite la pratique professionnelle dans cette prise en soin. De plus, sa variabilité d'un individu à l'autre et dans le temps, empêche la généralisation de stratégies de prise en charge.

Ainsi, bien que l'étude apporte des éléments concrets pour la pratique professionnelle, celle-ci doit être adaptée en fonction des individus et des moyens mis à disposition.

4.4 Transférabilité pour la pratique professionnelle

Notre étude abordant la position de l'ergothérapeute face aux fluctuations de l'engagement chez un patient présentant un TSPT, peut être partiellement transférable à la pratique professionnelle des ergothérapeutes, ainsi qu'à d'autres populations présentant ces mêmes fluctuations. Elle met en évidence l'importance pour l'ergothérapeute, de s'adapter à l'état émotionnel et psychologique du patient. L'objectif est de limiter les risques de désengagement, responsable d'un arrêt de progression du patient. Cette adaptation repose notamment sur une relation thérapeutique solide et adaptée ainsi que sur des ajustements de l'environnement, du cadre thérapeutique et des modalités d'intervention, visant à sécuriser le patient et à éviter la mise en échec.

Par ailleurs, la problématique des fluctuations de l'engagement est présente chez d'autres pathologies, notamment dans la dépression, connue pour avoir une perte de motivation et d'énergie impactant donc l'engagement, notamment en ergothérapie. La dépression pouvant être associée au vécu traumatique, la recherche permettrait de donner des pistes aux ergothérapeutes pour le détecter et favoriser l'engagement du patient en rééducation.

Toutefois, cela reste à nuancer. Le TSPT et la dépression présentent des spécificités distinctes, nécessitant des adaptations propres à chaque trouble, à chaque patient, mais aussi aux pratiques professionnelles, propre à chaque ergothérapeute.

4.5 Perspectives de recherche

Cette recherche ouvre plusieurs perspectives intéressantes. Tout d'abord, il pourrait être pertinent d'approfondir l'impact de la remédiation cognitive par l'ergothérapeute sur le TSPT. En effet, certaines études amenées plus haut, abordent l'impact du TSPT sur le cerveau et plus précisément sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Ainsi, en termes de rééducation ergothérapique, il pourrait être pertinent de comprendre les troubles cognitifs associés au TSPT et les possibilités de prise en charge en ergothérapie, telle que la remédiation cognitive.

Par ailleurs, la place de l'entourage et de la famille semble peu explorée, alors qu'elle pourrait jouer un rôle important dans le soutien du patient, comme l'ont souligné nos recherches. En effet, l'ergothérapie s'inscrit dans une approche centrée sur la personne, impliquant l'environnement social du patient. Ainsi, approfondir cette dimension serait pertinente, également pour l'accompagnement de la famille par l'ergothérapeute lorsqu'un proche est atteint de TSPT. Cela permettrait d'explorer à la fois le soutien apporté aux aidants pour mieux comprendre et traverser le TSPT, mais aussi pour accompagner leurs propres difficultés pouvant impacter leur quotidien. Une recherche pourrait donc se centrer sur le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention, le soutien et l'accompagnement de ces proches.

Enfin, notre recherche a démontré que le refus total de soin d'un patient et donc le désengagement, constituent une problématique majeure notamment pour les ergothérapeutes. Explorer les stratégies ergothérapiques, permettant de favoriser l'engagement serait particulièrement pertinent pour la pratique professionnelle des ergothérapeutes en rééducation, mais également dans tous lieux de soins comprenant des ergothérapeutes.

Conclusion

Ce mémoire nous a conduit à explorer la position de l'ergothérapeute face aux fluctuations de l'engagement en rééducation, chez les patients présentant un TSPT et des comorbidités concomitantes. De plus, il a permis d'analyser les déterminants, les impacts, les limites et les stratégies d'adaptation des ergothérapeutes face à ce trouble. Ainsi, les résultats soulignent l'impact du TSPT dans la diminution de l'engagement et ses conséquences sur la progression de la rééducation. Ils mettent également en avant l'importance pour les ergothérapeutes, d'adapter constamment leurs soins, la relation thérapeutique, ainsi que le travail pluridisciplinaire pour favoriser le réengagement du patient dans les soins.

Enfin, cette recherche démontre que la prise en charge du TSPT en rééducation par les ergothérapeutes, reste complexe et impactée par divers facteurs, tant cliniques qu'organisationnels. Malgré les limites méthodologiques, ce mémoire apporte des pistes de réflexion pour la pratique professionnelle des ergothérapeutes. Elle ouvre également, certaines perspectives de recherche, notamment autour de la remédiation cognitive, de la famille et des stratégies visant à faire face au refus de soin, dans le champ de l'ergothérapie.

Bibliographie

1. Mermillod M, Favre P, Vermeulen N. Neurosciences affectives [Internet]. 2021 [cité 12 févr 2025]. Disponible sur: <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:257995>
2. Pedinielli JL, Mariage A. Classifications psychiatriques des effets des traumatismes. In: Psychopathologie du traumatisme. Paris: Armand Colin; 2015. p.50-56
3. Vaucher JF, Renevey Y, Gysi J. Trouble de stress post-traumatique complexe et trouble dissociatif de l'identité partiel: Deux diagnostics novateurs dans la CIM-11. *Inf Psychiatr.* 2023;99(9):615-20. doi:10.1684/ipe.2023.2644
4. Oriane JF. Contribution de la sociologie à une théorie générale de la mémoire. *Biol Aujourd'hui.* 2023;127. Disponible sur: PubMed
5. Delaisse AC, Bodin JF, Charret L, Hernandez H, Morel-Bracq MC. Qu'est-ce que l'ergothérapie ? ANFE [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
6. OMS. Trouble de stress post-traumatique [Internet]. [cité 12 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
7. République française. Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. 2022-24. 11 janv 2022.
8. Thomas G. Intérêts et limites des hospitalisations séquentielles dans la prise en charge des états de stress post-traumatique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mai 2018;176(5):511-4. doi:10.1016/j.amp.2018.03.004
9. Troubles du stress post-traumatique · Inserm, La science pour la santé [Internet]. [cité 11 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
10. Bruno S, Jéquier A, Mameaux B, Moine J, Favodon B, Rogez D, et al. L'état de stress post-traumatique : réflexions autour des particularités de prise en charge du patient en rééducation. *Kinésithérapie Rev.* 1 mai 2021; Rééducation du blessé militaire: Vivre autrement pour son pays 21(233):11-6. doi:10.1016/j.kine.2021.01.060
11. Molenda S. L'état de stress post-traumatique et ses troubles associés. Inserm [Internet]. 2009 [cité 10 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/>
12. Orban P. Le traitement du stress post-traumatique. In: [Psychothérapies pour le trouble du stress post-traumatique]. 1^{re} éd. Paris: Dunod. [7 oct 2022]. chap.2
13. OMS. Trouble de stress post-traumatique [Internet]. [cité 30 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
14. Fortin M. Au-delà de la rémission : la qualité de vie en psychothérapie pour le trouble de stress post-traumatique [Thèse ou essai doctoral accepté] [Internet]. [Montréal (Québec, Canada)]: Université du Québec à Montréal; 2022 [cité 11 mars 2025]. Disponible sur: <https://archipel.uqam.ca/15565/>

15. Farjaudon AL, Portal M. 1. Comprendre les différents types de recherches. *Expert Sup.* 7 oct 2024;30-3.
16. Farjaudon AL, Portal M. 1. Comprendre les différents types de recherches. *Expert Sup.* 7 oct 2024;30-3.
17. Gingras ME, Belleau H. Avantages et désavantages du sondage en ligne comme méthode de collecte de données : une revue de littérature. [*urbanisation, culture et société*] 2015;1-8
18. Samlak N. L'approche qualitative et quantitative dans l'enquête de terrain. Vol. 1. juin 2020;1(1):20.
19. Le règlement général sur la protection des données - RGPD [Internet]. [cité 11 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>
20. République française. Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. 2012.
21. Vétois J. RGPD et loi sur les données personnelles : nouvelles contraintes, nouvelles avancées ? *Termin Technol Inf Cult Société.* 17 juin 2018;(122):122. doi:10.4000/terminal.2182
22. Zheng H, Wu K, Zhou Y, Fu L, Zhang D, Liu Z. Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder in burned patients and their family members. *Burns.* 1 août 2021;47(5):1102-9. doi:10.1016/j.burns.2020.10.019
23. Nathan P. Le stress post-traumatique : le comprendre pour le prévenir et éviter le handicap. *Sécurité Strat.* 10 mai 2017;26(2):13-20. doi:10.3917/sestr.026.0013
24. Ullrich P, Smith B, Poggensee L, Evans C, Stroupe K, Weaver F, Burns S. Pain and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms During Inpatient Rehabilitation Among Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom Veterans With Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 1 janv 2013;94(1):80-5. doi:10.1016/j.apmr.2012.07.018
25. Lamkin J, Hundt N, Ahearn EP, Stanley M, Smith TL. Patterns of Treatment Disengagement and Personality Traits Associated With Posttraumatic Stress Disorder in Recent-Era U.S. Veterans Receiving Cognitive Processing Therapy. *J Trauma Stress.* août 2019;32(4):625-32. doi:10.1002/jts.22428
26. Cakir U, Terzi R, Abaci F, Aker T. The prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with burn injuries, and their quality of life: *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice: Vol 19 , No 1 - Get Access* [Internet]. [cité 23 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13651501.2014.981545?scroll=top&needAccess=true>
27. Zatzick D, Jurkovich G, Heagerty P, Russo J, Darnell D, Parker L, et al. Stepped Collaborative Care Targeting Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Comorbidity for US Trauma Care Systems: A Randomized Clinical Trial | *Surgery | JAMA Surgery | JAMA Network* [Internet]. [cité 30 oct 2025]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com.lama.univ-amu.fr/journals/jamasurgery/fullarticle/2776953>

28. Spytka L. The use of virtual reality in the treatment of mental disorders such as phobias and post-traumatic stress disorder. *SSM - Ment Health*. 1 déc 2024;6:100351. doi:10.1016/j.ssmmh.2024.100351
29. Boudin M. Vivre après un traumatisme, état de stress post-traumatique, qualité de vie activité créative [Internet]. [cité 30 oct 2025]. Disponible sur: anfe.fr
30. Edgelow MM, MacPherson MM, Arnaly F, Tam-Seto L, Cramm HA. Occupational therapy and posttraumatic stress disorder: A scoping review. *Can J Occup Ther*. 1 avr 2019;86(2):148-57. doi:10.1177/0008417419831438
31. Association canadienne des ergothérapeutes. Document de pratique en ergothérapie : la santé mentale dans le contexte judiciaire et du service correctionnel. [Internet]. 2024. [cité le 10 mai 2026]. Disponible sur: ACE / CAOT
32. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis*. 1 déc 1970;23(7):455-68. doi:10.1016/0021-9681(70)90054-8
33. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. janv 1999;40(1):57-87. doi:10.1111/1469-7610.00424
34. CNRTL. Psychologie : Définition de psychologie [Internet]. [cité 18 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/psychologie>
35. CNRTL. Occupation : Définition de occupation [Internet]. [cité 18 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/occupation>
36. Kiesler Charles A. The psychology of commitment: Experiments linking behavior to belief. Academic Press. New York; 1971.
37. Girandola F, Roussiau N. L'engagement comme source de modifications à long terme [Internet]. [cité 4 janv 2026]. Disponible sur: ResearchGate
38. Squirrell G. Engagement in practice : Theory and practice for successful engagement. Royaume-Uni: Lyme Regis; 2012.
39. Townsend EA, Polatajko HJ. Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007.
40. Dubois B, Thiébaud S, Samson E, Trouvé, M, Tosser M, Poriel G, et al. L'objet du diagnostic : définir et expliquer l'état occupationnel d'une personne ou d'un groupe de personnes. in: [Guide du diagnostic en ergothérapie]. France: De Boeck Supérieur; 2017. p. 19-32.
41. Dubois B, Trouvé E, Thiébaud Samson S. Guide du diagnostic en ergothérapie. Paris: Dunod; 2021. p.30-60
42. Organization WH. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization; 2003. 206 p.

43. Mosconi N. Recherche qualitative, recherche clinique. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. *Cliopsy*. 27 oct 2021;26(2):111-21. doi:10.3917/cliop.026.0111
44. Farjaudon AL, Portal M. 3. La collecte des données. *Expert Sup*. 7 oct 2024;38-43.
45. Louart P. Chapitre 11. Les méthodes qualitatives de recherche. In: *Produire du savoir et de l'action* [Internet]. EMS Éditions; 2020 [cité 11 févr 2026]. p. 127-39. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/produire-du-savoir-et-de-l-action--9782376873471-page-127> doi:10.3917/ems.peret.2020.01.0127
46. Ghomari S. Techniques d'enquête [Internet]. [cité 11 mars 2026]. Disponible sur: Université de Tlemcen
47. Lugen M. *Petit guide de méthodologie de l'enquête*. Université libre de Bruxelles; 2017.
48. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;102(3):23-34. doi:10.3917/rsi.102.0023
49. Centre d'étude pour le développement, l'innovation et la prospective en ressources humaines. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. [cité 11 févr 2026]. Disponible sur: CMVRH / CEDIP
50. Farjaudon AL, Portal M. 4. L'analyse des données. *Expert Sup*. 7 oct 2024;44-7.
51. Abrial S, Louvel S. Chapitre 4. Analyser les entretiens. In: *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives* [Internet]. Presses universitaires de Grenoble; 2011 [cité 23 mars 2026]. p. 65-81. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/enquetes-qualitatives-enquetes-quantitatives--9782706122934-page-65> doi:10.3917/pug.abria.2011.01.0065

Sommaire des annexes

Annexe 1 : notice d'information de l'enquête exploratoire	64
Annexe 2 : formulaire du recueil de consentement de l'enquête exploratoire.....	65
Annexe 3 : matrice de questionnement	66
Annexe 4 : âge des participants de l'enquête exploratoire	71
Annexe 5 : pourcentage des ergothérapeute participants à l'enquête exploratoire	71
Annexe 6 : temps de pratique des ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire	72
Annexe 7 : répartition des ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire selon leur lieu d'exercice	72
Annexe 8 : pourcentage d'ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire, estimant avoir un rôle dans la prise en charge du TSPT selon leur lieu d'exercice	73
Annexe 9 : rôles perçus par les ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire dans la prise en charge du TSPT selon leur lieu d'exercice	73
Annexe 10 : degré de prise en compte de l'élément traumatique par les ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire, chez la personne atteinte d'un TSPT.....	74
Annexe 11 : fréquence d'adaptation de l'intervention des ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire en fonction de l'histoire traumatique du patient	74
Annexe 12 : moyens mobilisés par les ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire pour prendre en charge un patient atteint de TSPT.....	75
Annexe 13 : moyens mobilisés en priorité par les ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire pour un TSPT	75
Annexe 14 : pourcentage d'ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire repérant des limites en présence d'un TSPT.....	76
Annexe 15 : limites perçues par les ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire dans la prise en charge du TSPT	76
Annexe 16 : pourcentage d'ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire estimant avoir toutes les clefs pour répondre aux besoins d'un patient avec un TSPT ..	77
Annexe 17 : ressource(s) nécessaire(s) d'après les ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire pour optimiser leur intervention auprès de TSPT.....	77
Annexe 18 : données de littérature répondant à la revue de littérature	78
Annexe 19 : tableau des résultats des bases de données	79
Annexe 20 : matrice conceptuelle.....	88
Annexe 21 : fiche d'information.....	91

Annexe 22 : fiche de consentement.....	92
Annexe 23 : grille d'entretien	94
Annexe 24 : entretien avec E1.....	95
Annexe 25 : entretien avec E2.....	95
Annexe 26 : entretien avec E3.....	95
Annexe 27 : Grille d'analyse d'entretien.....	96

Annexe 1 : notice d'information de l'enquête exploratoire

Notice d'information

« Intégration de la prise en charge du trouble de stress post-traumatique, en ergothérapie, dans le parcours de soins initial d'un patient en SMR. »

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal, **Cessac, Nawelle**, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « **Intégration de la prise en charge du trouble de stress post-traumatique, en ergothérapie, dans le parcours de soins initial d'un patient en SMR.** ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur **M..... +email** pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Cette étude est réalisée par le laboratoire, service.... à compléter

Objectif de la recherche

A Compléter

Comment se déroule l'étude ?

-penser à préciser la durée.

A Compléter

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

A Compléter

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans conséquence.

Annexe 2 : formulaire du recueil de consentement de l'enquête exploratoire

Formulaire du recueil de consentement

(en 2 exemplaires)

« Intégration de la prise en charge du trouble de stress post-traumatique, en ergothérapie, dans le parcours de soins initial d'un patient en SMR. »

Cessac, Nawelle, Coordonnées Professionnelles , investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « titre de l'étude » en collaboration avec l'investigateur secondaire **Nom+Prenom+email AMU**

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées .

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « titre de l'étude ».

Conformément aux dispositions de la loi CNIL et au Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles de 25 mai 2018, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant. Ces droits s'exercent auprès de l'investigateur du projet.

Fait à..... le
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

Nom Prénom

Signature :

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Annexe 3 : matrice de questionnaire

Variables étudiées	Indicateurs par variables	Numéro de la question	Objectif	Modalités de réponse	Intitulé
Éléments descriptifs de la population	Population sélectionnée	1	Déterminer le public ciblé dans le but de s'assurer que les critères d'inclusion et d'exclusion de l'enquête exploratoire, soient respectés	Question ouverte	Quel âge avez-vous ?
		2		Question fermée (Oui/Non)	Etes-vous ergothérapeute ?
		3		Question semi ouverte (Entre 2ans et 4ans/entre 5ans et 7 ans / + de 7ans)	Depuis combien de temps pratiquez-vous votre activité ?
	Site d'exploration sélectionnés	4	Identifier la structure dans laquelle exerce les ergothérapeute	Question semi ouverte (Psychiatrie / SMR / autres)	Dans quel type de structure travaillez-vous ?
Perception des ergothérapeutes dans leur rôle de la gestion d'un trouble de stress post traumatique, en fonction de leur lieu d'exercice	Rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge d'un trouble de stress post traumatique, en fonction de leur lieu d'exercice	5	Déterminer la proportion d'ergothérapeutes qui estiment jouer un rôle dans la prise en charge du trouble de stress post-traumatique, en fonction de leur lieu d'exercice	Question fermée (Oui / Non / Je ne sais pas)	Pensez-vous que l'ergothérapeute a un rôle spécifique à jouer dans la gestion du trouble de stress post traumatique dans votre lieu d'exercice actuel ?

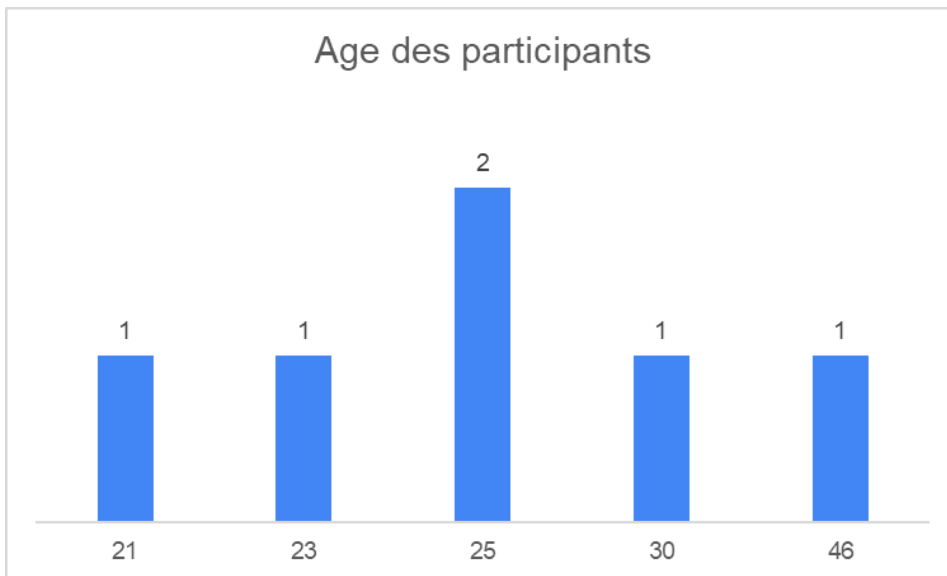
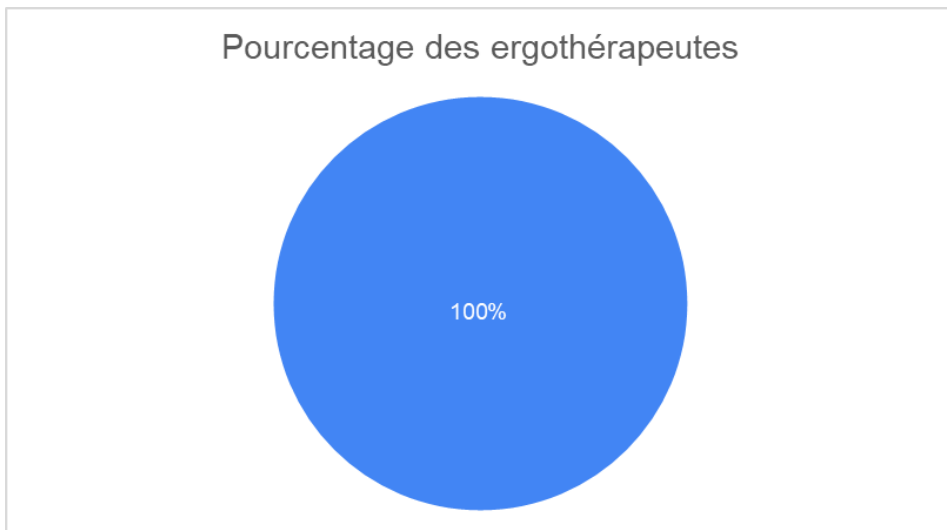
		6	<p>Identifier le ou les rôles que s'attribue un ergothérapeute dans sa gestion d'un trouble de stress post traumatique, en fonction de leur lieu d'exercice</p>	<p>Question semi ouverte (Évaluer les répercussions du trouble de stress post traumatique sur les AVQ⁷ / Mettre en place des activités afin de restaurer la participation occupationnelle / Travailler la gestion émotionnelle / Adapter l'environnement ou les tâches / Collaborer avec l'équipe pluridisciplinaire pour ajuster le projet de soins / Éduquer le patient/ses proches sur la pathologie et sur les stratégies d'adaptation / Accompagner la reprise de rôles sociaux et professionnels / Je ne joue pas de rôle spécifique dans la prise en charge du TSPT / Autre)</p>	<p>Quel(s) rôle(s) vous attribuez vous, dans la gestion d'un trouble de stress post traumatique en tant qu'ergothérapeute, dans votre lieu d'exercice actuel ?</p>
--	--	---	---	--	--

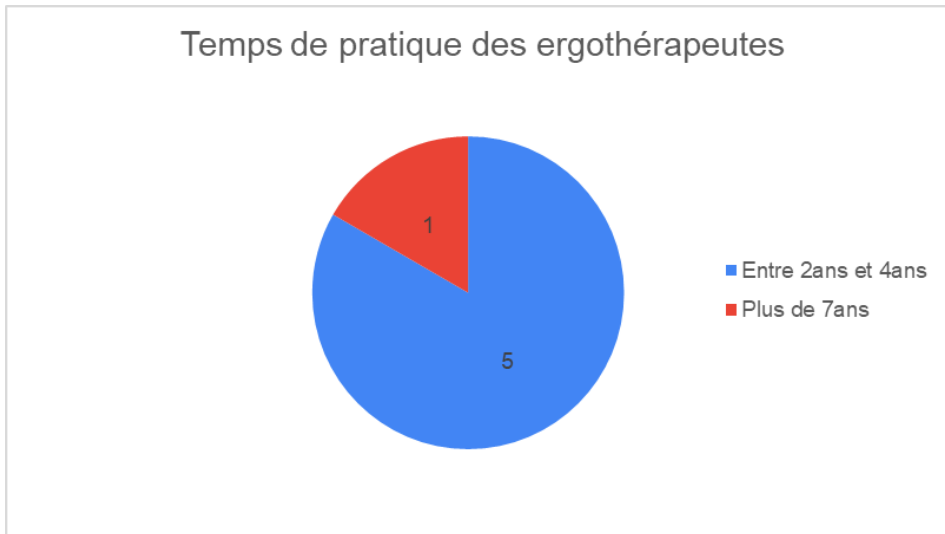
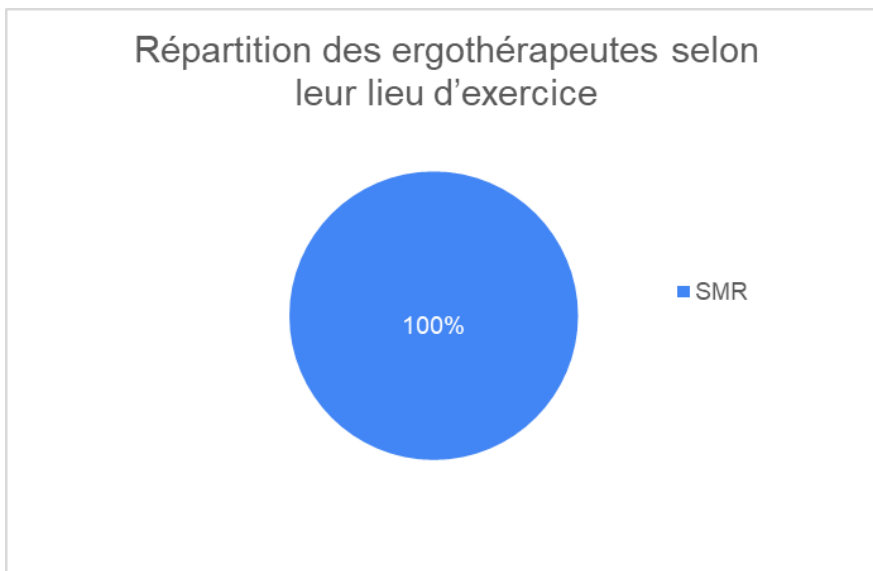
⁷ Activité de la Vie Quotidienne

Moyens mobilisés, en ergothérapie, dans la prise en charge d'un trouble de stress post traumatique	Fréquence de prise en compte de l'élément traumatique dans la pratique professionnelle	7	Évaluer l'intégration de la dimension traumatique dans la pratique ergothérapique auprès des personnes atteintes d'un trouble de stress post traumatique et/ou maladie psychique	Question fermée (Echelle de 1 à 10 (1 absente / 10 constante))	A quel degré estimeriez-vous la fréquence de prise en compte de l'élément traumatique, dans votre pratique, chez la personne atteinte d'un trouble de stress post traumatique ?
	Adaptation de l'intervention en ergothérapie en fonction de l'état traumatique du patient.	8	Évaluer le niveau d'adaptation d'une prise en soin ergothérapique en fonction de l'état traumatique du patient	Question semi ouverte (Jamais / Peu / Modérément / Beaucoup / Toujours)	Adaptez-vous votre intervention en fonction de l'histoire traumatique du patient ?
	Moyens mobilisés pour la prise en soins d'un patient atteint de stress post traumatique	9	Recueillir les moyens mobilisés par les ergothérapeutes dans la prise en soin d'un patient atteint de stress post traumatique	Question semi ouverte (Atelier thérapeutique / atelier individuel / atelier de groupe /entretien / Réadaptation cognitive / Approche psychoéducative / Autres)	Dans votre pratique, quels moyens mobilisez-vous, pour prendre en charge un patient atteint de stress post traumatique ? (Atelier thérapeutiques, atelier de groupe...)
	Planification des divers moyens mobilisés pour la prise en charge de patient avec un trouble de stress post traumatique	10	Repérer l'ordre des moyens mis en place par les ergothérapeutes	Question semi ouverte (Atelier thérapeutique / atelier individuel / atelier de groupe /entretien / Réadaptation cognitive / Approche psychoéducative / Autres)	Parmi ces moyens, lesquels mobilisez-vous en priorité pour des patients avec un trouble de stress post traumatique ? (Cochez jusqu'à 3 choix maximum, par ordre de priorité)

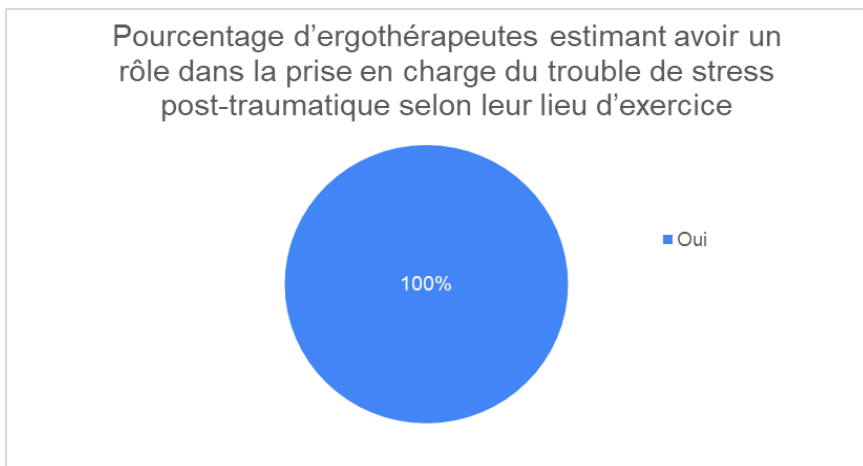
Limites rencontrées	Présence ou pas, de limites d'une prise en charge ergothérapeutique d'un patient atteint d'un trouble de stress post traumatique	11	Repérer les limites d'une prise en charge ergothérapeutique d'un patient atteint d'un trouble de stress post traumatique	Question fermée (Oui/Non)	Repérez-vous des limites à vos interventions en présence d'un trouble de stress post-traumatique ?
	Limites d'une prise en charge ergothérapeutique d'un patient atteint d'un trouble de stress post traumatique	12	Repérer quelles sont les limites d'une prise en charge ergothérapeutique d'un patient atteint d'un trouble de stress post traumatique	Question ouverte	Si oui, quelles limites rencontrez-vous dans la prise en charge d'un trouble de stress post traumatique ?
Besoins exprimés par les professionnels pour améliorer leur prise en charge des patients avec TSPT	Proportion d'ergothérapeutes s'estimant suffisamment outillés pour répondre aux besoins liés au trouble de stress post-traumatique.	13	Estimer la proportion d'ergothérapeutes s'estimant suffisamment outillés pour répondre aux besoins liés au trouble de stress post-traumatique.	Question fermée (Oui / Non)	Estimez-vous avoir toutes les clefs nécessaires pour répondre aux besoins d'un patient avec un trouble de stress post traumatique ?

	Ressources jugées essentielles par les ergothérapeutes pour assurer une prise en charge adaptée du trouble de stress post traumatique	14	Évaluer les ressources jugées essentielles par les ergothérapeutes pour assurer une prise en charge adaptée du trouble de stress post traumatique	Question semi ouverte (Une ou des formation(s) sur le trouble de stress post traumatique / Des outils spécifiques à l'ergothérapie (grilles, évaluations, fiches pratiques...) / Plus de temps dédié aux dimensions psycho-émotionnelles / Un travail pluriprofessionnel / Des ressources matérielles adaptées (espaces calmes, outils sensoriels...) / Aucun besoin identifié / Autre)	De quel(s) type(s) de ressource(s) ou d'appui(s) auriez-vous besoin pour optimiser votre intervention ergothérapique auprès de patients atteints de TSPT ?
--	---	----	---	---	--

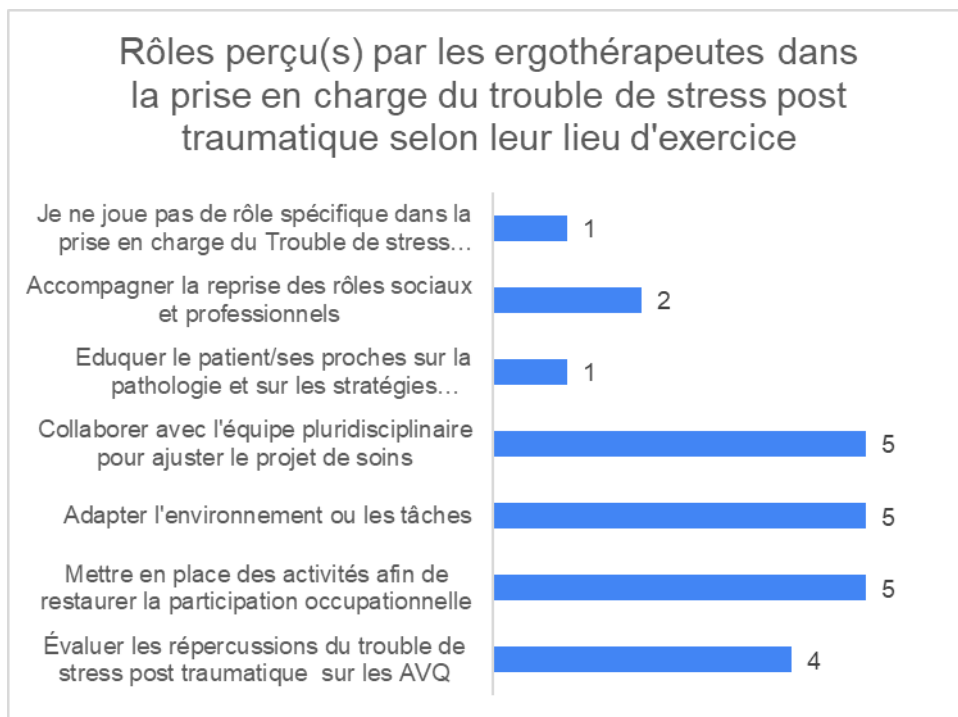
Annexe 4 : âge des participants de l'enquête exploratoire**Annexe 5 : pourcentage des ergothérapeute participants à l'enquête exploratoire**

Annexe 6 : temps de pratique des ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire**Annexe 7 : répartition des ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire selon leur lieu d'exercice**

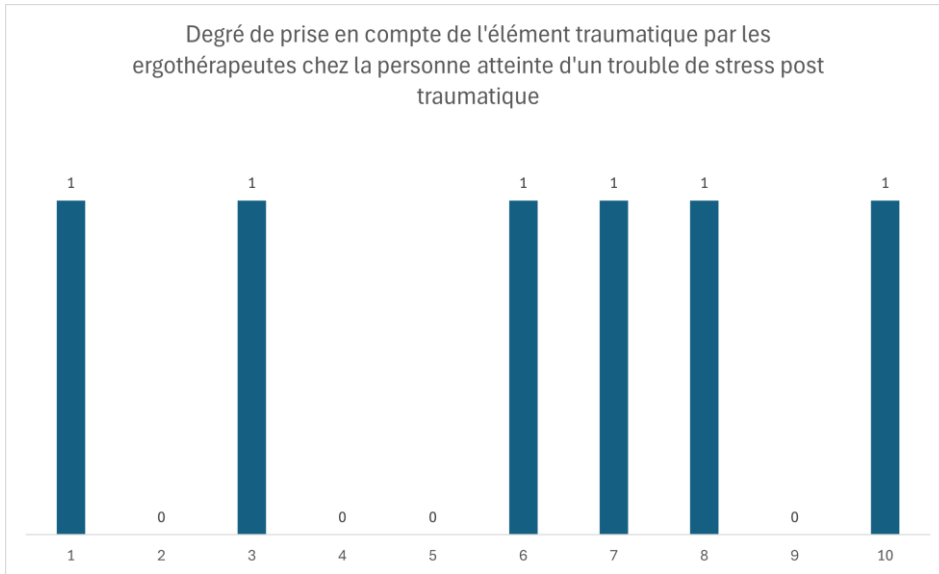
Annexe 8 : pourcentage d'ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire, estimant avoir un rôle dans la prise en charge du TSPT selon leur lieu d'exercice



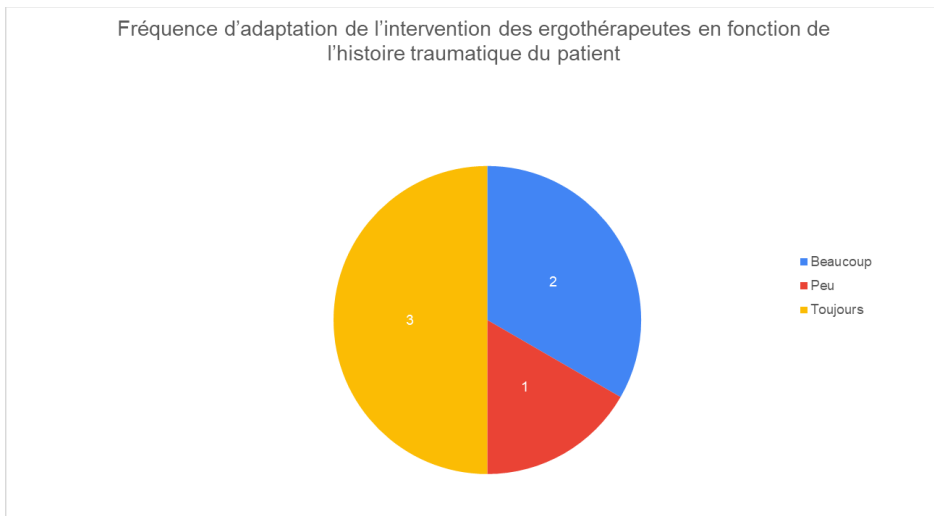
Annexe 9 : rôles perçus par les ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire dans la prise en charge du TSPT selon leur lieu d'exercice



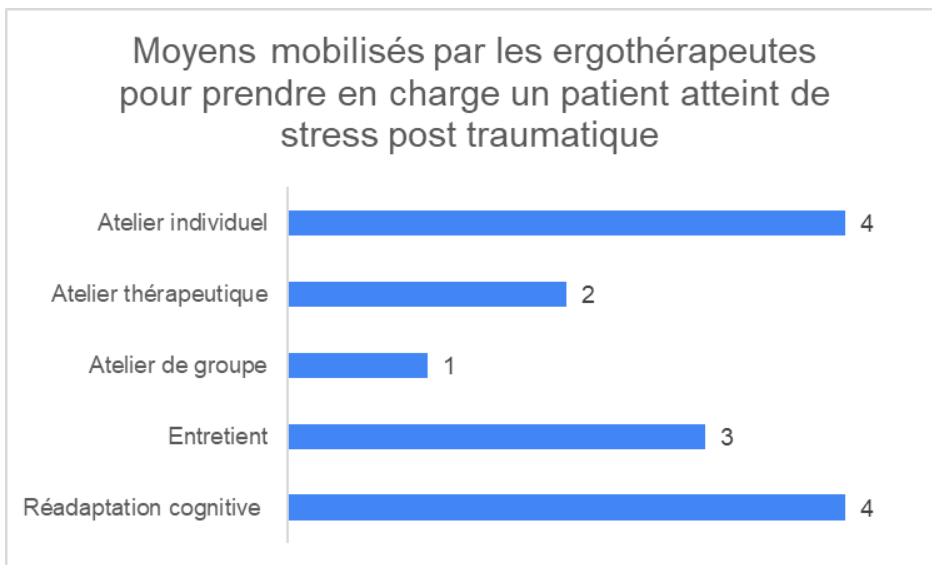
Annexe 10 : degré de prise en compte de l'élément traumatique par les ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire, chez la personne atteinte d'un TSPT



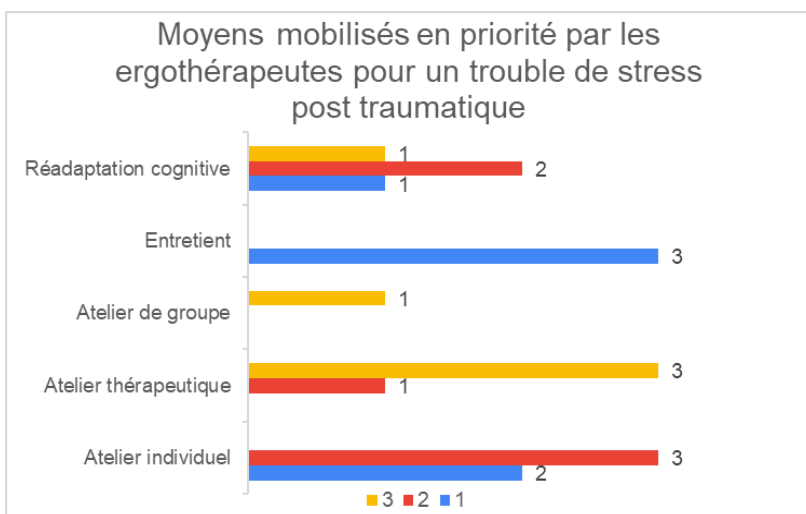
Annexe 11 : fréquence d'adaptation de l'intervention des ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire en fonction de l'histoire traumatique du patient



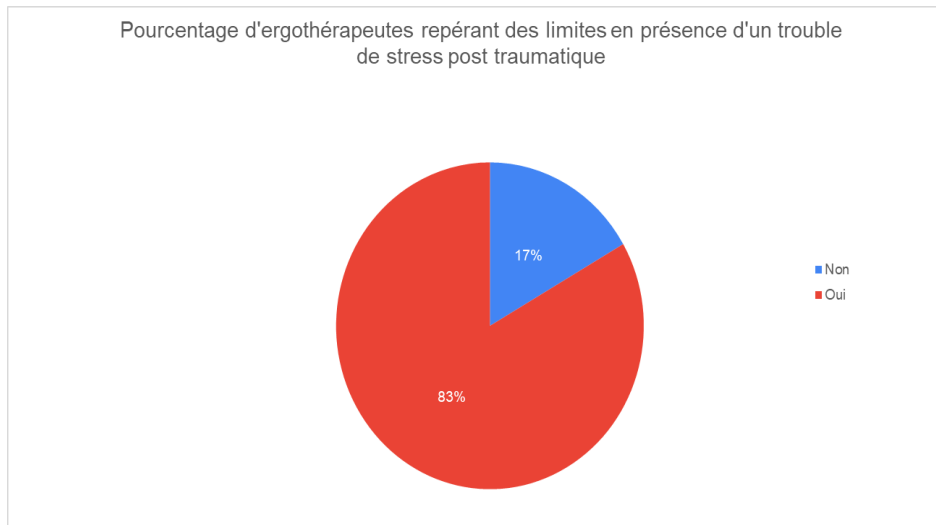
Annexe 12 : moyens mobilisés par les ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire pour prendre en charge un patient atteint de TSPT



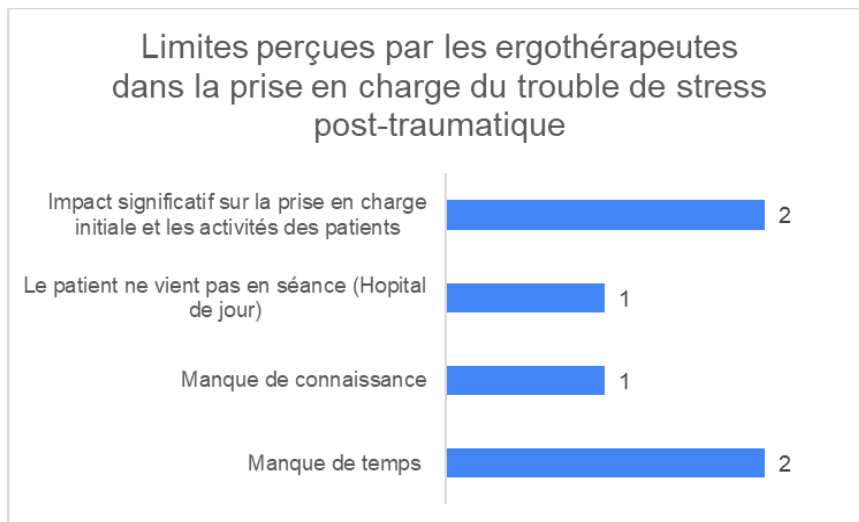
Annexe 13 : moyens mobilisés en priorité par les ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire pour un TSPT



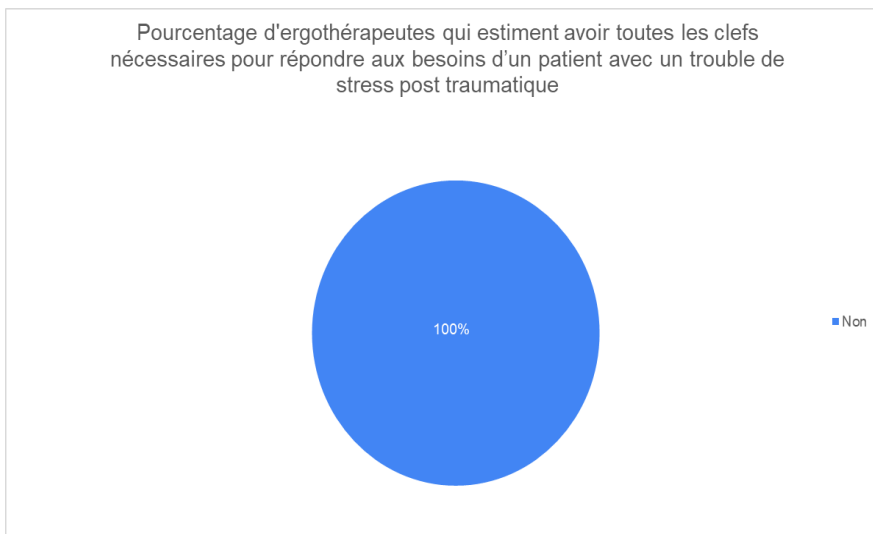
Annexe 14 : pourcentage d'ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire repérant des limites en présence d'un TSPT



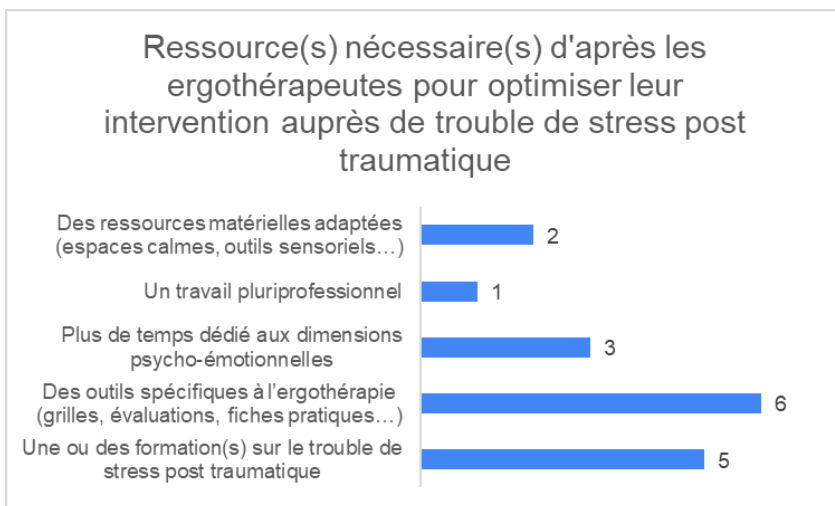
Annexe 15 : limites perçues par les ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire dans la prise en charge du TSPT



Annexe 16 : pourcentage d'ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire estimant avoir toutes les clefs nécessaires pour répondre aux besoins d'un patient avec un trouble de stress post traumatique



Annexe 17 : ressource(s) nécessaire(s) d'après les ergothérapeutes participants à l'enquête exploratoire pour optimiser leur intervention auprès de TSPT



Annexe 18 : données de littérature répondant à la revue de littérature

Total à partir des mots clefs	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
790	PubMed	26	3	3	2
	Sciences direct	445	2	2	2
	Google scholar	314	4	4	3
	Cairn	4	1	1	1
	Otseeker	1	0	0	0

Annexe 19 : tableau des résultats des bases de données

Sources	Thème/ objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champs disciplinaires d'étude	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
<p>1 : L'état de stress post-traumatique : réflexions autour des particularités de prise en charge du patient en rééducation</p> <p>L'étude est française et date de mai 2021</p>	Prise en charge du stress post-traumatique en rééducation	Etude qualitative Entretiens semi-directifs.	Patients polytraumatisés civils et militaires présentant un état de stress post-traumatique et des blessures physiques, au sein du service de médecine physique et de réadaptation (MPR)	L'impact du trouble de stress post-traumatique sur la prise en charge rééducative en service de MPR.	Sciences médicales, psychiatrie/psychologie, sciences de la rééducation/réadaptation et sciences sociales	<p>L'étude met en avant les symptômes du TSPT tels que l'anxiété, l'hypervigilance, les troubles du sommeil, la fatigue, les troubles cognitifs et de l'humeur, la perte de motivation, viennent perturber la rééducation. De plus, des conduites addictives peuvent émerger, ainsi que des symptômes restés dans le déni, tels que des douleurs chroniques importantes et inexpliquées. Ainsi, la prise en charge de l'équipe pluridisciplinaire s'adapte en fonctions de trois catégories : environnementales, comportementales et techniques selon le modèle MDH-PPH. Les adaptations environnementales visent à créer un cadre sécurisant et des séances individuelles. Les adaptations comportementales concernent le savoir-être du thérapeute. Les adaptations techniques reposent sur l'ajustement éventuel des outils ou des procédures de soins</p>	<p>Comment adapter la rééducation fonctionnelle aux besoins et aux limites psychiques d'un patient atteint de TSPT en SMR, en ergothérapie ? / Quelles méthodes concrètes ergothérapeutiques peut être mis en place pour la prise en charge du TSPT en MPR/SMR ? / Quelle place peut-on donner aux médiations thérapeutiques en rééducation lorsqu'un TSPT est présent ?</p>

<p>2 : Pain and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms During Inpatient Rehabilitation Among Operation Enduring Freedom /Operation Iraqi Freedom Veterans With Spinal Cord Injury Etude réalisé aux États-Unis en 2013</p>	<p>Prise en compte conjointe de la douleur et du TSPT dans le processus de réadaptation des patients médullaires.</p>	<p>Analyse longitudinale rétrospective des données recueillies à partir des dossiers médicaux électroniques</p>	<p>Les anciens combattants de l'OEF/OIF atteints de lésions médullaires ayant suivi une réadaptation au sein du système de soins pour lésions et troubles de la moelle épinière du ministère des Anciens Combattants entre mars 2003 et octobre 2009, présentant à un moment donné des douleurs aiguës.</p>	<p>L'impact du TSPT sur la douleur et sur la récupération pendant la réadaptation suite à une blessure médullaire</p>	<p>Sciences médicale, neuroscience, science psychologiques/psychiatriques</p>	<p>Parmi les participants plus des deux tiers des, présentaient soit une douleur, soit un TSPT, soit les deux. 30% des anciens combattant, avaient une douleur et un TSPT. Les personnes avec seulement un TSPT déclaraient une douleur globale supérieur aux autres groupes. Les participants avec une douleur seule ou associé au TSPT ont vu leur douleur diminuer d'environ 3,5 points, durant leur rééducation, alors que ceux avec un TSPT seul ont connu une augmentation moyenne de 3 points</p>	<p>Comment concilier la prise en charge d'un TSPT avec celle de la douleur, en ergothérapie ? Quels traitements ergothérapeutiques peut avoir une influence sur la diminution ou l'augmentation de la douleur lorsque que le patient présente également un TSPT ? Comment intégrer un suivi régulier des symptômes du TSPT dans la pratique ergothérapie ?</p>
--	---	---	---	---	---	--	--

<p>3 : Occupational therapy and posttraumatic stress disorder: A scoping review Etude canadienne datant de 2019</p>	<p>Le trouble de stress-post traumatique en ergothérapie</p>	<p>Recension des bases de données de la documentation en ergothérapie. Les données ont été extraites et synthétisées sous une forme narrative.</p>	<p>Les bases de données retenues devaient porter sur des patients diagnostiqués d'un TSPT pris en charge en ergothérapie.</p>	<p>L'abords du TSPT en ergothérapie</p>	<p>Sciences médicales, psychiatrie/psychologie, sciences de la rééducation/réadaptation et sciences sociales.</p>	<p>Les ergothérapeutes adaptent surtout l'environnement, leur attitude et parfois les activités proposées lors d'un TSPT. L'étude met en avant que les occupations visant l'autorégulation, comme le yoga, la pleine conscience ou les activités physiques, semblent prometteuses. Elle souligne également l'importance d'une intervention précoce pour prévenir la désorganisation, notamment lors du retour à la vie quotidienne ou professionnelle</p>	<p>Quelles sont les interventions en ergothérapie, les plus efficaces dans la prise en charge d'un TSPT ? / quels aménagements sont les plus pertinents pour favoriser un climat sécurisant et limiter les facteurs déclenchants ? / Quelle place spécifique peut avoir l'ergothérapeute au sein de la prise en charge d'un patient atteint d'un TSPT au sein d'une équipe pluridisciplinaire ?</p>
<p>4 : The prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with burn injuries, and their quality-</p>	<p>TSPT et qualité de vie chez les patients brûlés.</p>	<p>Méthode qualitative, transversale et monocentrique. Utilisation d'auto-questionnaires</p>	<p>Tous patients admis dans l'unité de rééducation des grands brûlés de l'hôpital étudié. Excluant, les patients ambulatoires, les patients traités dans</p>	<p>L'impact du TSPT sur la qualité de vie des patients</p>	<p>Sciences Psychologique / Psychiatrique Sciences Médicales Sciences Sociales</p>	<p>39 % des patients brûlés en réadaptation présentent un TSPT. Les patients atteints de TSPT rapportent une diminution significative de leur qualité de vie, tant sur le plan physique que social. L'étude souligne l'impact direct du TSPT et de ses séquelles physiques sur la réinsertion sociale et l'autonomie fonctionnelle des patients et donc sur leur qualité de vie. Elle souligne ainsi l'importance d'intégrer une prise en charge</p>	<p>Quelles interventions l'ergothérapeute peut-il mettre en œuvre dans la prise en charge d'un patient ayant subi un traumatisme physique sévère et présentant un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ? / Comment prendre en compte et intégrer la dimension psychologique dans une prise en charge</p>

of-life Etude Turque datant de 2014			d'autres établissements, les patients de plus de 18 ans et ne souffrant d'aucune affection médicale ou psychiatrique chronique.			globale de la réadaptation, incluant des aspects psychologiques.	principalement centrée sur les aspects physiques en ergothérapie ?
5 : Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder in burned patients and their family members Etude chinoise datant de 2021	TSPT chez les patients brûlés et leurs proches .	Méthode qualitative et monocentrique. Utilisation d'auto-questionnaires	Patients admis dans un hôpital spécialisé dans le traitement des brûlés, ainsi que de membres de leur famille désignés comme aidants. Exclusion des patients qui n'ont pas été hospitalisés ou qui ont été traités dans d'autres	La proportion de TSPT chez les patients brûlés et chez les membres de leur famille et les facteurs associés du TSPT.	Sciences Psychologique / Psychiatrique Sciences Médicales Sciences Sociales	Les chiffres montrent une prévalence du TSPT de 31,8 % chez les patients brûlés et de 29,4 % chez les membres de leur famille. De même, les facteurs significativement associés au TSPT sont mis en évidence, notamment le sexe féminin, le jeune âge, le faible statut socio-économique, la gravité des brûlures et la durée d'hospitalisation.	Comment intégrer les aidants familiaux dans la prise en charge du patient en ergothérapie, pour prévenir le TSPT et/ou limiter son impact ? / En tenant compte des facteurs de risque liés au TSPT, quels outils peuvent être mobilisés pour en assurer la prévention, en ergothérapie ?

			établissements.				
6 : The use of virtual reality in the treatment of mental disorders such as phobias and post-traumatic stress disorder Etude Ukraine datant de 2024	Apports de la réalité virtuelle dans le traitement des phobies et du TSPT.	Méthode analytique, comparative et de systématisation	Patients souffrant de troubles mentaux, notamment de phobies et de TSPT, traités par réalité virtuelle	L'efficacité et le potentiel de la réalité virtuelle dans le traitement des phobies et du TSPT.	Sciences Psychologiques / Psychiatriques / Neurosciences / sciences médicales / Sciences technologiques / Sciences de la rééducation	Cette étude met en avant les principales techniques utilisées dans le traitement du TSPT à l'aide de la réalité virtuelle. Cela comprend, la désensibilisation progressive, les TCC, la récupération thérapeutique et la médiation et relaxation. L'utilisation de la réalité virtuelle dans le traitement du TSPT est une approche innovante qui permet aux patients de revivre progressivement leurs expériences traumatiques dans un environnement sécurisé, sous supervision thérapeutique. Cette immersion aide à traiter à la fois les effets psychologiques et physiques du traumatisme, améliorant la qualité de vie et réduisant les symptômes. Les scénarios virtuels peuvent être personnalisés.	Comment intégrer un programme de réalité virtuelle en ergothérapie, dans la prise en charge du TSPT ? / A quel moment de la thérapie peut-on proposer de la réalité virtuelle en ergothérapie ? / Comment compléter la prise en charge d'un TSPT en ergothérapie en parallèle de l'utilisation de la réalité virtuelle ?
7 : Le stress post-traumatique : le comprendre pour	Prévention du TSPT pour le comprendre et éviter	Méthode descriptive et explicative	Population générale, professions exposées (pompiers, militaires, personnel de	Prévention du TSPT	Sciences médicales / Sciences psychologiques / psychiatriques	Le TSPT résulte d'un événement traumatique qui reste "actualisé" dans la mémoire. Dysrégulation de l'axe HHS entraînant un stress chronique. Symptômes typiques : reviviscence, évitement,	Quels outils peut utiliser l'ergothérapeute pour prévenir du TSPT ? / De quelle façon l'ergothérapeute peut-il intervenir pour favoriser la réinsertion sociale

le prévenir et éviter le handicap Etude Française datant de 2017	le handicap		santé, travailleurs en entreprise)		Santé du travail Santé publique	hypervigilance, troubles du sommeil et de la concentration. Prévalence plus élevée chez les femmes et les professions à risque (pompiers, militaires). Importance du repérage précoce et du soutien psychologique. Prise en charge : TCC, EMDR, hypnose, thérapies médicamenteuses, soutien social, prévention en entreprise.	d'un patient atteint de TSPT ? / de même, De quelle façon l'ergothérapeute peut-il intervenir pour favoriser la réinsertion professionnelle d'un patient atteint de TSPT ?
8 : Trouble de stress post-traumatique (TSPT) OMS, Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030, mhGAP	Connaitre le trouble de stress post-traumatique	Revue documentaire, synthèse d'études et recommandations	Population générale mondiale, personnes exposées à des événements traumatisants	Approche biopsychosociale, centrée sur la santé publique et la prévention du TSPT	Sciences psychologique / psychiatrie Santé publique	3,9 % de la population mondiale souffre de TSPT. 70 % des personnes vivent un événement potentiellement traumatisant, mais seule une minorité développe un TSPT. Les facteurs de risque incluent sexe, exposition répétée à des traumatismes, antécédents familiaux, faible soutien social. Symptômes associés au TSPT : reviviscence, évitement et hypervigilance Traitements efficaces : TCC, EMDR, psychothérapies d'exposition. Autoprise en charge : activités physiques, gestion du stress, hygiène de vie, soutien social. Les pays à revenu faible et	Quels traitements pourraient-ils être efficace pour un TSPT en ergothérapie ? / Comment mettre en place en ergothérapie des actions de prévention du TSPT ?

						intermédiaire ont un accès limité aux soins	
9 : Stepped Collaborative Care Targeting Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Comorbidity for US Trauma Care Systems Etude menée aux Etats-Unis datant de 2021	Soins collaboratifs par étapes et TSPT en traumatologie	Un essai clinique randomisé en grappes par paliers, en simple aveugle, avec collecte de données quantitatives et qualitatives à 0, 3, 6 et 12 mois.	Patients adultes (âgés de 18 ans et plus) ayant subi un traumatisme et hospitalisés dans un service de chirurgie traumatologique dans des centres de traumatologie de niveau I aux États-Unis.	L'utilisation des soins collaboratifs pour le TSPT et les comorbidités au sein du système de soins traumatologique	Sciences Psychologique / psychiatrique Sciences médicales Sciences de la rééducation	Cet essai montre que les soins collaboratifs par étapes, est efficace pour réduire les symptômes de TSPT à 6 mois, mais pas à 12 mois après la blessure. L'efficacité est plus marquée chez les patients présentant 3 facteurs de risque initiaux ou plus et dans les centres où la mise en œuvre du protocole était bonne ou excellente. Ces résultats confirment que les soins collaboratifs par étapes sont une approche optimale, combinant pharmacothérapie et interventions comportementales. Cette méthode étend la portée du traitement de santé mentale et a un impact global plus important que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) seule.	Quelle place l'ergothérapeute peut avoir au sein des soins collaboratifs par étape pour le TSPT ? / Quelle intervention pourrait proposer l'ergothérapeute au sein des soins collaboratifs par étape dans la prise en charge d'un TSPT ? / avec quels professionnels de santé pourrait collaborer l'ergothérapeute au sein des soins collaboratifs par étape dans la prise en charge d'un TSPT ?
10 : Vivre après un traumatisme	L'activité créative	Méthode quantitative avec utilisation	Patients civils et militaires, quelle que soit	Bénéfices de l'activité créative dans la prise	Sciences occupationnelles Sciences	Les activités créatives en ergothérapie offrent de nombreux bénéfices aux patients : elles permettent l'expression	À quel moment de la prise en charge d'un patient souffrant de TSPT les activités

<p>me : L'activité créative, des bénéfices au quotidien pour les personnes souffrant d'un Etat de Stress Post- Traumatique ? Etude française datant de 2017</p>	<p>et le TSPT</p>	<p>n de question naires développés par la chercheur se donc non validés</p>	<p>l'armée, ayant subi un événement traumatique entraînant l'apparition d'un TSPT</p>	<p>en soin d'un TSPT en ergothérapie</p>	<p>médicales Sciences psychologiques / psychiatriques</p>	<p>personnelle, la pratique d'un loisir valorisant, le renforcement des liens sociaux, la détente et le gain de confiance en soi. Pour certains, elles procurent un sentiment de sécurité et favorisent l'autonomie dans le choix des activités. Le bien-être, défini par l'estime de soi, la confiance, l'autonomie et des relations satisfaisantes, est amélioré grâce à ces activités. Dans l'étude, 12 patients ont montré une augmentation de leur bien-être et une diminution des difficultés dans leur vie quotidienne au cours de l'hospitalisation.</p>	<p>créatives en ergothérapie peuvent-elles être intégrées ? / A quel autre moyen ergothérapeutique peut-on associer les activités créatives ? / Quelles alternatives proposer en ergothérapie aux patients souffrant de TSPT qui ne sont pas réceptifs aux activités créatives ?</p>
<p>11 : Document de pratique en ergothérapie : La santé mentale dans le contexte</p>	<p>Thème : La pratique ergothérapeutique en santé dans un contexte judiciaire</p>	<p>Revue descriptive et synthèse de littérature professionnelle et scientifique,</p>	<p>Personnes incarcérées ou en contact avec le système judiciaire présentant des troubles au niveau de la santé mentale</p>	<p>Approche centrée sur la personne, axée sur le rétablissement et tenant compte des troubles des patients</p>	<p>Sciences occupationnelles Sciences psychiatriques psychologiques Sciences pénales Santé publique</p>	<p>Les personnes incarcérées présentent un taux élevé de troubles psychiatriques, notamment de TSPT. En ce contexte l'ergothérapeute permet de : Restaurer une participation occupationnelle. Repérer les forces, valeurs, intérêts et besoins pour la réinsertion (logement, travail, loisirs).</p>	<p>Quel(s) outil(s)/méthode(s) l'ergothérapeute peut utiliser pour répondre à ces objectifs, dans la prise en charge du TSPT ? / Dans quel ordre est-il le plus adapté de répondre à ces objectifs, en ergothérapie, dans la</p>

<p>judiciaire et du service correctionnel Etude Canadienne datant de 2024</p>	<p>re Sous thème : La pratique ergothérapique dans la prise en charge du TSPT en contexte judiciaire</p>	<p>élaborée à partir d'articles , de rapports gouvernementaux et d'expériences cliniques d'ergothérapeutes .</p>				<p>Aider à reconstruire une routine de vie stable pour une réinsertion sécuritaire Enseigner des méthodes non médicamenteuses de gestion des symptômes (relaxation, régulation émotionnelle). Remplacer les comportements malsains (ex. : consommation) par des activités significatives. Développer des compétences relationnelles saines Identifier les occupations importantes pour la vie personnelle, familiale et professionnelle</p>	<p>prise en charge du TSPT ?</p>
---	--	--	--	--	--	---	----------------------------------

Annexe 20 : matrice conceptuelle

Concepts	Attributs essentiels	Critères	Indicateurs
Comorbidités	La toponymie	Primaire	Les manifestations liées directement à la maladie index
		Secondaire	Les conséquences indirectes à la maladie index, les complications
	La relation toponymique entre les maladies	Caractéristiques morphologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Peut avoir un emplacement topographique primaire - Peut être holistique (concerne le corps entier sans localisation précise) - Peut être co-zonales (deux maladies partagent une même localisation topographique générale) - Peut être externe (deux maladies touchent deux zones du corps différentes, sans lien anatomique)
		Caractéristiques pathogéniques	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Ancestrale</u>, (la comorbidité devient la maladie index) - <u>Survenante</u> (apparaît suite à la présence de la maladie index et de ses effets anatomiques) - <u>Dérivée</u> (causée par la propagation du même processus pathologique présent dans la maladie index) - <u>Comorbide</u> (indépendante)
	Chronométrie	Antérieur	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Maximum 10 ans</u> pour une comorbidité co-zonale - <u>Maximum 2 ans</u> pour une comorbidité externe - <u>Concomitante</u> même si elle n'est plus présente au temps zéro, lorsque celle-ci est co-zonale à la maladie index - <u>Concomitante</u> mais doit être présente ou laissée des séquelles au temps zéro, lorsqu'elle est externe
		Temps zéro	<u>Simultanée</u> doit être cliniquement présente ou évolutive au temps zéro, indépendamment de sa date de début.
		Postérieur	<u>Survenante</u> lorsqu'elle est postérieure au temps zéro, dans le cadre de l'évolution de la maladie index ou de ses conséquences
	Classification	Homotypique	Lorsqu'il y a une co-occurrence de troubles appartenant à la même catégorie diagnostique
		Hétérotypique	Lorsqu'il y a une co-occurrence de troubles appartenant à des catégories différentes
		Familiale	Apparaît chez un individu mais également au sein d'une même famille

		Successive	Les différents troubles apparaissent à des moments différents sans se chevaucher dans le temps
		Concomitante	Les troubles sont présents en même temps avec un chevauchement temporel
	Prise en compte des comorbidités	Compréhension	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de la psychopathologie - Etiologie - Evolution - Traitements
		Classification	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter les erreurs de statistiques médicales - Eviter erreur de planification - Eviter erreurs d'évaluation de traitement - Biaiser la prise en charge

Concepts	Attributs essentiels	Critères	Indicateurs
Engagement	Degré d'engagement	Intensifié par l'augmentation d'un ou plusieurs indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Le caractère explicite de l'acte - Le degré d'irrévocabilité de l'acte - Le nombre d'actes réalisés - Le degré de volonté dans l'exécution de l'acte
	L'illusion de liberté	Renforcement	C'est le sentiment subjectif de liberté qui renforce l'engagement. Le fait de prendre ses propres décisions génère un sentiment « d'auto-responsabilité »
	Lien individu / acte	Vision de Kiesler	L'engagement est le lien qui unit l'individu à ses actes comportementaux
		Vision de Joule et Beauvois	Le contexte qui engage l'individu et conduit ainsi, à la création d'un lien entre une personnes et ses actes
	Manipulation de la variable engagement	La visibilité et l'importance de l'acte	<ul style="list-style-type: none"> - Caractère public de l'acte - Caractère explicite de l'acte - Irrévocabilité de l'acte - Répétition de l'acte - Conséquences de l'acte - Cout de l'acte

		La raison de l'acte et le contexte de liberté	- Raison interne - Raison externe
	Le continuum de l'engagement	Ouverture des options	- Élément graduable (peu engagé / moyennement engagé / très engagé...).
		Respect	Evite la stigmatisation
	L'engagement occupationnel	Inclusion	Performance réelle au sein d'une occupation Importance accordée à l'occupation Satisfaction
		Nature	Actif Passif
		Degré d'établissement	- Nouveau - Continu - En lien avec une transition occupationnelle
	Adhésion thérapeutique	Rôle du patient	- Actif - Acteur de sa prise en charge
		Facteurs favorisants	- La liberté d'agir - La participation active de l'individu

Annexe 21 : fiche d'information

Version n° à compléter du à compléter

Notice d'information

« La position de l'ergothérapeute face à la fluctuation de l'engagement du patient liée aux comorbidités concomitantes d'un TSPT supposé, dans le cadre d'une intervention en service de rééducation fonctionnelle »

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal, **Cessac Nawelle**, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « La position de l'ergothérapeute face à la fluctuation de l'engagement du patient liée aux comorbidités concomitantes d'un TSPT supposé, dans le cadre d'une intervention en service de rééducation fonctionnelle ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur Cessac Nawelle pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche

- Explorer la manière dont l'ergothérapeute appréhende les fluctuations l'engagement en rééducation d'un patient présentant un TSPT et des comorbidités concomitantes
- Identifier les limites rencontrées dans un contexte de fluctuation de l'engagement en rééducation d'un patient présentant un TSPT et des comorbidités concomitantes
- Comprendre comment l'ergothérapeute adapte sa pratique face aux fluctuations de l'engagement en rééducation liées au TSPT et aux comorbidités concomitantes

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

Entretien semi-directif d'environ 1h.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis.

L'investigateur principal de cette étude est **Nawelle Cessac**

Annexe 22 : fiche de consentement

Version n° à compléter du à compléter

Formulaire du recueil de consentement (en 2 exemplaires)

« La position de l'ergothérapeute face à la fluctuation de l'engagement du patient liée aux comorbidités concomitantes d'un TSPT supposé, dans le cadre d'une intervention en service de rééducation fonctionnelle »

Cessac Nawelle, nawelle.cessac@etu.univ-amu.fr, investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « Etude de la position de l'ergothérapeute face à la fluctuation de l'engagement du patient liée aux comorbidités concomitantes d'un TSPT supposé, dans le cadre d'une intervention en service de rééducation fonctionnelle. » en collaboration avec l'investigateur secondaire PAVE Julien, julien.PAVE@univ-amu.fr.

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr). Ces droits s'exercent auprès de NOM + COORDONNEES.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « La position de l'ergothérapeute face à la fluctuation de l'engagement du patient liée aux comorbidités concomitantes d'un TSPT supposé, dans le cadre d'une intervention en service de rééducation fonctionnelle. ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Version n° à compléter du à compléter

Fait à..... le
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

Cessac Nawelle

Signature :
(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Signature :



En cas d'incapacité de lecture et/ou d'écriture chez un participant en état de donner son consentement, prévoir la mention suivante : " En l'absence d'autonomie de lecture et d'écriture de M.... Mme..., la tierce personne ci-dessous identifiée, totalement indépendante de l'investigateur et du promoteur, atteste avoir personnellement et fidèlement lu au participant la notice d'information et le présent formulaire de consentement et recueilli son accord pour signer ci-dessous en son nom ".

Si ce cas n'est pas prévu dans le formulaire de consentement, il convient d'inscrire dans les critères d'exclusion les personnes en état de donner son consentement mais présentant une incapacité de lecture/d'écriture.

Annexe 23 : grille d'entretien

Numéro de la question	Thèmes	Objectifs	Questions thématiques
1	Position de l'ergothérapeute face aux fluctuations de l'engagement d'un patient présentant un TSPT en rééducation	Explorer la manière dont l'ergothérapeute appréhende les fluctuations de l'engagement d'un patient au sein de sa rééducation lorsque celui-ci, présente un TSPT et des comorbidités concomitantes	Pouvez-vous me décrire comment vous vivez et comprenez les fluctuations de l'engagement d'un patient au sein de sa rééducation, lorsqu'il présente un TSPT ?
2	Limites rencontrées par l'ergothérapeute dans la prise en charge d'un patient présentant un TSPT avec fluctuations de l'engagement en rééducation	Identifier les limites rencontrées dans un contexte de fluctuation de l'engagement d'un patient au sein de sa rééducation, lorsque celui-ci, présente un TSPT et des comorbidités concomitantes	Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer lorsqu'un patient présentant un TSPT montre des fluctuations dans son engagement au sein de sa rééducation ?
3	Adaptation de la prise en charge en ergothérapie face à un patient présentant un TSPT avec fluctuations de l'engagement en rééducation	Comprendre comment l'ergothérapeute adapte sa pratique face aux fluctuations de l'engagement d'un patient au sein de sa rééducation, lorsque celui-ci, présente un TSPT et des comorbidités concomitantes	Comment adaptez-vous votre accompagnement lorsque l'engagement du patient au sein de sa rééducation fluctue ?

Annexe 24 : entretien avec E1

Annexe 25 : entretien avec E2

Annexe 26 : entretien avec E3

Annexe 27 : Grille d'analyse d'entretien

Interviewés	Position de l'ergothérapeute face aux fluctuations de l'engagement d'un patient présentant un TSPT en rééducation	Limites rencontrées par l'ergothérapeute dans la prise en charge d'un patient présentant un TSPT avec fluctuations de l'engagement en rééducation	Adaptation de la prise en charge en ergothérapie face à un patient présentant un TSPT avec fluctuations de l'engagement en rééducation	Approche collaborative face à la prise en charge d'un patient présentant un TSPT avec fluctuations de l'engagement en rééducation
E1	<p>Le TSPT peut soit être détecté car le patient verbalise ses difficultés, soit par l'observation de l'ergothérapeute. Celui-ci va remarquer que certaines activités ne sont réalisables et qu'il y a un obstacle supplémentaire, mettant sur la piste du TSPT. (L.21-27)</p> <p>Le TSPT représente une barrière importante pour le retour à l'autonomie en plus du handicap fonctionnel. Ainsi, l'ergothérapeute prend en charge le TSPT au plus vite possible. (L.33-35)</p> <p>Un patient peut maintenir une posture de non-récupération car il peut y voir un bénéfice secondaire, notamment pour éviter un retour à des activités et des responsabilités perçues comme difficiles (familiales, professionnelles), lorsqu'un traumatisme est encore présent. Ainsi, l'ergothérapeute identifie l'hospitalisation et le bénéfice secondaire comme un réel frein (L.38-47)</p> <p>Le TSPT peut parfois être plus évident à repérer en fonction de la situation. Une</p>	<p>Lorsqu'un soignant est désemparé face aux difficultés d'un patients, une lassitude du thérapeute peut survenir. Le thérapeute à essayait diverses méthodes mais rien de fonctionne, il se retrouve à proposer toujours la même chose au patient sans évolution notable. (L.169-173)</p> <p>Face au refus ou au déni d'un patient, les soignants peuvent se retrouver en difficultés et impuissant, la poursuite de la rééducation dépendant de l'adhésion du patient. (L.206-212)</p>	<p>Adapter l'accompagnement et les recommandations au patient sans forcément expliciter l'origine du trouble, en proposant des solutions concrètes pour faciliter la rééducation et le retour à domicile. Cela peut passer par l'adaptation de l'emploi du temps, la proposition de soins plus adaptés, communiquer avec les familles... (L.51-58)</p> <p>En fonction de l'état du patient La prise en charge peut s'adapter (décaler la séance, l'annuler) ou évoluer (L.143-147)</p> <p>Changer de cadre (sortir, se promener...) permet de faciliter la communication et d'ouvrir la discussion sur des éléments plus personnels. Il s'agit d'un échange différent, permettant d'accéder à des éléments du patient non exprimés dans le cadre initial. (L.173-179)</p>	<p>Dans un centre de rééducation il est possible de faire appel à un psychologue ou un neuropsychologue afin de confirmer si la cause des difficultés du patients proviendrait d'un TSPT (L.27-30)</p> <p>Rediriger le patient vers un soignant adapté (psychologue), permettant la prise en charge du TSPT du patient par différents moyens (EMDR) (L.62-65)</p> <p>En centre de rééducation il y a divers professionnels de divers professions (médecin MPR, psychologue, assistante sociale, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste). Grand nombre de synthèses sont effectuées afin de croiser les points de vue, de partager les diagnostics et le programme de prise en charge prévu pour le</p>

<p>fois repéré il est pris en compte dans les soins. (L.60-62)</p> <p>Le TSPT peut être difficile à identifier, car ses symptômes peuvent être sous-jacents. Cela nécessite une exploration approfondie auprès du patient. La répétition d'échecs face à différentes modalités de prise en charge peut constituer un indicateur d'un trouble, notamment d'ordre psychique tel que le TSPT. (L.65-78)</p> <p>Les ergothérapeutes, du fait de leur prise en charge qui demandent à entrer dans l'intimité des patients (toilettes, autonomie, visite à domicile...), sont souvent les premiers à percevoir les fluctuations d'engagement lié à un TSPT ainsi que les freins sous-jacents, notamment lorsque les prises en charge habituelles échouent. (L.104-112)</p> <p>Lorsque le patient n'est pas conscient de ses difficultés relatives à un TSPT, un entretien dirigé est effectué, le soignant fait part de ses observations, ce qui permet par la suite aux patients de se livrer et de prendre conscience de leurs difficultés. (L.115-122)</p> <p>Si le TSPT n'est pas diagnostiqué, pas perçu ou qu'il n'est pas reconnu par le patient, la poursuite de la rééducation devient compliquée. Cela entraîne un désengagement dans la rééducation, un refus d'activité et un arrêt des progrès du patient. Ainsi, tant que leurs troubles ne sont pas pris en soin, alors la rééducation</p>		<p>Lorsque l'engagement d'un patient fluctue, la prise en charge rééducative, doit être adaptée à son TSPT, en ajustant les exigences et les activités proposées. Le but est d'éviter de mettre en difficulté le patient ou de le désengager. (L.276-287)</p> <p>La réalité virtuelle permet d'exposer les patients à des situations qu'ils ne parviennent plus à réaliser à cause du TSPT, avec la possibilité d'arrêter simplement en retirant le casque. L'objectif est de proposer une rééducation progressive et adaptée. (L.300-302)</p> <p>Face au traumatisme l'ergothérapeute peut procéder à une exposition progressive et gradué à celui-ci. L'objectif est de diminuer l'anxiété, le stress et la peur, et de favoriser la reprise d'activité. Ils peuvent également inclure la famille dans ce processus pour apporter des éléments liés au traumatisme. (L.209-337)</p> <p>La prise en charge rééducative associé à un TSPT, repose sur de ajustements progressifs et personnalisés. (L.365-377)</p>	<p>patient. De plus, la synthèse permet de faire part des difficultés et lorsqu'il y a des difficultés similaires, la question du TSPT est posée et celui-ci est alors exploré. (L.80-93)</p> <p>Le travail d'équipe permet d'une part de diagnostiquer rapidement le TSPT, d'autre part de réaliser une prise en charge complète et adapté, impliquant divers moyens de prise en charge (EMDR, hypnose, auto-hypnose...) (L.97-100)</p> <p>Lorsqu'un ergothérapeute est en difficulté, il peut s'appuyer sur les autres ergothérapeutes de l'équipe. Avec leurs expériences et leur prise en charge similaire ils peuvent se donner des conseils. Cela permet d'apporter un regard différent, permettant de faire évoluer la prise en charge. (L.151-162)</p> <p>Si l'échange avec les autres ergothérapeutes de l'équipe ne suffit pas. L'équipe pluridisciplinaire est un soutien supplémentaire, notamment en suggérant la mise en place d'un traitement avec le médecin. (L.162-166)</p> <p>La communication et le travail d'équipe pluridisciplinaire</p>
---	--	--	---

<p>ne progressera plus. L'ergothérapeute attend donc que le problème relatif au TSPT soit traité (L.124-136)</p> <p>La présence d'un TSPT peut également être accompagné d'une dépression d'autant plus s'il n'est ni diagnostiqué ni traité. Cet état dépressif et souvent associé à d'autres symptômes et entraîne un désengagement en rééducation En fonction de l'état du patient la prise en charge peut s'adapter (décaler la séance, l'annuler) ou évoluer. (L.136-147)</p> <p>Une relation thérapeutique adaptée et approfondie permet de comprendre les enjeux personnels et traumatiques du patient, qui peuvent ainsi expliquer certains comportements du patient dans sa prise en charge. Cette relation thérapeutique est un élément clé pour détecter un TSPT. (L.181-190)</p> <p>En rééducation il n'y a pas toujours de délai fixe ce qui permet de prolonger la prise en charge lorsque qu'un membre de l'équipe dont l'ergothérapeute trouve cela nécessaire. Même en cas de détection tardive d'un TSPT, la prise en charge rééducative l'ergothérapeute poursuit son intervention qui reste bénéfique d'après, bien que le potentiel de récupération aurait pu être meilleur avec une intervention plus précoce. (L.235-245)</p> <p>Le fait de poser un diagnostic, source des difficultés du patient, permet de le déculpabiliser. Cela améliore ainsi sa</p>			<p>permet de repérer des éléments importants exprimé par le patient en dehors des séances d'ergothérapie, ce qui permet une compréhension globale de la situation du patient et la détection d'un TSPT. (L.224-230)</p> <p>La prise en charge des patients demande une collaboration étroite et des échanges entre professionnels. L'objectif est d'enrichir la réflexion en apportant une lecture nouvelle de la situation et donc d'améliorer la compréhension des situations complexes. (L.407-417)</p>
--	--	--	--

	<p>posture au sein de la rééducation et son engagement. (L.268-273) L'impact du traumatisme ne dépend pas de l'âge mais du vécu et du parcours de vie des patients. Les expériences accumulées peuvent favoriser l'émergence de troubles sous-jacents (L.356-352)</p>			
E2	<p>Les patients présentant un TSPT, peuvent avoir des symptômes associés tel que l'hypervigilance, influençant leur comportement. Cela impacte de ce fait leur rééducation. Ainsi, l'ergothérapeute adapte constamment les séances et l'environnement de prise en soin, comme mettre le patient face à la porte pour avoir une solution d'échappatoire et contrôler les entrées et les sorties, éviter le bruit, trouver une salle à l'écart... (L.41-90) Le TSPT peut se traduire de façon très différente chez chaque individu bien que le contexte du traumatisme soit le même. Certains sont dans l'hyper-engagement, tandis que d'autres se replient totalement. De plus les troubles associés tel que la douleur, peuvent rendre les comportements des patients encore plus difficiles à gérer pour l'ergothérapeute qui adapte à ça sa prise en charge. (L.138-153) L'ergothérapeute occupe une place importante dans le repérage du TSPT durant la rééducation. Grâce à ses observations et à ses échanges avec le patient, il peut identifier certaines</p>	<p>La prise en charge de patient ayant un TSPT est complexe et fluctuante temporellement et en fonction du patient. Ces patients présentent des variations importantes de comportement et d'engagement du fait de leur TSPT, rendant la relation thérapeutique difficile à maintenir. (L.23-41) L'évolution en rééducation peut être lente et donner l'impression au thérapeute que le patient ne progresse pas voir qu'il régresse (L.120-122) Certains patients peuvent être réfractaire à la rééducation pour des questions de barrière de langue, de préférence relationnelle et de leur vécu. Cela impacte directement leur engagement mettant en difficulté le soignant. Toutefois, il est possible d'en tirer de bons</p>	<p>Les patients présentant un TSPT, peuvent avoir des symptômes associés tel que l'hypervigilance, influençant leur comportement. Cela impacte de ce fait leur rééducation et nécessite donc une adaptation constante de des séances et de l'environnement de prise en soin, comme mettre le patient face à la porte pour avoir une solution d'échappatoire et contrôler les entrées et les sorties, éviter le bruit, trouver une salle à l'écart... (L.41-90) La prise en charge d'un patient présentant un TSPT en ergothérapie est entièrement adaptative et varie selon l'état émotionnel et psychologique du jour du patient. Cela a un impact direct l'engagement du patient et donc sur les activités qu'il sera capable de réaliser ce jour. (L.92-114) L'accompagnement peut reposer sur une présence attentive et sur des adaptations en fonction de</p>	<p>En cas de difficultés dans l'adhésion aux soins ou de problème psychologique comme le TSPT, l'ergothérapeute peut en alerter le médecin et le psychologue afin d'aider à adapter la prise en charge dans le cadre de la rééducation. (L.131-138) Les échanges réguliers en équipe, lors de temps informels ou non, permettent de croiser les observations de chacun. Cela permet, ensuite, d'adapter la prise en charge, notamment lorsque les professionnels rencontrent des difficultés avec un patient. (L.298-325) Lors de la mise en évidence d'un TSPT, le professionnel de santé doit en informer l'ensemble de l'équipe, même s'il n'en assure pas directement la prise en charge. En effet, lors des périodes d'absence, les patients peuvent être relayés à d'autres professionnels,</p>

	<p>manifestations, tels que la stagnation de la rééducation, une altération de l'état général, des conduites addictives, des cauchemars ou une fatigue persistante. Une fois ces manifestations relevées, l'ergothérapeute va en parler avec le médecin, afin d'envisager un dépistage et si nécessaire une orientation vers un suivi psychologique (L.195-223)</p>	<p>résultats, bien que ce ne soit pas optimal. (L.153-171)</p>	<p>l'état émotionnel du patient, tout en respectant son rythme. (L.238-244) La musique peut être un outil thérapeutique. Elle favorise la détente et améliore l'engagement dans la thérapie. Elle permet également d'ouvrir la conversation et de créer du lien avec le patient. (L.245-255)</p>	<p>notamment aux kinésithérapeutes, d'où l'importance d'une transmission adaptée. (L.328-332) La prise en charge est organisée et répartie de manière coordonnée entre professionnels. Cela nécessite des échanges constants pour adapter les soins aux besoins du patients (L.332-342)</p>
E3	<p>Repérage des fluctuations de l'engagement lié au TSPT qui s'identifie par une fatigue physique et de la réviviscence présente en rééducation. Cela amène l'ergothérapeute à s'interroger sur la pertinence du maintien ou non de la séance en fonction de ces symptômes. (L.22-26) Lorsque les patients vivent des réviviscences, ils en parlent à l'ergothérapeute mais aussi à toute l'équipe (L.29-32) Le fait de venir en rééducation demande de passer par plusieurs étapes (sortir du lit, installation au fauteuil, sortir de la chambre, venir en ergothérapie), s'il n'est pas dans une démarche adaptée et qu'il est fatigué, il va rester au lit ce qui aura un impact sur la performance en rééducation par la suite. (L.73-79) Un patient qui tombe face à un brancardier qui le laisse se recoucher car celui-ci est fatigué à moins de chance de</p>	<p>Pas d'accessibilité au dossier, concentré sur le travail fonctionnel, difficulté à repérer le TSPT. (L.21-23) En psychiatrie l'approche est différente à la rééducation. En psychiatrie l'ergothérapie va être davantage de l'expression, de l'apaisement ce qui n'est pas fait en rééducation par manque de temps, d'effectif et de moyens. A la possibilité de reprogrammé des séances si le patient ne se désengage plusieurs fois mais s'il ne se présente plus du tout n'a pas le temps de creuser. (L.41-52) Malgré la mise en place de stratégies de stimulation comme l'utilisation de la musique, le guidage et</p>	<p>Refus de soins donc prise en charge commune avec le kinésithérapeute pour relancer le patient dans sa prise en charge (L.56-60) Lorsqu'il il y a une baisse de l'engagement certaines adaptations sont effectuées, comme variés les activités, faire des exercices plus simples pour éviter la mise en échec, faire des exercices connus par le patient, éviter la nouveauté. S'adapter aux fluctuations de l'engagement. Quand celui-ci diminue, essayer de stabiliser quand il augmente viser l'évolution. (L.125-136)</p>	<p>L'ergothérapeute n'agit pas directement, elle transmet l'information concernant les symptômes du TSPT à l'équipe ou au médecin. Elle n'est pas au courant de ce qui se passe ensuite. Se concentre sur la rééducation. (L.33-38) Le repérage des symptômes d'un TSPT repose à la fois sur la verbalisation du patient et sur l'observation des professionnels, avec un partage d'informations au sein de l'équipe. (L.208-209)</p>

	<p>venir en rééducation. Tandis qu'un patient face à un brancardier qui le motive à plus de chance d'être présent en rééducation. Les personnes intermédiaires, ont un impact sur l'engagement du patient. (L.82-87)</p> <p>L'âge, le contexte de vie et les objectifs personnels influencent l'engagement en rééducation : les patients plus jeunes présentent souvent une motivation plus forte, liée à des objectifs de vie (travail, famille), tandis que les patients âgés peuvent avoir des attentes plus limitées et une posture plus passive, parfois liée à leurs habitudes de vie. Ainsi l'ergothérapeute adapte sa prise en charge en fonction des patients : avec les personnes âgées elle propose une rééducation centrée sur les activités de la vie quotidienne qu'elle simplifie, tandis qu'avec les plus jeune, elle s'appuie davantage sur leur motivation pour favoriser l'engagement (L.105-118)</p> <p>En fonction du patient, certains resteront désengagés tandis que reprendront la rééducation. (L.138-140)</p> <p>Le réengagement d'un patient peut se lire au travers de facteurs motivationnels porteurs de sens, tels que le soutien de l'entourage, la perspective d'une poursuite de soins (centre de rééducation) et la définition d'objectifs personnels concrets (travail, conduite). Lorsque les patients souhaitent faire leur rééducation plus tard, l'ergothérapeute explique les</p>	<p>l'accompagnement du mouvement, certains patients présentent une diminution de l'engagement importante, se traduisant par de la somnolence ou un refus implicite de participation en rééducation. (L.90-103)</p> <p>Relier une observation faite sur un patient avec un TSTP est compliqué (L.200-201)</p> <p>Une fois le TSPT repéré d'autres recherches ne seront pas nécessairement envisagé (L.208-209)</p>		
--	---	---	--	--

<p>bénéfices de la réaliser maintenant pour le motiver. (L.142-151)</p> <p>L'engagement du patient est impacté par des facteurs organisationnels, médicaux et sociaux : délais d'orientation en centre, précarité sociale, répétitivité des prises en charge et contraintes matérielles. Ces facteurs peuvent limiter l'implication du patient et entraîner une baisse de motivation dans le temps. Lorsque le patient n'est pas assidu dans sa rééducation l'ergothérapeute peut annuler les séances (L.155-169)</p> <p>L'engagement en rééducation varie selon l'âge et le processus d'acceptation. Les patients plus jeunes apparaissent souvent plus investis, ce qui est moins le cas que certains patients plus âgés. Les plus jeunes ont tendances à s'investir à leur manière et en fonction de ce qui leur semble bon. (L.178-182)</p> <p>L'évitement peut se traduire par un refus de soins ou une dévalorisation de la rééducation, possiblement en lien avec la gravité du traumatisme et la perte de ses capacités. Face à cela l'ergothérapeute adopte une posture d'acceptation et de compréhension des ressentis du patient. (L.192-197)</p> <p>Le repérage des symptômes d'un TSPT repose à la fois sur la verbalisation du patient et sur l'observation des professionnels, avec un partage d'informations au sein de l'équipe. (L.204-208)</p>			
---	--	--	--

Résumé :

Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) associé à des comorbidités, est récurrent en rééducation et induit régulièrement une baisse d'implication des patients. Cette recherche vise à comprendre la position de l'ergothérapeute face aux fluctuations de l'engagement liées aux comorbidités concomitantes et à un TSPT supposé, dans le cadre d'une intervention en service de rééducation fonctionnelle. Une méthode clinique casuistique basée sur des entretiens semi-directifs et une analyse thématique a été menée auprès d'ergothérapeutes. Les trois participantes mettent en avant l'importance d'une prise en charge globale et insistent sur l'adaptation environnementale, comportementale et technique constante. Le travail d'équipe pluridisciplinaire apparaît comme un appui essentiel pour les ergothérapeutes, notamment en ce qui concerne l'adaptation de leur prise en charge. Les ergothérapeutes identifient le refus de soin total comme la limite principale, générant un sentiment d'impuissance chez les ergothérapeutes. Cela ouvre des perspectives de recherche sur les stratégies ergothérapeutiques à développer face à ce refus de soin.

Mots-clés : Ergothérapie, Trouble de stress post-traumatique, Rééducation fonctionnelle, Engagement, Comorbidités

Abstract :

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), particularly when associated with comorbidities, is a common occurrence in rehabilitation and frequently leads to a decline in patient engagement. This research aims to understand the occupational therapist's perspective on fluctuations in engagement linked to concomitant comorbidities and suspected PTSD, within the context of an intervention in a functional rehabilitation unit. A clinical case study method based on semi-structured interviews and thematic analysis was conducted with occupational therapists. The three participants highlighted the importance of a holistic approach and emphasised the need for constant environmental, behavioural and technical adaptation. Multidisciplinary teamwork appears to be an essential lever for occupational therapists, particularly about readjustment their care approach. The occupational therapists identify total refusal of care as the main limitation, generating a sense of powerlessness among them. This opens up avenues for research into occupational therapy strategies to be developed in response to this refusal of care.

Key words : Occupational therapy, Post-traumatic stress disorder, Functional rehabilitation, Engagement, Comorbidities