



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



DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Arrêté du 5 juillet 2010 modifié

Session 1 – Promotion 2021-2024

**Douleur chronique et trouble mental :
De quels moyens dispose
l'ergothérapeute dans cette
comorbidité ?**

Étudiant : Virginie POPIER

Directeur de mémoire : Sandrine BONHOMME

NOTE AUX LECTEURS

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

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

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

« Je ne pense pas que la douleur ait une unité de mesure universelle.

Elle est propre à chacun. »

Jacques Prévert

Préambule

Témoignage de Dorothée avec son accord d'utilisation :

« Je suis atteinte d'un trouble bipolaire de type 2 diagnostiqué fin 2022 avec plus de 20 ans de retard. Avant cela, j'ai connu d'intenses phases de dépression conjointement à des problématiques de douleurs rénales chroniques, vivant 10 crises de coliques néphrétiques en 18 mois. Douleurs physiques et douleur morale ont cohabité pendant des mois. Prise en soins en urologie, ma douleur morale ne fut pas entendue pour ce qu'elle était, mais comme une conséquence de la santé physique défaillante.

Mais qui de l'œuf ou de la poule ? Les douleurs physiques, ont-elles endommagé ma santé mentale ou ma santé mentale a-t-elle amplifié les douleurs ? Sans doute, n'existe-t-il pas de vérité à énoncer.

Aujourd'hui, je crois qu'il existe un enjeu majeur chez les soignants de tout bord dans la prise en charge de la douleur chronique associée à un trouble psychique, de ses origines à ses conséquences. Car cette douleur, bien que réelle et mesurable selon une échelle somme toute très subjective, a toujours quelque chose à dire de soi, de l'autre, de son rapport à soi, de son rapport à l'autre. La douleur s'écoute, comme on écoute un patient en séance de psychothérapie. Que signifie-t-elle ? Lui donner du sens me semble être une des clés de son appropriation par le sujet souffrant. »

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue dans la concrétisation de ce travail d'initiation à la recherche.

Au Centre Hospitalier Pierre LOO de m'avoir permis de concrétiser ma reconversion professionnelle, au service des archives pour leur partage de littérature et leur implication.

A ma directrice de mémoire, Sandrine BONHOMME pour ses suggestions avisées, son écoute, sa disponibilité et ses ressources expérientielles.

A l'institut de Formation de Nevers pour leurs conseils pendant ses 3 années d'études ainsi qu'à ma référente professionnelle, Cécile SALORT, pour son accompagnement et sa disponibilité.

À Muriel LAUNOIS, pour son engagement professionnel ayant abouti à d'importants conseils en matière de médiation créative et projective.

A Dorothée, pour son témoignage touchant qui a approfondi ma projection et ma compréhension du vécu émotionnel, du processus psychologique par lequel elle est passée.

A l'ensemble des ergothérapeutes qui ont acceptés de prendre le temps de répondre à mes questions, et sans qui ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour.

A mes nombreux relecteurs, Alain, Boris, Claude, Fabien, Mylène et Valérie, pour leur bienveillance et leur regard nouveau sur mon sujet de mémoire.

A ma famille pour leur soutien permanent, particulièrement à ma mère, pour sa compensation à mon exercice maternel auprès de ma fille, Emmy.

Sommaire

Glossaire	0
Introduction.....	1
1. La situation d'appel.....	2
2. Etat des connaissances actuelles sur le sujet.....	3
2.1. <i>La douleur chronique</i>	3
2.2. <i>La santé mentale</i>	4
3. Intérêt professionnel.....	5
4. Problématique professionnelle analysée et étayée au regard de la littérature.....	5
5. Le cadre théorique	6
5.1. <i>La douleur chronique</i>	6
5.2. <i>La santé mentale</i>	8
5.3. <i>Liens entre douleur chronique et santé mentale</i>	9
5.4. <i>L'ergothérapie</i>	11
5.4.1. Son intervention en douleur chronique.....	11
5.4.2. Son intervention en santé mentale.....	12
5.5. <i>L'activité et la médiation thérapeutique</i>	13
5.5.1. L'activité comme objectif à atteindre	14
5.5.2. La médiation comme moyen d'expression de soi-même	15
5.5.2.1. La médiation portant sur l'image de corps	16
5.5.2.2. Médiation créative et projective.....	16
5.5.2.3. La sublimation et la symbolisation.....	17
6. Question de recherche.....	19
7. Les hypothèses formulées.....	19
8. La méthodologie de recherche	19
8.1. <i>Choix de la méthode</i>	20

8.2. Choix de l'outil.....	20
8.3. Biais et limites de l'outil.....	22
8.4. Critères d'éligibilité.....	23
8.5. Elaboration, transmission et retour du questionnaire	23
9. Résultats.....	24
9.1 Données brutes de l'ensemble des questions.....	24
9.1.1 Données sociales : questions n°1 à n°4.....	25
9.2.2 Etat de connaissance de l'objet de recherche : questions n°5-16 et n°19-23	26
9.2.3 Avis et expérience des répondants : questions n°17-18 et n°24-27.....	30
9.2 Données croisées des questions	33
10. Discussion.....	41
10.1 Résultats en lien avec la problématique et les hypothèses.....	41
10.2. Analyse théorique.....	42
10.2.1 Lien entre les résultats et les anciennes données de la littérature	42
10.2.1.1 Le modèle bio-psycho-social	42
10.2.1.2 La comorbidité	43
10.2.1.3 La médiation thérapeutique et la transitionnalité.....	43
10.2.1.4 La médiation créative et projective	44
10.2.2 Lien entre les résultats et les nouvelles données de la littérature.....	45
10.2.2.1 La notion de transitionnalité	45
10.2.2.2 Les mécanismes de défense impliqués	46
10.2.2.3 La comorbidité	47
10.3. Analyse réflexive.....	49
10.3.1 Recul sur la thématique, la question de recherche, et les hypothèses	49
10.3.2 Recul sur la méthodologie de recherche	50
10.3.2.1 Limites	50

10.3.2.2 Avantages	51
10.4. <i>Intérêts professionnels et personnels</i>	52
10.5. <i>Perspectives</i>	53
Conclusion	54
Bibliographie	55

Annexes

Résumé

Abstract

Glossaire

ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
ANMSR	Association Nationale des Médecins Spécialistes en MPR
AVI	Années Vécues avec une Incapacité
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CNRD	Centre National de Ressources Douleur
DSM-V	Classification catégorielle des troubles mentaux édition 5
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HDJ	Hôpital de jour
IASP	International Association for the Study of Pain
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SFETD	Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur
UE	Unité d'Enseignement

Introduction

La pensée de l'ergothérapie prend son origine auprès de personnes atteintes de troubles mentaux au début du XX^e siècle. A l'époque, ils leur étaient alors recommandés l'exercice physique pour maintenir la santé, aussi bien corporelle que psychique (1). Ainsi, est née la vertu thérapeutique du travail, de l'activité, et par conséquent la naissance de l'exercice de l'ergothérapeute. Ce retour aux sources est, pour moi, primordial pour me plonger dans les prémices rédactionnelles de mon mémoire. Ce travail de recherche demande une investigation organisée pour apporter des réponses à ma problématique et mes hypothèses.

Les préconisations de l'époque prennent tout leur sens dans ma recherche puisqu'elles visent à la fois le corps et l'esprit. J'ai choisi de porter intérêt à la douleur chronique, celle qui est toujours là, résonant dans le quotidien et qui fait que rien n'est plus comme avant. Mon mémoire porte sur l'association d'une douleur chronique à un trouble mental, lien qui a émergé lors de mes stages et que je vous exposerai dans la partie situation d'appel. Quels que soient le processus d'apparition ou les facteurs prédisposants de l'un et de l'autre, mon questionnement est à visée interventionnelle dès lors qu'ils sont associés. De ce fait, je me suis demandée : comment l'ergothérapie pourrait agir sur la douleur chronique dès lors qu'elle est associée à un trouble mental ? Il m'est apparu important de traiter ce sujet puisqu'après l'obtention de mon diplôme d'Etat d'ergothérapeute, je me destine à exercer mes débuts de carrière en santé mentale. Ainsi, les recherches qui seront effectuées tout au long de l'année pour réaliser mon mémoire me permettront d'acquérir de nouvelles connaissances et me prépareront à ma future pratique professionnelle.

Pour cela, je présenterai la situation d'appel qui m'a interpellé et dresserai un état des connaissances actuelles. Je détaillerai mon intérêt professionnel et préciserai le cadre théorique en lien. Par la suite, je proposerai ma question de recherche ainsi que les hypothèses qui en découlent. Postérieurement, j'évoquerai la méthode de recherche que je pense la plus pertinente par rapport à mon questionnement. J'énoncerai l'outil de recueil de données choisi avec ses biais et ses limites, ses critères d'éligibilité et sa transmission. Ses résultats seront présentés et amèneront à une discussion. Mes intérêts professionnels seront revus en fin de mémoire. Enfin, je développerai les perspectives futures sur mon thème de mémoire et en présenterai les conclusions.

1. La situation d'appel

Au cours de mon premier stage en service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) sur l'hôpital de jour (HDJ), j'ai pu participer à des prises en soins de douleurs chroniques. Elles étaient prises en soin de façon pluridisciplinaire par les kinésithérapeutes, les psychologues et les ergothérapeutes. L'ergothérapie ciblait principalement l'apprentissage des gestes, postures, économies d'effort pour la personne et l'adaptation du matériel ou de l'environnement. Ces douleurs chroniques m'ont interpellée quant à leur impact psychosocial sur l'individu. En effet, j'ai pu observer des symptômes dépressifs, de l'anxiété, et même des maladies mentales associées, le tout altérant le rendement occupationnel de la personne et donc sa prise en soin.

Lors de mon stage en semestre 4 en santé mentale, j'ai pu observer des personnes prises en soin pour des troubles mentaux et qui présentaient des douleurs chroniques. En particulier, lors de la prise en soin de Madame M, atteinte de trouble bipolaire. Elle cumulait les douleurs chroniques liées à de l'arthrose vertébrale, au genou et une algoneurodystrophie suite à une opération du bras gauche. Ses antécédents médicaux étaient nombreux et comportaient un grand nombre d'opérations chirurgicales telles qu'amygdalectomie, appendicectomie, sleeve, hystérectomie... En ergothérapie, dans le cadre de sa prise en soin en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), j'ai pu l'accompagner au cours de séances en atelier thérapeutique, où elle réalisait de la mosaïque.

C'est alors que le lien étroit entre la maladie mentale, les manifestations psychopathologiques et la douleur chronique m'est apparu évident. Les maladies mentales peuvent être associées à des douleurs chroniques et inversement, ce qui fait émerger des questionnements épidémiologiques mais surtout thérapeutiques. Ainsi est née l'origine de ma réflexion sur la prise en soin d'adulte ayant une douleur chronique associée à un trouble mental.

2. Etat des connaissances actuelles sur le sujet

2.1. La douleur chronique

D'après l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), une vaste étude française menée en 2004 auprès de 30 155 personnes représentatives de la population générale a révélé que les douleurs chroniques affectent environ 30 % des adultes. La prévalence augmente avec l'âge. Pour deux tiers des cas, les douleurs sont d'intensité modérée à sévère. Elles affectent principalement le dos, le cou et les épaules, les membres, la tête, l'abdomen. De plus, elles sont souvent associées à des dépressions, une anxiété, des troubles du sommeil et une altération de la qualité de vie (2).

La lombalgie est la principale cause d'années vécues avec une incapacité (AVI) au monde, avec 57,6 millions d'AVI par an. Il s'ensuit en deuxième position, la migraine (45,1 millions d'AVI), la cervicalgie en sixième position (28,9 millions d'AVI) et les autres troubles musculo-squelettiques en septième position (28,9 millions d'AVI) (3).

La France a été pionnière dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur avec plusieurs plans « douleur » successifs, mais depuis 2013, aucun plan, programme, action gouvernementale n'a été mis en œuvre (4). Pourtant, dans un communiqué de presse récent du 24 février 2023, la Haute Autorité de Santé (HAS) constate que la douleur chronique touche plus de 12 millions de Français (5).

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a conclu du rapport d'évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 qu'une structuration de l'offre de soins était indispensable à l'hôpital-ville, et qu'une amélioration de la prise en soin des personnes dyscommunicantes était nécessaire (nouveau-nés et très jeunes enfants, malades en réanimation, troubles mentaux, démentiels et personnes polyhandicapées). Dans son projet, le 4^e plan national de lutte contre la douleur devait répondre à certains de ces objectifs, mais ce plan n'a jamais vu le jour (5).

2.2. La santé mentale

En 2019, près d'un milliard de personnes souffraient d'un trouble mental (sans compter les addictions), soit 14 % de la population mondiale (6).

En France, selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), les troubles mentaux représentent 2,1 millions de personnes prises en charge en ambulatoire, et 420 000 à temps complet ou partiel dans les établissements de santé mentale. Depuis mars 2020, la prévalence des troubles mentaux en France a doublé suite aux différents confinements.

A ce jour, d'après l'état d'avancement du 03 mars 2023 de la feuille de route en Santé Mentale et Psychiatrie, 1 personne sur 5 est touchée par des troubles mentaux à un moment de sa vie, soit 13 millions de Français. La France détient le record de consommation de psychotropes au monde par habitant. En effet, d'après des études en épidémiologie des produits de santé, plus d'1 Français sur 4 consomme des anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères et autres traitements psychotropes (7).

La dépression est l'un des troubles les plus fréquents sur la vie entière, elle représente 15 à 20 % de la population générale. Le baromètre santé 2021 de Santé publique France indique que la prévalence des épisodes dépressifs a augmenté en France, et est notamment plus marquée chez les jeunes adultes. Plus généralement, les troubles mentaux représentent la première dépense de l'assurance-maladie avec plus de 23 milliards d'euros par an devant les cancers et les maladies cardiovasculaires (7).

Aujourd'hui, l'HAS met en lumière la santé mentale par un programme pluriannuel, intitulé psychiatrie et santé mentale 2018-2023, et insiste sur de meilleurs diagnostics et prises en soin des comorbidités psychiatriques (8).

3. Intérêt professionnel

La comorbidité psychiatrique de la douleur chronique est un enjeu de taille pour la santé mentale, car elle est particulièrement représentée, notamment avec les troubles dépressifs. La santé mentale se révèle donc être une discipline clef de la prise en soin des personnes atteintes de douleurs chroniques. L'ergothérapeute a un rôle à jouer que ce soit sur le trouble mental ou sur la douleur chronique.

Notre référentiel de compétences ergothérapeutiques (compétence 7) nous pousse à « évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle ». Nous pourrions ainsi améliorer notre pratique en nous auto-évaluant et en développant notre regard critique. Cette recherche servira le domaine de l'ergothérapie dans une meilleure compréhension de la prise en soin ergothérapeutique d'une personne atteinte de douleur chronique associée à un trouble mental.

4. Problématique professionnelle analysée et étayée au regard de la littérature

En soin primaire, lorsqu'un patient est atteint de douleur physique, le diagnostic en santé mentale, comme par exemple la dépression, n'est souvent pas établi. En établissement de santé mentale, la douleur comorbide est très présente alors qu'elle est plus difficile à diagnostiquer qu'en population générale (9). Notamment, dans le cas de la schizophrénie, le phénomène de sensibilisation à la douleur est diminué, on observe une insensibilité aux stimulations nociceptives, une indifférence ou une interprétation délirante... La douleur, chronique ou non est donc plus difficile à repérer, à évaluer, à diagnostiquer, à prévenir, à traiter chez ces patients.

En outre, en santé mentale, on retrouve des comportements à risque : sédentarité, tabagisme, trouble alimentaire, consommation d'alcool ou de drogue, altération de l'hygiène, isolement. Ces comportements ont pour conséquence une prévalence importante du syndrome métabolique. Dans les phénomènes d'addiction, on relève 37 % de douleurs chroniques et 55 à 60 % pour les patients sous méthadone dans les cas de toxicomanie (10).

Une des plus importantes problématiques aujourd'hui réside dans le fait que les prestataires de soins primaires de la douleur reçoivent peu ou pas de formation en psychiatrie et les psychiatres peu de formation sur la gestion de la douleur.

De nombreuses études suggèrent fortement une relation bidirectionnelle dans la comorbidité de la douleur chronique et le trouble mental (9). Il est important de répondre aux besoins psychiatriques des patients souffrant de douleur chronique en abordant les aspects biopsychosociaux de cette dernière. « L'ergothérapie dans la douleur chronique permet aux individus de réaliser des activités satisfaisantes, malgré la douleur et la fatigue » (WENDY HILL, 2016) (11).

5. Le cadre théorique

5.1. La douleur chronique

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion » (12). Elle est « une expérience individuelle, subjective » avec de grandes répercussions émotionnelles déplaisantes, des processus mentaux et des réactions comportementales. Une douleur se réfère à une lésion ou à un dysfonctionnement même s'ils ne sont pas forcément visibles en anatomie, la douleur même sans blessure apparente reste une douleur.

Selon l'article scientifique de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) et le Centre National de Ressources Douleur (CNRD), publié en 2018, « quelles que soient sa localisation et son intensité, il y a douleur chronique lorsqu'elle persiste ou est récurrente de plus de 3 mois et provoque une détérioration des capacités fonctionnelles (marche, toilette) et relationnelles dans toutes les activités de vie quotidienne (domicile, école, travail) » (13).

Les douleurs chroniques les plus répandues sont les céphalées, les lombalgies et les lomboradiculalgies, les douleurs neuropathiques, arthrosiques et musculosquelettiques. La douleur chronique implique des mécanismes psychologiques et neurophysiologiques sous-

tendant une dimension affective. Cette dernière résulte de sentiments de déplaisir et d'émotions associées à des implications à court terme d'anxiété, peur et détresse et à long terme d'émotions secondaires telles que la souffrance. La souffrance est la résonance intérieure d'une douleur. Aussi, il existe 4 composantes de la douleur :

- Une composante sensori-discriminative qui est le décodage des messages nociceptifs pour la personne : l'intensité, la durée, la localisation et la qualité du stimulus nociceptif.
- Une composante émotionnelle qui est la tonalité désagréable, pénible et insupportable qui engendre des états émotionnels comme l'anxiété et la dépression.
- Une composante cognitive qui est l'attention, l'anticipation, l'interprétation et la valeur que la personne confère à cette douleur, et qui en modifie la perception.
- Une composante comportementale que sont les manifestations verbales ou non tels que les gémissements, la posture, les plaintes, les mimiques... (10)

La douleur chronique, par sa persistance et ses répercussions, évolue en un syndrome et place la personne dans un véritable cercle vicieux de peur, souffrance et évitement (14). Voir figure 1 ci-dessous.

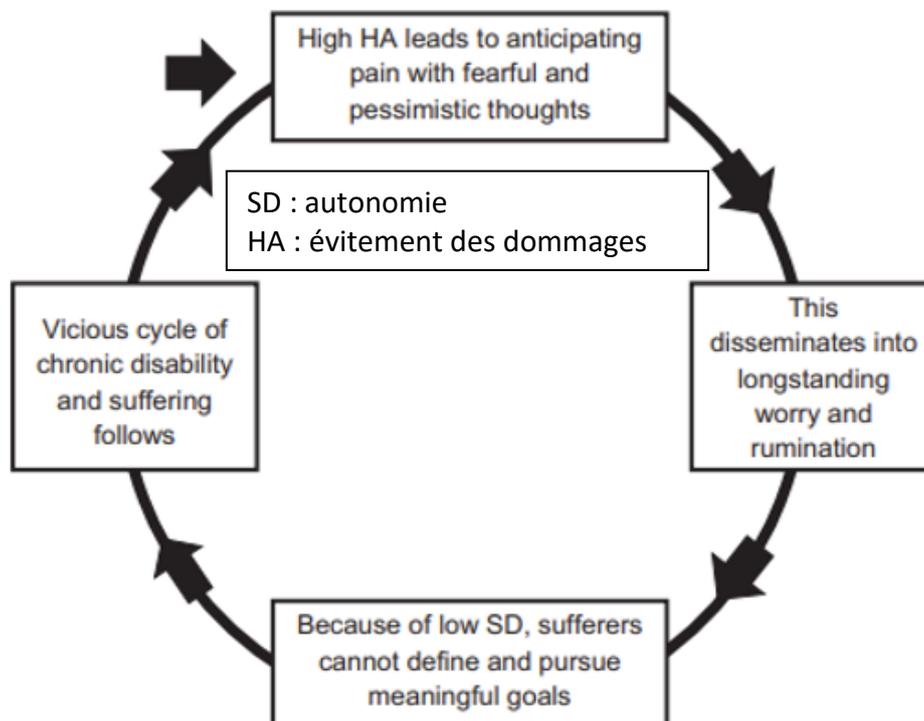


Figure 1 : Cercle vicieux de la douleur chronique, de l'évitement des préjudices et de l'autonomie

Les troubles de la personnalité sont les plus fréquents dans la douleur chronique. Pour illustrer ce schéma, prenons l'exemple d'une personne lombalgique avec des troubles de la personnalité. La personne lombalgique anticipe et appréhende, de façon craintive et pessimiste, certains gestes de la vie quotidienne. Un mode de pensée quotidien de ruminations et d'inquiétudes s'inscrit à long terme du fait de la douleur, mais aussi des traits de sa personnalité qui l'exacerbent. Son autonomie et sa volition s'en trouvent altérées dans l'ensemble de son quotidien. Le cercle vicieux de l'invalidité chronique s'installe et crée de la souffrance.

De par les multiples aspects de l'expérience de la douleur, un traitement simultané des problèmes biologiques, psychologiques et sociaux est essentiel par une équipe multidisciplinaire comprenant les médecins, psychologues, infirmières spécialisées, kinésithérapeutes et ergothérapeutes (15).

5.2. La santé mentale

D'après l'INSERM, « être en bonne santé mentale, c'est se sentir bien et s'accomplir, être en mesure de surmonter les tracas de la vie quotidienne, d'étudier ou de travailler, d'échanger avec les autres et de contribuer à la vie de sa communauté » (16). La santé mentale fluctue dans le temps et est déterminée par un ensemble complexe de pressions et de vulnérabilités d'ordre individuel, social et structurel...

Dès lors qu'elle est perturbée, dérégulée et qu'elle affecte le psychisme d'un individu et son fonctionnement, on parle de trouble mental. Les pensées, les émotions et le comportement sont impactés. C'est un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales entraînant une détresse pour l'individu et des déficiences fonctionnelles importantes dans de nombreux domaines (17).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclare que la situation des personnes vivant avec des troubles mentaux en France est préoccupante, et que la santé mentale est le prochain défi sanitaire à relever (6).

Pour cette population, en ce qui concerne le nombre d'années vécues avec un handicap dans le monde, elles seraient considérées en deuxième position, juste derrière les

maladies cardio-vasculaires (18). Aussi, les acteurs politiques proposent des plans de santé comme la feuille de route « Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 » qui organise les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie en septembre 2021 et détaille un plan de « secourisme en santé mentale » dans la circulaire du 23 février 2022 (19). Les diagnostics principaux sont les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, la schizophrénie, les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques (20).

5.3. Liens entre douleur chronique et santé mentale

Historiquement, le lien entre les facteurs de personnalité et l'expérience de la douleur a été exploré. Beaucoup d'études n'ont pas abouti, en raison de l'utilisation du modèle biomédical qui ne peut expliquer la douleur persistante sans cause biologique claire. D'après (WADDELL, 1993), « la douleur en santé mentale est abordée par l'utilisation du modèle bio-psycho-social ». Ce modèle, créé par Engel en 1980, favorise la reconnaissance de syndromes associés et permet donc d'améliorer la prise en soin globale du patient douloureux chronique, par la description et le traitement simultané des syndromes psychiatriques ou psychologiques associés à la douleur et à ses causes (10). Il implique l'avis et l'expérience du sujet au centre de la prise en soin.

FREUD, fondateur de la psychanalyse, a développé l'approche psychodynamique de 1890 à 1930. Il a mis en évidence avec d'autres théoriciens la composante émotionnelle de la douleur et proposait un modèle de conversion de la douleur chronique « dans lequel le patient convertit la douleur émotionnelle en symptômes somatiques en raison de la personnalité sous-jacente et des conflits émotionnels » (14).

De nombreuses études examinant l'impact d'intervention par l'approche psychodynamique pour la douleur chronique ont montré leur efficacité à court et long terme en comparaison des soins médicaux habituels (21). Cette approche est utilisée aussi pour un vaste champ de troubles mentaux, tels que la dépression, l'anxiété, les dépendances et toxicomanie, les troubles de la personnalité, sociaux, alimentaires, de stress post-traumatique. Dans la psychose et l'état limite, l'accès à l'élaboration psychique peut être compromis (22).

Les troubles mentaux peuvent donc entraîner une douleur chronique, et à l'inverse, une douleur chronique favorise la dépression et l'anxiété (9). La coexistence d'un trouble mental et d'une douleur chronique ordonne le traitement des deux comorbidités par des thérapeutiques communes, à savoir :

- un traitement médicamenteux psychoactif et antalgique
- le développement des stratégies d'ajustement positif
- les traitements non-médicamenteux

L'utilisation des traitements non-médicamenteux est plus représentée en santé mentale pour des troubles mentaux. Pour une gestion efficace de la douleur, les traitements non-médicamenteux sont personnalisés et adaptés au patient ainsi qu'à ses besoins.

Ils peuvent être classés en quatre catégories :

- Les traitements corporels comme la neurostimulation, la kinésithérapie, l'activité physique adaptée, l'ostéopathie, la magnétothérapie transcrânienne, la balnéothérapie, le chaud ou le froid, l'acupuncture...
- Les traitements psychocorporels comme la relaxation, l'hypnose, le toucher-relationnel...
- Les traitements psychologiques comme les thérapies cognitivo-comportementales, la psychothérapie de soutien...
- Les traitements et contextes socio-éducatifs tels que l'information sanitaire, les associations d'usagers, l'éducation thérapeutique, les recommandations... (10).

Une approche de traitement multidisciplinaire en santé mentale est prometteuse dans la gestion de la douleur dès lors qu'il y a l'association d'une douleur chronique et d'un trouble mental (14). La feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie de 2023, axe 2 action numéro 19, vise à développer une meilleure prise en charge de la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques (7).

5.4. L'ergothérapie

L'ergothérapie a pour postulat qu'une relation inhérente existe entre la santé, les occupations et le bien-être (11). « L'ergothérapeute examine non seulement les effets physiques d'une lésion ou d'une maladie, mais il se penche également sur les facteurs psychosociaux et environnementaux qui influencent la capacité d'agir » (KLEIN, 2014) (1). Il s'interroge « sur ce qui pousse une personne à s'engager dans une activité qui pourrait lui permettre de ressusciter son dynamisme vital et de donner sens à son histoire » (MOREL-BRACQ, 2015) (23). L'ergothérapie offre à la personne la possibilité de faire de sa maladie un objet différencié d'elle-même et à trouver de nouvelles formes d'adaptation à la vie (PIBAROT, 2013) (24).

Pour cela, le processus d'intervention commence par une prescription médicale d'après l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute (25). Ensuite, l'ergothérapeute effectue un recueil de données auprès de la personne, sa famille, d'autres professionnels et dans le dossier patient. Il poursuit par des évaluations initiales, standardisées ou non, en entretien ou en situation d'activité. Grâce à ces informations, il établira un diagnostic ergothérapeutique avec une formulation d'objectifs centrés sur la personne et pensera son cadre d'intervention selon un angle conceptuel et des modalités spécifiques. Enfin, il continuera à évaluer et tracera dans le dossier l'évolution de sa pratique et de la personne. Son intervention est donc structurée, pensée et adaptée à chaque situation (26).

5.4.1. Son intervention en douleur chronique

La douleur chronique devient, à long terme, une identité centrale de l'individu caractérisée par une liste de symptômes, diagnostics, traitements, allergies, limitations et handicaps (21). Elle retentit sur l'ensemble de la vie de la personne et entraîne une restriction des activités qui impacte la santé psychologique et le bien-être (11). L'ergothérapie a donc complètement son rôle par son approche thérapeutique holistique et centrée sur la relation intrinsèque entre l'activité, la santé et le bien-être. (27).

L'intervention de l'ergothérapeute en douleur chronique comprend l'utilisation de stratégies telles que la gestion et l'adaptation des activités, le développement de stratégies d'adaptation et la réadaptation professionnelle. Il joue donc un rôle significatif auprès de personnes atteintes de douleurs chroniques, cependant son rôle reste complémentaire. La réadaptation multidisciplinaire est recommandée comme la forme la plus efficace dans la douleur chronique, il a été constaté notamment qu'elle augmente la probabilité d'un retour au travail. Pour le patient, l'ergothérapie lui permettra d'accroître ses habiletés physiques, la maîtrise de son environnement et de lui-même par des activités, et l'efficacité de sa productivité dans ses tâches et ses rôles (28).

5.4.2. Son intervention en santé mentale

L'accompagnement thérapeutique de l'ergothérapeute en santé mentale s'inscrit dans la recherche d'un nouvel équilibre (activités de soins personnels, de productivités et de loisirs), mais aussi corps et esprit, et guide progressivement dans un processus de changement. Il intervient dans toutes les étapes du parcours de soin.

L'ergothérapeute aide la personne à améliorer ses habiletés relationnelles, émotionnelles, ses capacités d'adaptation, d'autonomie, et développer ses ressources internes, ses centres d'intérêts et la connaissance de ses propres limites (29). En santé mentale, cela s'articule en soin psychique (rééducation) et en réhabilitation psycho-sociale (réadaptation).

Les médiations expressives sont les plus utilisées en soins psychiques (argile, peinture, collages, écriture, vidéo), elles permettent d'exprimer au-dehors ce qui était au-dedans (conflits intérieurs issus de sa propre histoire personnelle et relationnelle). Les conflits intérieurs sont ainsi mis en forme, propulsés à l'extérieur et se manifestent d'une autre façon.

La réhabilitation psychosociale vise plus à aider la personne à (re)devenir autonome dans ses activités. Elle utilise la remédiation cognitive, l'entraînement de la cognition sociale, la psychoéducation, les groupes de thérapies, les thérapies comportementales et cognitives, l'accompagnement social et professionnel... (30) L'ergothérapeute a sa place dans ses deux types de soins.

5.5. L'activité et la médiation thérapeutique

Ce qui caractérise le plus l'approche ergothérapeutique dans l'établissement de la relation thérapeutique, c'est la relation médiatisée (31). Là où se rencontrent confiance et fiabilité, il y a un espace potentiel » « l'espace transitionnel qui sépare et qui relie » (WINNICOTT, 1971) (32). Pour WINNICOTT, il y a trois espaces :

- L'espace interne qui est le lieu du fonctionnement psychique du sujet,
- L'espace externe qui est le lieu des objets concrets, il comprend la présence de l'autre et de l'environnement,
- L'espace intermédiaire qui est le lieu d'expérience d'une réalité intérieure et d'une vie extérieure simultanées. Il est représenté en figure 2 ci-dessous. L'objet transitionnel se situe dans l'aire intermédiaire.

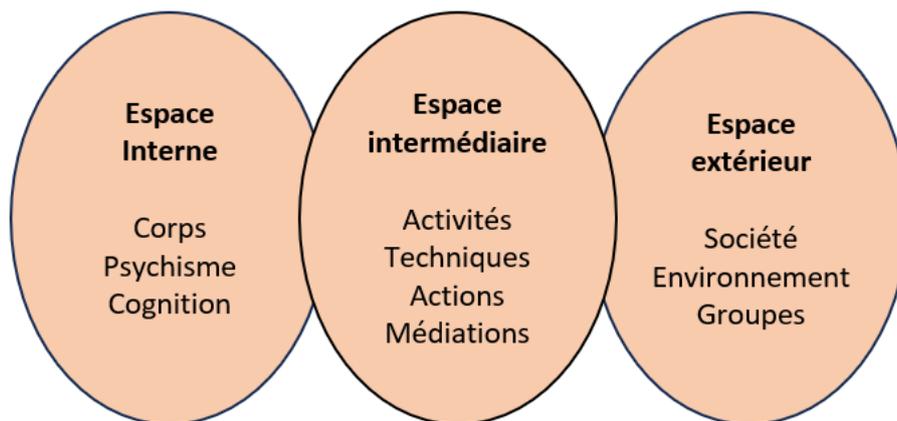


Figure 2 La transitionnalité / Les trois espaces

C'est dans cet espace que l'ergothérapeute peut amener un patient qui n'est pas en état de jouer, à un état où il est capable de le faire. Le jeu a pour fonction l'acceptation de la réalité. « C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi » (WINNICOTT, 1971) (32). Ainsi, l'activité créative participe à la quête du Moi.

Le squiggle de WINNICOTT qui consiste à dessiner avec le patient, chacun continuant les traits de l'autre, en est un parfait exemple. C'est dans cet espace intermédiaire,

transitionnel qui sépare et relie par la contenance du cadre thérapeutique, la salle d'ergothérapie, la matière qu'existe enfin un lieu de repos pour la personne.

Il est important de faire la différence entre une activité et une médiation. Dans un cas comme dans l'autre, elle peut être individuelle ou en groupe. L'apport du groupe réside dans la confrontation à autrui, s'affirmer, se comparer, s'identifier, tout en conservant son espace psychique personnel. L'activité et la médiation peuvent être signifiantes ou significatives, tout dépend du sens intra-personnel et du sens social attribué pour la personne et son entourage. Les termes de médiation et d'activité ne recouvrent pas tout à fait les mêmes réalités selon les lieux, les pratiques, les modèles conceptuels auxquels nous nous référons. « La principale distinction entre une activité et une médiation est l'orientation que nous pouvons lui donner » (LAUNOIS, 2018). Est-elle un objectif à atteindre ou un moyen d'expression de soi-même ? (31)

5.5.1. L'activité comme objectif à atteindre

L'activité aide la personne à retrouver ses capacités cognitives et fonctionnelles par son utilisation. « Elle ne change pas l'être au sens intrapsychique, mais sa manière de faire et d'être dans ses occupations » (LAUNOIS, 2018). Ainsi, les changements seront extérieurs, visibles par le comportement de la personne. En santé mentale, ce sont les thérapies cognitivo-comportementales basées sur le conscient et les comportements visibles qui sont les plus représentatives. Les activités sont soit manuelles, ludiques ou de vie quotidienne et permettent l'expérience perceptivo-sensorielle, motrice, gestuelle, cognitive et relationnelle. Elle se décompose en trois catégories :

- Les activités dites productives comme par exemple le travail, les études, le ménage, la cuisine, le bénévolat...
- Les activités dites de loisirs comme le sport, le théâtre, la mosaïque...
- Les activités dites de soins personnels tels que se préparer à manger ou manger, prendre soin de soi en se lavant ou par les soins de beauté...

L'utilisation de l'activité comme objectif à atteindre sur un état dépressif peut être vouée à l'échec par le manque d'accessibilité au sens et/ou au plaisir qu'il induit. Le soin

psychique est alors primordial, l'utilisation de médiations créatives et projectives est donc indiquée dans ce cas (31).

5.5.2. La médiation comme moyen d'expression de soi-même

La médiation inclut la notion de médiane, « d'être un entre-deux », « Entre soi et soi, entre soi et l'autre, entre soi et le monde » (LAUNOIS, 2018). Elle facilite la récupération de sa propre parole et non une adaptation à celle de l'autre. « Le besoin d'expression est universel et il est redynamisé avec l'usage des médiations » (CHOUVIER, 2010) (39). Son but n'est pas d'être une activité signifiante pour la personne. Elle lui permet de retrouver la capacité à donner du sens à ce qu'elle traverse (27). « Quel que soit l'angle et les fondements théoriques, les médiations sont au cœur des approches thérapeutiques des ergothérapeutes » (KLEIN, 2014) (1).

Une étude portant sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes en santé mentale a mesuré les médiations utilisées. Les médiations expressives sont les plus représentées (83,5 %). Il s'ensuit des médiations artisanales (73,7 %) et des mises en situation de vie quotidienne (64,7 %) (34). « L'utilisation d'une médiation pour permettre l'expression de soi est une caractéristique de l'ergothérapie en santé mentale » (LAUNOIS, 2017). C'est un soin psychique qui facilite un changement interne et profond. Elle reste peu utilisée dans d'autres domaines (33).

Il existe deux catégories de médiations. La médiation impulsive est représentée par la relaxation, l'écoute musicale, toutes techniques privilégiant le sensoriel. L'expression est non verbale, entre corps et mouvement. Elle éveille les sens, l'éprouvé corporel et le ressenti dans le sens du dehors vers le dedans. Elle utilise l'eau, le sable, la terre, la musique, l'image, l'odorat... (33). La deuxième catégorie est la médiation expressive où l'expression est personnelle. Elle entraîne des modifications intrapsychiques qui permettront une possibilité d'expression libre, donc verbale. Il s'agit du dessin, du modelage, de l'écriture, du collage, du théâtre, des marionnettes.... Son utilisation comme expression de soi est une caractéristique de l'ergothérapie en santé mentale (31). La médiation expressive peut être subdivisée en deux types, une portant sur l'image de corps, l'autre sera créative et projective (33).

5.5.2.1. La médiation portant sur l'image de corps

Elle permet la projection aux moyens d'expression corporelle, une extériorisation sécurisée d'une réalité aux autres, par le biais de la création d'histoire et le jeu de rôle. « Ces activités permettent le déploiement de ce que l'on nomme le corps imaginaire et permettent au sujet de s'identifier, se différencier, se reconnaître, jouer un rôle, parler de lui ou d'elle à travers un personnage, etc... » (LAUNOIS, 2015). Les marionnettes et le théâtre en sont de bons exemples. Ces techniques nécessitent une attention particulière au langage corporel, qui est la manifestation de ressenti non perçu et non-dit (31).

5.5.2.2. Médiation créative et projective

Elle contribue à l'élaboration d'un travail sur soi par l'objet, la transformation de la matière physique en matière psychique. « Ces activités favorisent plutôt l'expression de soi, la projection de parties psychiques dans l'espace intermédiaire, la connaissance de soi-même, la découverte de la dimension créative. » (LAUNOIS, 2015) (35).

La médiation créative et projective utilise une forme matérielle comme par exemple l'expression picturale avec la peinture, ou plastique dans le cas de matière à sculpter ou encore une matière modelable avec la terre glaise ou les pâtes à papier, à sel et à modeler. Avec ce médium, il y a une forme d'associativité non-verbale qui se déploie dans le geste, dans le cheminement des étapes de réalisation, dans le faire et défaire de la matière (36). De là, des changements internes sont rendus possibles à travers les expériences motrices, sensorielles, identitaires et relationnelles (35).

Lors d'un trouble mental, la personne a des difficultés d'accès au sens et au plaisir d'agir, la médiation créative et projective contourne les défenses et offre un possible changement psychique conscient ou non. C'est un moyen d'expression non-verbal des conflits et des souvenirs douloureux qui permet un changement interne.

Quand l'abord thérapeutique verbal est inefficace, l'approche par la médiation se montre comme un outil des plus adaptés. C'est le cas de la douleur qui opère comme une enveloppe psychique substitutive (37). Lorsqu'il y a une prise de conscience de la valeur du

symptôme, que la personne fait lien entre son ressenti et son histoire de vie, elle ne cherche plus à l'éliminer. Différents concepts sont liés à la médiation projective et créative.

5.5.2.3. La sublimation et la symbolisation

La médiation projective et créative permet une élaboration psychique, nommée insight, elle est une prise de conscience et une compréhension du sens de ce qui se passe en intrapsychique. Le moyen thérapeutique est l'introspection, il faut projeter puis introjecter. Ainsi, des liens entre le dedans et le dehors sont mis en jeu dans les médiations projectives et créatives, telles que :

- La projection (l'objet est le miroir de soi). Elle est source de plaisir ou de déplaisir. Elle favorise la sublimation et la valorisation, par le sentiment de réussite, de valeur, la dimension esthétique et le ressenti de la personne. C'est un mécanisme du Moi pour transformer les pulsions du **Ça** (38). La sublimation est une transformation créative de la libido en quelque chose de socialement acceptable, beau et reconnu. C'est un mécanisme de défense intrapsychique que l'on va renforcer, déclencher par la projection (36).

- L'introjection (objets, miroirs de soi devient source de soi). Elle permet l'élaboration psychique par l'intégration en soi d'éléments extérieurs. C'est aussi un mécanisme de défense intrapsychique. Elle est source de symbolisation. C'est la transformation de la matière physique pour transformer le processus interne et individuel, elle est nécessaire pour qu'une élaboration psychique soit possible.

Le concept de médium malléable a été introduit par Marion MILNER et repris par René ROUSILLON pour décrire « l'existence d'objets matériels, médium malléable qui dès lors qu'il est manipulé, mis en forme, permet l'expression de problématique interne au sujet »(38). Cette rencontre avec un médium malléable entraîne une symbolisation primaire dite créative (projection et travail de la matière physique) et secondaire dite réflexive (travail psychique et introjection). La symbolisation secondaire est le temps de la mise en mots pour créer des liens signifiants comme un temps d'écriture après un temps de collage, d'argile, de peinture. Par exemple, mettre un titre, imaginer une histoire, écrire à partir d'une consigne (35).

De façon globale, la symbolisation est un processus psychique qui nous permet de construire notre capacité à mettre en forme et comprendre le sens symbolique, en passant des traces perceptives, à des représentations en images puis en mots. Voir figure 3 ci-dessous.

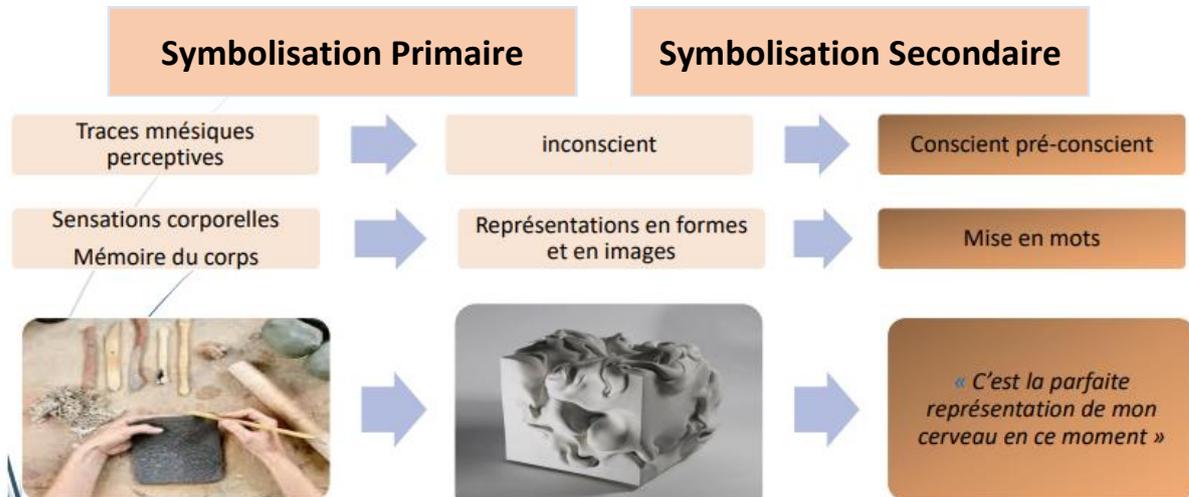


Figure 3 : Processus de symbolisation

La médiation créative et projective est une modalité privilégiée de traitement des sujets en difficulté majeure pour accéder au travail de symbolisation. Elle est utilisée par les ergothérapeutes, mais aussi par les psychologues, les art-thérapeutes et les psychomotriciens principalement en santé mentale (35). Il n'existe pas d'études scientifiques en lien direct avec l'ergothérapie.

La médiation thérapeutique est abordée dans la formation des futurs ergothérapeutes par l'unité d'enseignement 3 (UE) : fondements et processus en ergothérapie. Cependant, la médiation créative et projective reste peu abordée comme moyen de transformation intrapsychique. Alors que les médiations projectives à visée de psychothérapie médiatisée font partie du référentiel métier (25).

Elle peut être soulignée par des intervenants ergothérapeutes exerçant en santé mentale sur l'UE 2.5 : dysfonctionnement cognitif et psychique, et quelques expérimentations à visée plus sensorielles en ateliers (modelage, craies grasses, collage...). Il existe toutefois des formations professionnelles supplémentaires concernant les méthodes créatives dans le processus d'évaluation et d'intervention en ergothérapie.

6. Question de recherche

Il en découle la question de recherche suivante : comment l'utilisation de la médiation créative et projective est-elle perçue par les ergothérapeutes pour traiter une douleur chronique associée à un trouble mental en rééducation et en santé mentale ?

7. Les hypothèses formulées

- l'ergothérapeute, quel que soit son domaine d'intervention, reconnaît l'importance de la transitionnalité et donc de la médiation thérapeutique pour améliorer la prise en soin de la douleur chronique.

- les notions de sublimation et de symbolisation en lien avec la médiation créative et projective seront abstraites en rééducation.

- les ergothérapeutes de rééducation ou de santé mentale reconnaissent l'intérêt de la médiation créative et projective dans un contexte de douleur chronique dès lors qu'elle est associée à un trouble mental.

8. La méthodologie de recherche

L'intérêt de l'étude est de comprendre la perception de la médiation créative et projective par les ergothérapeutes en rééducation et en santé mentale dès lors qu'il y a l'association d'une douleur chronique et d'un trouble mental.

Le choix des ergothérapeutes de rééducation et de santé mentale est lié à la présence de cette population (douloureux chroniques associant un trouble mental) dans leurs services. Il est donc intéressant et pertinent de recueillir des données directement auprès d'ergothérapeutes exerçant dans ces deux domaines.

Cette enquête a pour objectif de certifier ou de contester les hypothèses émises, mais également de permettre une réflexion de l'analyse des pratiques professionnelles au cœur des médiations créatives et projectives.

8.1. Choix de la méthode

La méthode qualitative me semble plus pertinente pour mener à bien mes recherches, car elle me permet d'étudier la représentation, l'opinion et les intérêts des ergothérapeutes sur une pratique. C'est un paradigme phénoménologique qui vise à décrire et à expliquer des phénomènes sociaux complexes qui se produisent dans des milieux naturels. Elle est une approche essentielle dans la recherche en ergothérapie pour mettre à jour et éclaircir la pratique des ergothérapeutes.

Une étude d'approche de la méthode qualitative de 2017 a démontré que son utilisation dans la littérature ergothérapeutique est justifiée pour la pratique professionnelle (39). La médiation créative et projective est peu explorée dans les articles scientifiques, de surcroît, l'ergothérapeute y est peu cité. Il m'a donc paru important de recueillir des données directement auprès des ergothérapeutes et d'en faire une analyse de pratique. C'est donc une approche heuristique puisqu'elle repose sur l'avis et l'expérience des ergothérapeutes, là où les données scientifiques sont fortement limitées. La méthode qualitative implique l'utilisation d'un outil et il en existe trois types : l'entretien, le questionnaire et l'observation.

8.2. Choix de l'outil

Chaque outil de la méthode qualitative permet d'obtenir des données de fond et est conçu pour permettre de révéler les perceptions, comportements d'une population par rapport à un sujet spécifique. Mon choix d'outil s'est porté sur le questionnaire, il me permet de disposer d'éléments quantifiables et de mesures statistiques plus importants que les entretiens. Il est donc plus représentatif et présente l'avantage d'éliminer une certaine subjectivité par le choix des questions.

L'élaboration du questionnaire demande un travail de réflexion qui consiste à déterminer à l'avance le mode d'administration du questionnaire, le format des questions et le traitement qui sera appliqué aux données collectées (40). Une partie introduit le sujet, elle indique les modalités, le temps de remplissage de l'outil, le respect de l'anonymat. Ensuite, certains termes ont été définis pour une représentation et une compréhension commune, ceci permettant une appréhension globale de la problématique. Ensuite, il est constitué de 4

questions sur les déterminants sociaux qui permettent d'étudier les caractéristiques de la population-cible, mais aussi de valider leur inclusion ou non. Ensuite, des questions permettent de répondre à l'état actuel de connaissances de l'objet de recherche et sur leur mise en application professionnelle afin d'évaluer les pratiques. Elles ont un caractère obligatoire ou facultatif selon l'état de connaissance de certains termes. Ce questionnaire présente au total 27 questions (Annexe 1). Elles sont établies en fonction du cadre théorique et vérifient la conformité d'application des modèles et concepts préconisés. Ils sont détaillés dans le tableau 1 ci-dessous.

Nom du modèle	Critères	Indicateurs	Auteurs
Bio-psycho-social	Inclut une dimension psychosociale sans réduire la maladie à sa seule dimension biologique.	Structure intégrative et interactive du corps, de l'esprit et du social Avis et expérience du sujet au centre de la prise en soin Patient est co-acteur	Engel
Ergothérapie	Examine les effets physiques mais aussi les facteurs psychosociaux et environnementaux	Vision holistique Prise en compte des facteurs psychosociaux et environnementaux	Klein
Médiation créative et projective	Contribue à l'élaboration d'un travail sur soi par l'objet, la transformation de la matière physique en la matière psychique	Expression et connaissance de soi Projection des parties psychiques dans l'espace intermédiaire Découverte de la dimension créative Transitionnalité Symbolisation	Launois Winnicott Milner Roussillon

Tableau 1 : Modèles utilisés dans cette enquête exploratoire

Le modèle bio-psycho-social concernant la prise en soin de la douleur chronique et d'un trouble mental a été inclus dans 8 questions. Les concepts d'ergothérapie ont été pris en compte dans 2 questions. Les concepts de médiation créative et projective sont représentés dans 13 questions. Les questions citées sont énumérées dans le tableau 2 ci-dessous.

	Modèle bio-psycho-social	Ergothérapie	Médiation créative et projective
Numéro des questions	5-12	13-14	15-27
Nombre de points total	8	2	13

Tableau 2 : Questions cibles utilisés dans cette enquête exploratoire

Des questions binaires, à choix multiple ou des réponses ouvertes courtes ont été élaborées afin de disposer de données pouvant être analysées. Cependant, quel que soit le choix d'outil, il est important d'en connaître ses biais et ses limites pour obtenir des résultats précis.

8.3. Biais et limites de l'outil

Il existe tout de même des biais à l'utilisation d'un questionnaire afin de s'assurer que l'on mesure bien ce que l'on veut mesurer. Les notions de règle de clarté, d'équilibre, de validité et de neutralité permettent de circonscrire les biais.

Tout d'abord, cet outil ne peut pas permettre de connaître la proportion de non répondant à l'avance. Concernant les réponses, leur valeur peut être remise en question, l'emploi d'un vocabulaire non-usuel ou des termes ambigus dans les questions peuvent engendrer une mauvaise compréhension. Ainsi, des erreurs volontaires ou non au sein des réponses doivent être prises en compte ainsi que l'instinct naturel à ne pas avouer, ne pas savoir ou ne pas avoir d'avis. C'est pourquoi les termes de médiation créative et projective, de douleur chronique et de troubles mentaux ont été explicités et des exemples ont été donnés.

Il existe la possibilité d'un biais de désirabilité sociale et d'acquiescement, c'est-à-dire que les personnes valorisent leurs réponses, car elles pensent que les réponses positives sont mieux perçues par l'enquêteur, elles privilégient la sélection de réponses positives. En outre, dans un questionnaire à choix multiples, les premières réponses proposées ont une probabilité plus élevée d'être choisies, on nomme cela l'effet d'ancrage. Le questionnaire a tout particulièrement un effet de halo, la réponse à une question est induite par les réponses aux questions précédentes. L'anonymat doit être honoré (41).

8.4. Critères d'éligibilité

Les critères d'éligibilité ont pour but de sélectionner de façon judicieuse les participants de l'étude, ils permettent d'assurer une certaine validité de résultats et doivent être déterminés en amont.

Les critères d'inclusion définissent les caractéristiques des personnes qui doivent être incluses dans une étude, les critères d'exclusion, ceux qui sont exclus avant le début d'une étude. Le tableau n°3 ci-dessous présente les critères d'éligibilité que j'ai déterminés à l'avance.

Inclusion	Exclusion
Ergothérapeute exerçant en France	Etudiants en ergothérapie
Ergothérapeute exerçant en rééducation	Ergothérapeute n'exerçant pas en France
Ergothérapeute exerçant en santé mentale	Ergothérapeute n'exerçant ni en rééducation, ni en santé mentale
	Autre profession

Tableau 3 : Critères d'éligibilité de cette enquête exploratoire

8.5. Elaboration, transmission et retour du questionnaire

Le questionnaire a été conçu via Google Forms, ce format numérique facilite la diffusion. Aucun pré-test n'a été réalisé compte tenu du délai imparti entre la transmission du questionnaire et les retours. Les questions ont été transmises et revues par la directrice de mon mémoire le 27 décembre 2023.

Il a été publié le 09/01/2024 sur les groupes du réseau social Facebook. Les pages ont été « Le coin de l'ergothérapie », « Ergothérapeute », « Ergos et nouvelles technologies », « Ergothérapie (aides techniques et matériel médical) », « Mémoire ergothérapie », « Ergos de France », « Ergothérapie (idées et activités) », « Ergo matos », « J'exerce un métier mal connu : ergothérapeute », « Ergothérapie », « Webin ergo », « Ergo en psy » ... Chaque groupe bénéficie de 515 à 9 915 membres (Annexe 2). Une relance a été effectuée le 14/01/2024 sur huit de ces groupes.

La recherche d'établissement de rééducation et de santé mentale a été faite par courriel. Un listing a été créé pour faciliter la démarche. Les établissements publics de santé mentale ont été trouvés à partir du site du ministère du travail de la santé et des solidarités (soit le territoire national Français) (42). J'ai pu, grâce à ce dernier, contacter par courriel 52 établissements de santé mentale.

Les établissements de rééducation de France ont été trouvés sur le site ANMSR représentant l'Association Nationale des Médecins Spécialistes de Médecine Physique et de Réadaptation (43). La transmission des questionnaires a été effectuée aussi par courriel sur le territoire national Français. Le moindre nombre de répondants des établissements de rééducation m'a poussé à envoyer plus de courriels qu'aux établissements de santé mentale, soit un total de 128 courriels (Annexe 3).

Les envois se sont déroulés sur 15 jours, soit du 09 janvier 2024 au 26 janvier 2024. La réception des questionnaires s'est échelonnée du 09 janvier 2024 au 01 février 2024. Au total, 45 répondants ont été recensés.

9. Résultats

L'analyse du questionnaire tend à lier le croisement des données et le cadre théorique ainsi qu'à valider ultérieurement ou non les hypothèses émises dans le cadre d'une enquête exploratoire. Pour ce faire, l'utilisation du codage est nécessaire afin de faciliter le traitement des données. Il permet de passer d'une réponse brute à un langage numérique (44). La première étape d'analyse réside dans le tri à plat des données qui consiste à obtenir une mesure statistique de chaque question.

9.1 Données brutes de l'ensemble des questions

La proportion de répondants a été de 45 ergothérapeutes. Cinq ont été exclus selon les critères d'éligibilité. En effet, deux ergothérapeutes n'exercent pas en France et trois n'exercent ni en santé mentale, ni en rééducation. L'analyse qui suit se base sur un total de 40 ergothérapeutes.

9.1.1 Données sociales : questions n°1 à n°4

La question n°1 permet de déterminer l'année de l'obtention du diplôme d'ergothérapeute. De façon globale, les diplômes sont obtenus de 1984 à 2023. Il ressort une proportion quasi-égale d'ergothérapeutes avec un diplôme récent (à partir de 2020) que d'ergothérapeutes avec un diplôme plus ancien, c'est-à-dire de 1984 à 2019 (19 récents contre 21 anciens diplômés).

La question n°2 permet de valider un des critères d'inclusion. Après exclusion des ergothérapeutes n'exerçant pas en France, l'intégralité des ergothérapeutes répondent aux critères.

La question n°3 concerne leur domaine d'exercice. Il en ressort une proportion un peu plus importante d'ergothérapeutes exerçant en santé mentale qu'en rééducation (23 contre 17 répondants). Deux ergothérapeutes ont coché la case « autre ». Ils sont restés dans les critères d'inclusion puisqu'ils déclarent exercer aussi en santé mentale. Le diagramme 1 ci-dessous représente la proportion d'ergothérapeutes par domaine.

3. Exercez-vous-en :
40 réponses

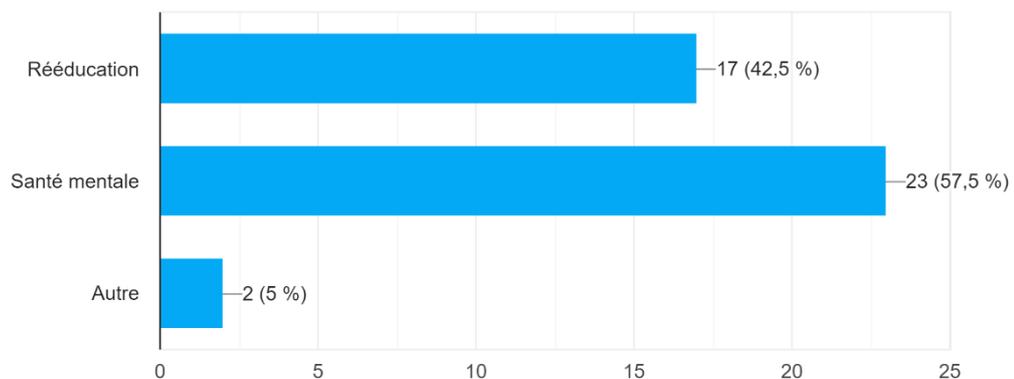


Diagramme 1 : Domaine d'exercice des ergothérapeutes répondants

La question n°4 cherche à établir le nombre d'années d'expérience en santé mentale ou en rééducation. Le niveau d'expérience dans leur domaine se comprend entre la durée de 2 mois et 40 ans d'expérience. Il ressort une proportion de huit ergothérapeutes ayant une expérience dans le domaine de moins d'un an, onze ont une expérience de 1 à 3 ans, cinq de 3 à 6 ans, deux de 6 à 9 ans, trois de 10 à 20 ans et onze ont plus de 20 ans d'expérience. On

repère globalement une forte proportion d'ergothérapeutes, soit nouveaux dans leur domaine ou soit ayant une expérience très significative dans leur domaine.

9.2.2 Etat de connaissance de l'objet de recherche : questions n°5-16 et n°19-23

La question n°5 introduit les questions d'état de connaissance et concerne les impacts de la douleur chronique. La question comprenait un choix multiple avec de bonnes et de mauvaises réponses. Elle demandait à cocher les affirmations vraies sur la douleur chronique. L'intégralité des répondants a répondu correctement à la question, aucune mauvaise réponse n'a été sélectionnée (réponses n°3 et n°5). Pour 38 ergothérapeutes, la douleur chronique impacte les activités de vie quotidienne (réponse n°6). 34 ergothérapeutes ont coché soit qu'elle provoque une détérioration des capacités fonctionnelles (réponse n°2), soit une détérioration des capacités relationnelles (réponse n°4), ou soit qu'elle est persistante et dure plus de trois mois (réponse n°1).

La question n°6 cible l'avis des ergothérapeutes sur l'impact psychologique de la douleur chronique sans évocation du terme trouble mental, mais sur des termes plus usuels et moins stéréotypés. De façon unanime, les ergothérapeutes ont tous répondu que la douleur chronique peut entraîner de l'anxiété, de la dépression et des peurs (40 sur 40 ergothérapeutes).

La question n°7 introduit la notion de trouble mental et de son impact sur la douleur chronique. 31 ergothérapeutes répondent que le trouble mental peut entraîner une douleur chronique. 10 ergothérapeutes l'infirmement. Mon nombre de répondants étant de 40 ergothérapeutes, un ergothérapeute a répondu oui et non à la fois.

La question n°8 introduit l'impact de la douleur chronique sur un trouble mental. Il en ressort une confirmation de 37 ergothérapeutes. Trois ergothérapeutes pensent que la douleur chronique n'entraîne pas de troubles mentaux.

La question n°9 achemine sur le modèle recommandé pour traiter une douleur chronique associée à un trouble mental. Il en découle qu'une majeure partie des ergothérapeutes associe le modèle bio-psycho-social (38 ergothérapeutes) contre 6 qui associent le modèle biomédical. Le nombre de répondants étant de 40, 4 ergothérapeutes ont fait le choix de sélectionner les deux modèles et 2 ergothérapeutes ont sélectionné uniquement le modèle biomédical.

La question n°10 porte sur le choix de traiter séparément la douleur chronique et le trouble mental. La proportion d'ergothérapeutes déclarant qu'on ne les traite pas séparément est importante (33 répondants), et 9 pensent qu'on les traite séparément. Parmi ces 9 ergothérapeutes, 2 ont choisi de cocher « oui et non ».

La question n°11 s'intéresse à la place du médecin comme seul décideur dans le choix du traitement. Pour 38 ergothérapeutes, le médecin ne décide pas seul. Sur les 4 qui le pensent, deux ont coché « oui et non ».

La question n°12 rapporte l'avis des ergothérapeutes sur l'utilisation des traitements non-médicamenteux. Elle offre la possibilité de répondre qu'ils sont utilisés soit pour la douleur chronique, soit pour un trouble mental, soit pour les deux ou aucun des deux. Un quotient important d'ergothérapeutes répond qu'ils sont utilisés dans les deux cas (38 répondants). Aucun des ergothérapeutes ne sélectionne la réponse « aucun des deux ». Un ergothérapeute a sélectionné le trouble mental uniquement. Certains ergothérapeutes ont sélectionné individuellement la douleur chronique, le trouble mental et la case les deux (4 ergothérapeutes).

La question n°13 implante le rôle de l'ergothérapeute. Elle vise à valider le fait que les facteurs psychosociaux et environnementaux sont pris en compte par l'ergothérapeute. Les résultats montrent une confirmation intégrale des ergothérapeutes (40 répondants).

La question n°14 demande si l'ergothérapeute les prend en compte dans la douleur chronique. Un seul répond non, les autres confirment que l'ergothérapeute prend en compte les facteurs psychosociaux et environnementaux dans la douleur chronique (39 ergothérapeutes).

La question n°15 introduit la transitionnalité, elle vise à vérifier la connaissance des ergothérapeutes à ce sujet. Dans le cas d'une réponse négative, elle indique de passer à la question n°17. La proportion de répondants connaissant la transitionnalité est de 17 ergothérapeutes contre 23 ergothérapeutes avouant ne pas la connaître soit 57,5 %. Le diagramme 2 en représente la proportionnalité.

15. Connaissez-vous la transitionnalité?

40 réponses

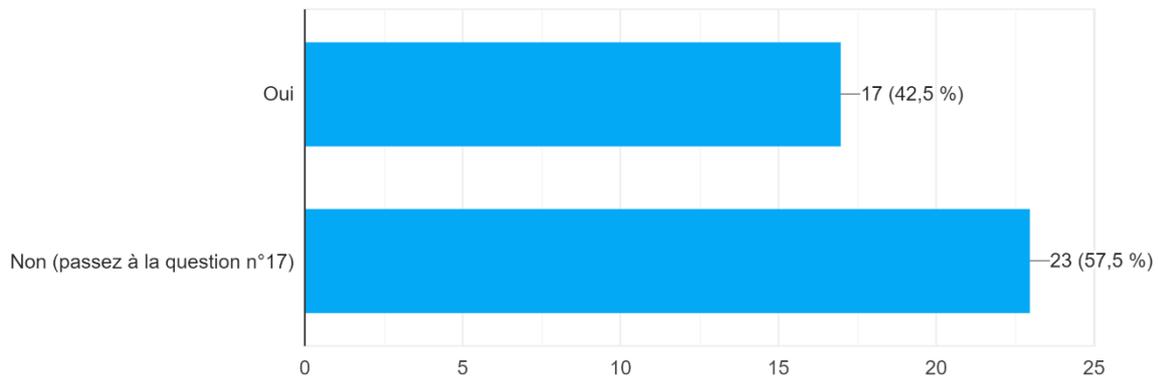


Diagramme 2 : Connaissance de la transitionnalité chez les ergothérapeutes

La question n°16 vérifie l'état de connaissance de cette transitionnalité pour ceux ayant affirmé la connaître à la question n°15. Elle porte sur la représentation de l'espace intermédiaire au sein de la transitionnalité. Elle comporte trois réponses possibles : le corps, la médiation et l'environnement. Sur 17 répondants, la majeure partie a répondu la médiation (13 réponses). Quatre ergothérapeutes ont répondu l'environnement ou le corps. La proportion totale de répondants étant de 17, il y a eu deux ergothérapeutes sur quatre qui ont choisi de cocher deux réponses.

La question n°19 consulte l'état actuel de connaissance de la médiation créative et projective. Elle questionne sur sa faculté ou non de contourner les mécanismes de défense. 37 ergothérapeutes pensent que oui, il y a donc 3 ergothérapeutes qui ne le pensent pas.

La question n°20 interroge sur l'état de connaissance de la symbolisation dans la médiation créative et projective. Elle donne la possibilité de répondre oui ou non. Dans ce dernier cas, les ergothérapeutes passent à la question n°22. Il découle de cette question une proportion de 52,5 % d'ergothérapeutes qui affirme ne pas savoir ce qu'est la symbolisation

(21 ergothérapeutes contre 19 qui la connaissent). Le diagramme n°3 ci-dessous représente cette proportion.

20. Concernant la médiation créative et projective, connaissez-vous la symbolisation ?

40 réponses

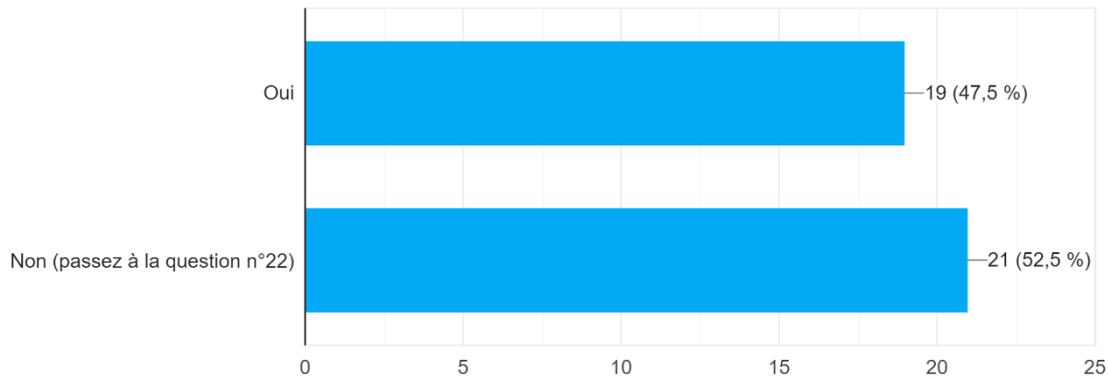


Diagramme n°3 : Connaissance de la symbolisation

La question n°21 vérifie l'état réel de connaissance de la symbolisation pour ceux qui ont répondu la connaître dans la question n°20. Elle se traduit par l'interrogation du mécanisme de défense induit dans la symbolisation. Un ergothérapeute n'a pas répondu à la question (18 réponses au lieu de 19). Il ressort une proportion plus importante d'ergothérapeutes qui sélectionnent la projection (16 sur 18). Il reste deux ergothérapeutes qui ont sélectionné l'introjection ainsi que deux autres qui ont sélectionné les deux.

La question n°22 continue à interroger sur les connaissances de la médiation créative et projective. Elle demande si les ergothérapeutes connaissent la sublimation dans cette médiation. Elle donne la possibilité de répondre oui ou non. Dans ce dernier cas, les ergothérapeutes passent à la question n°24. Il découle de cette question une proportion de 55 % d'ergothérapeutes qui affirment ne pas savoir ce qu'est la sublimation (22 ergothérapeutes contre 18 qui la connaissent). Le diagramme n°4 ci-dessous représente cette proportion.

22. Concernant la médiation créative et projective, connaissez-vous la sublimation ?

40 réponses

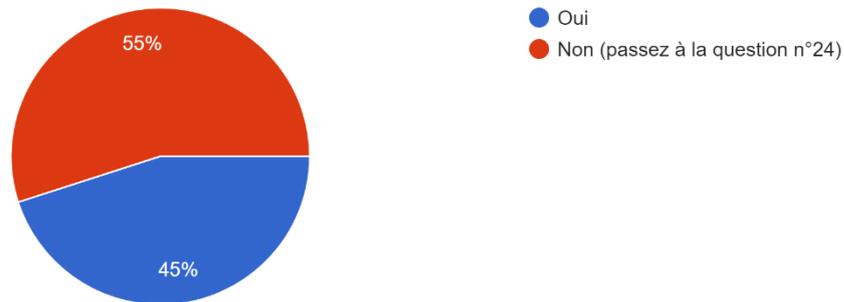


Diagramme n°4 : Connaissance de la sublimation

La question n°23 vérifie l'état actuel de connaissance de la sublimation pour ceux qui ont répondu la connaître dans la question n°22 soit 18 ergothérapeutes. Elle se présente sous forme de trois propositions de ce qu'est la sublimation. Il ressort une proportion plus importante d'ergothérapeutes qui sélectionne un mécanisme de défense intrapsychique (11 sur 18), puis 9 sur 18 ergothérapeutes sélectionnent la transformation créative de la libido. Enfin, deux ergothérapeutes répondent qu'elle est égale à la valorisation, dont un ayant fait cette sélection unique.

9.2.3 Avis et expérience des répondants : questions n°17-18 et n°24-27

La question n°17 cible l'importance de la transitionnalité dans la prise en soin de la douleur chronique. Elle concerne l'ensemble des ergothérapeutes (40 répondants). Pour 30 d'entre eux, la transitionnalité est importante dans la prise en soin de la douleur chronique. Il y a 11 réponses négatives, ce qui indique qu'un ergothérapeute a répondu oui et non à cette question. Le diagramme 5 ci-dessous montre qu'ils sont 75 % à penser que la transitionnalité est importante dans la prise en soin de la douleur chronique.

17. Pensez-vous que la transitionnalité soit importante dans la prise en soin de la douleur chronique ?

40 réponses

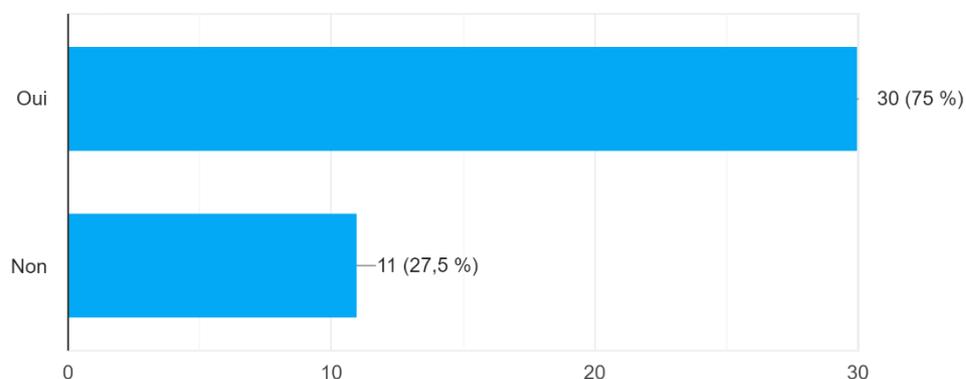


Diagramme 5 : Perception de l'importance de la transitionnalité

La question n°18 porte sur l'importance de la médiation thérapeutique dans la prise en soin de la douleur chronique. Il apparaît un fort pourcentage d'affirmation quant à son importance (97,5 %) soit 39 ergothérapeutes. Le nombre de répondants étant de 40, il ressort qu'un ergothérapeute a répondu non, et un autre a coché l'affirmation et la négation. Le diagramme n°6 représente la proportion.

18. Pensez-vous que la médiation thérapeutique soit importante dans la prise en soin de la douleur chronique ?

40 réponses

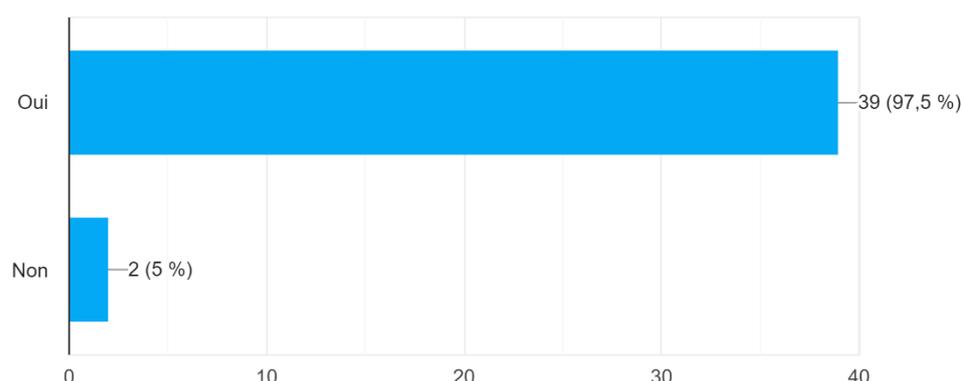


Diagramme 6 : Perception des ergothérapeutes sur l'importance de la médiation thérapeutique dans la prise en soin de la douleur chronique.

La question n°24 introduit la perception de la mise en pratique des ergothérapeutes. Elle s'intéresse à l'avis des ergothérapeutes sur l'intérêt de la médiation créative et projective pour un trouble mental. Sur les 40 ergothérapeutes, 39 valident l'intérêt de ce type de médiation pour prendre en soin un trouble mental.

La question n°25 consulte l'avis des ergothérapeutes sur l'intérêt de la médiation créative et projective dans la prise en soin de la douleur chronique. Sur les 40 ergothérapeutes, 36 valident l'intérêt de ce type de médiation pour la douleur chronique. Le nombre d'ergothérapeutes étant de 40, et disposant de 5 qui déclarent qu'elle n'a pas d'intérêt dans la douleur chronique, il en découle qu'un ergothérapeute a répondu oui et non.

La question n°26 s'intéresse à l'avis des ergothérapeutes sur l'intérêt de la médiation créative et projective lorsqu'une personne a une douleur chronique associée à un trouble mental. Sur les 40 ergothérapeutes, 39 valident l'intérêt de ce type de médiation dans le cadre de cette comorbidité (soit 97,5 %). Le nombre d'ergothérapeutes étant de 40, et disposant de 2 qui déclarent qu'elle n'a pas d'intérêt, il en découle qu'un ergothérapeute a répondu oui et non. Le diagramme n°7 ci-dessous représente cette proportion.

26. A-t-elle à votre avis un intérêt lorsqu'une personne a une douleur chronique associée à un trouble mental ?

40 réponses

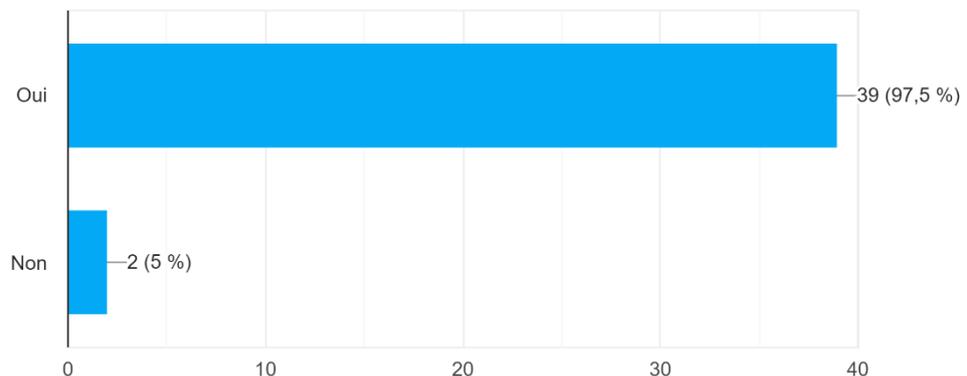


Diagramme n°7 : Avis des ergothérapeutes sur l'intérêt de la médiation créative et projective dans le cas d'une douleur chronique associée à un trouble mental

La question n°27 termine le questionnaire sur la perception de cette médiation créative et projective en cas de douleur chronique associée à un trouble mental avec un choix multiple. Les réponses présentées sont qu'elle est utile, non primordiale, accessoire, bénéfique, inefficace ou superflue. Il ressort une majorité de réponses sur bénéfique (29 sur 40), utile (24/40), puis quelques réponses sur accessoire (6 sur 40), non primordiale (3 sur 40) et un ergothérapeute la déclare superflue. Aucun ergothérapeute ne la perçoit comme inefficace. Le diagramme n°8 ci-dessous représente cette proportion en pourcentage.

27. Comment la percevez-vous dans la prise en soin d'une douleur chronique associée à un trouble mental ?

40 réponses

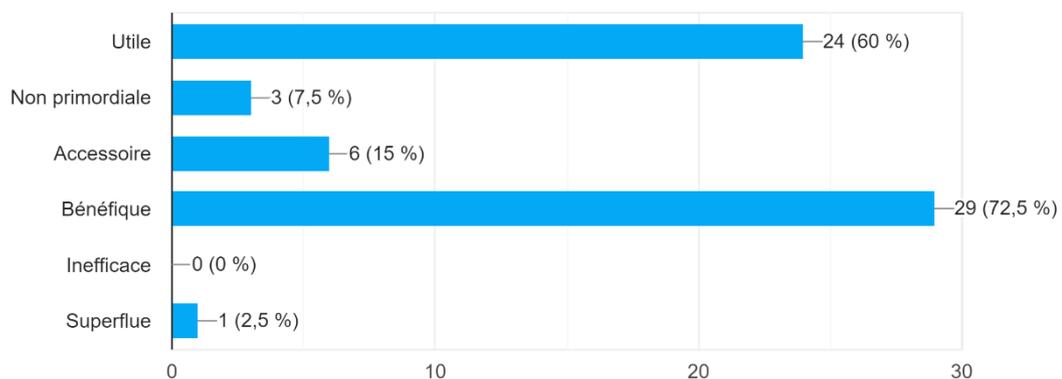


Diagramme n°8 : Perception de la médiation créative et projective dans le cas d'une douleur chronique associée à un trouble mental

9.2 Données croisées des questions

L'ensemble des questions ayant été analysé par le tri à plat, il est nécessaire d'intégrer une variable supplémentaire. Cela permet d'obtenir des statistiques spécifiques à chaque segment de l'échantillon de la population interrogée par le tri croisé.

Il semble intéressant d'analyser la répartition d'expérience par domaine d'activité. Pour cela, les questions n°3 portant sur le domaine d'activité et la n°4 sur le temps d'exercice dans leur domaine ont été croisées. De manière globale, une forte proportion d'ergothérapeutes, que ce soit en santé mentale ou en rééducation, est représentée par une expérience de 0 à 5 ans (60,58 % en santé mentale, 47,05 % en rééducation). Dans le domaine de la santé mentale, un pic représentatif est observé pour les ergothérapeutes ayant une

expérience de plus de 30 ans (5 ergothérapeutes en santé mentale par rapport à 2 en rééducation). Le diagramme n°9 ci-dessous représente la proportion.

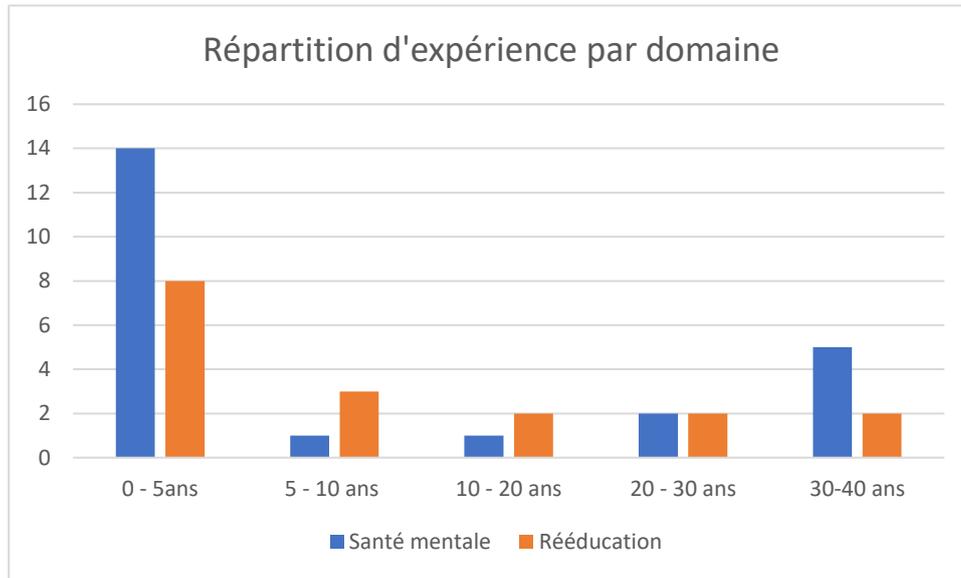


Diagramme n°9 : Répartition du nombre d'années d'expérience selon le domaine

Les questions n°6, n°7 et n°8 portent sur la connaissance des ergothérapeutes sur la comorbidité de la douleur chronique et du trouble mental. La question n°6 demande aux ergothérapeutes si la douleur chronique entraîne de l'anxiété, de la dépression et de la peur, la question n°7 si les troubles mentaux peuvent entraîner une douleur chronique et la question n°8 si la douleur chronique entraîne un trouble mental. La question n°6 occulte volontairement le terme « trouble mental » et le remplace par des termes plus usuels. De manière unanime, les ergothérapeutes quel que soit leur domaine, reconnaissent que la douleur chronique entraîne de l'anxiété, de la dépression ou de la peur (question n°6). A contrario, dès l'inclusion du terme « trouble mental », il y a une proportion d'ergothérapeutes de 29 % en rééducation et 22 % en santé mentale qui infirment cette comorbidité (question n°7). De façon analogue, une proportion de 12 % d'ergothérapeutes en rééducation et 4 % en santé mentale infirment que la douleur chronique entraîne un trouble mental (question n°8). Le diagramme n°10 ci-dessous représente la proportion.

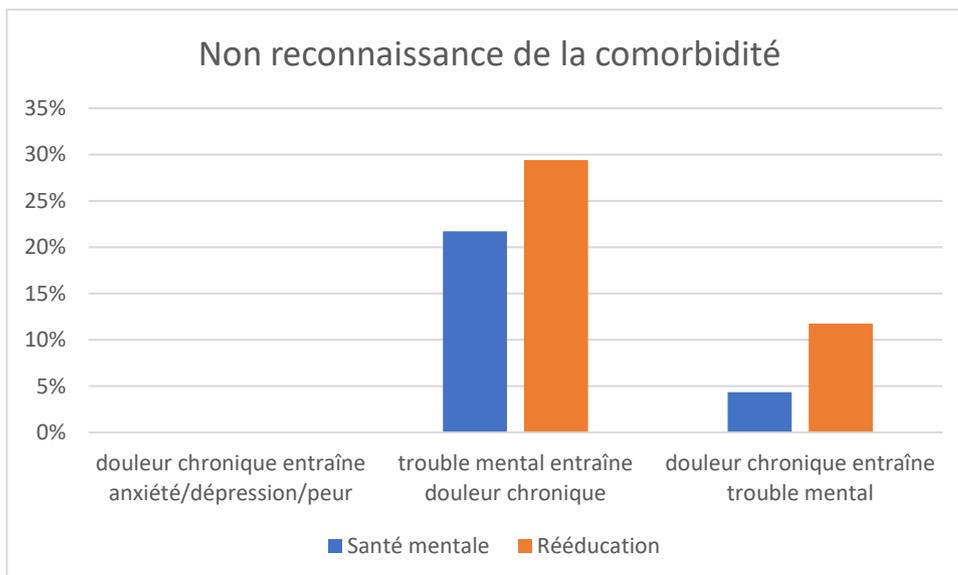


Diagramme n°10 : Non reconnaissance de la comorbidité

La question n°9 aborde le modèle préconisé dans le cadre d'une prise en soin de cette comorbidité (biomédical et biopsychosocial). Il est constaté que malgré le choix binaire, certains ont sélectionné les deux (4,35 % en santé mentale et 17,65 % en rééducation). 2 ergothérapeutes en santé mentale ont sélectionné le modèle biomédical (8,70 %). En croisant avec leur niveau d'expérience, il apparaît qu'ils ont 35 et 38 années d'expérience. Ce modèle était encore très représentatif à cette époque. Aussi, une proportion majoritaire d'ergothérapeutes choisit le modèle biopsychosocial, soit 86,96 % en santé mentale et 82,35 % en rééducation. Le diagramme n°11 et n°12 ci-dessous représente la proportion.

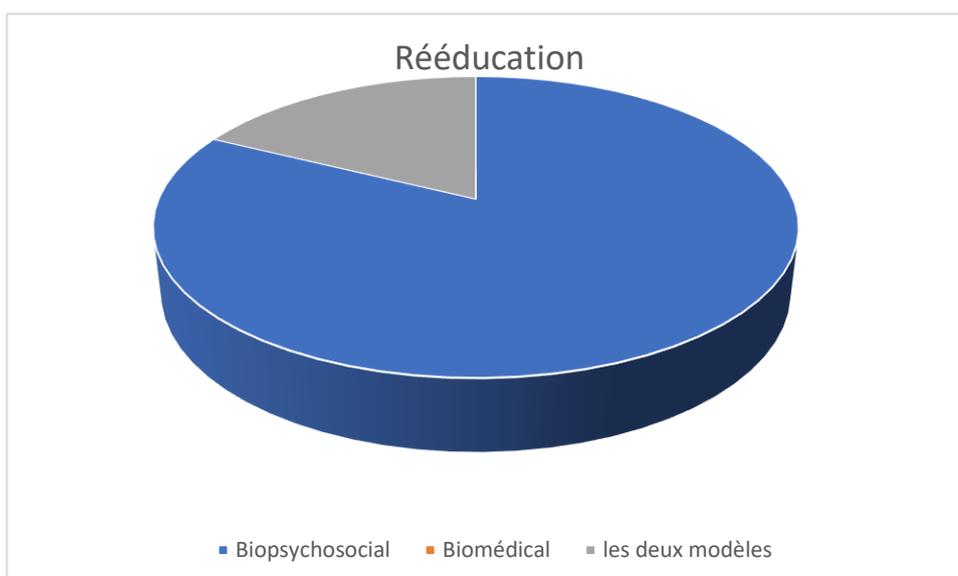


Diagramme n°11 : Modèle reconnu en rééducation pour cette comorbidité

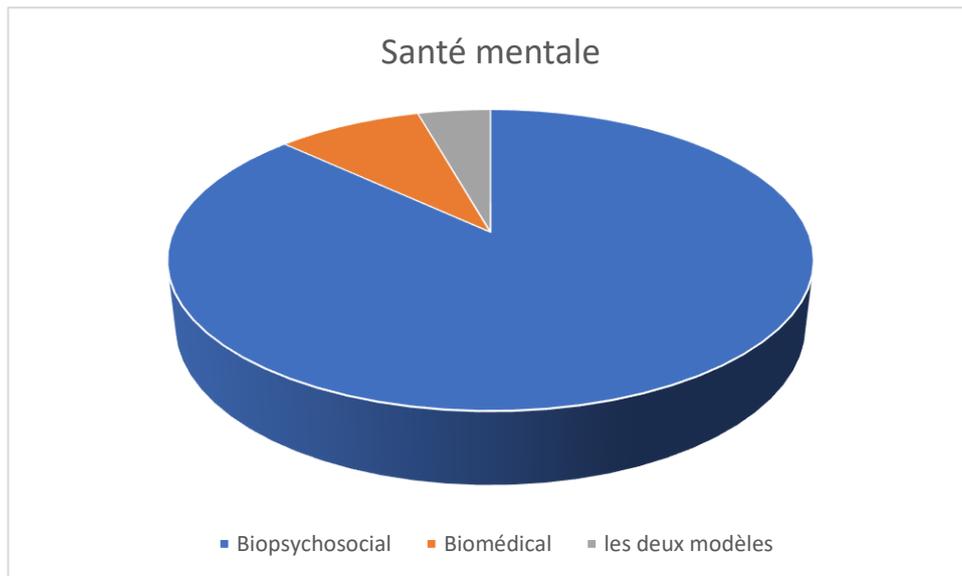


Diagramme n°12 : Modèle reconnu en santé mentale pour cette comorbidité

Pour vérifier la conformité de la question n°9, la question n°10 questionne si on doit traiter séparément le trouble mental et la douleur chronique. Il en découle des non-concordances de réponses puisque la proportion d'ergothérapeutes qui déclarent qu'il faut les traiter séparément est supérieure au nombre qui déclarait le modèle biomédical comme préconisé. Ils sont 8 au total à l'avoir déclaré. Sur ces 8, aucun n'avait sélectionné le modèle biomédical à la question précédente et ceux ayant choisi le modèle biomédical ne choisissent pas de les traiter séparément. La proportion par domaine de non-concordance est de 5 ergothérapeutes en santé mentale contre 3 en rééducation.

La question n°11 porte le même intérêt, à savoir vérifier le cadre théorique sur deux questions distinctes (comparaison avec la question n°9 sur le modèle préconisé en cas de douleur chronique et trouble mental). Ici aussi, une non-concordance des réponses est constatée pour 3 ergothérapeutes, tous dans le domaine de la santé mentale. En effet, ils pensent que le médecin est le seul décideur du traitement qui sera efficace et ont sélectionné le modèle biopsychosocial à la question n°9.

La question n°15 repose sur la connaissance de la transitionnalité. Nous avons pu voir avec le tri à plat que les ergothérapeutes sont 42,5 % à déclarer connaître la transitionnalité (17 sur 40). Sur ces 17 répondants, la majeure partie exerce en santé mentale (15/17) et donc 2 en rééducation. Leur année de diplôme est plutôt hétéroclite.

La question n°16 vérifie l'état de connaissance de cette transitionnalité. Dans le tri à plat, nous avons pu voir que pour la majeure partie d'entre eux, elle représente la médiation

(13 réponses/17 réponses : 11 exerçant en santé mentale et 2 en rééducation). Il y a 35,29 % d'ergothérapeutes en santé mentale dont les réponses ne sont pas en concordance puisqu'ils disent la connaître, mais ne la représentent pas par la médiation. Leur année de diplôme est plutôt hétéroclite.

La question n°17 demande aux ergothérapeutes si la transitionnalité est importante dans la prise en soin de la douleur chronique. Elle s'adresse à l'ensemble des répondants qu'ils aient ou non répondu la connaître à la question n°15. L'ensemble des ergothérapeutes ayant répondu qu'elle n'est pas importante dans la prise en soin de la douleur chronique représente les personnes ayant déclaré ne pas connaître la transitionnalité quel que soit leur domaine d'expérience. Leur avis semble donc en adéquation avec leur état de connaissance. La proportion de répondants, affirmant ne pas connaître la transitionnalité et qu'elle n'est pas importante dans la douleur chronique, exerce en rééducation (70 %).

La question n°18 interroge les ergothérapeutes sur l'importance de la médiation thérapeutique dans la prise en soin de la douleur chronique. On a pu voir dans le tri à plat qu'une majeure partie d'ergothérapeutes la juge importante (38 sur 40). Si on compare avec l'importance de la transitionnalité de la question n°17 (29 sur 40), il ressort une différence notable alors que les notions sont liées. Il apparaît plausible que ce soit lié à la méconnaissance du terme de la transitionnalité par rapport à la connaissance du terme de médiation thérapeutique.

La question n°19 établit qu'une majorité d'ergothérapeutes pense que la médiation créative et projective permet de contourner les mécanismes de défense, a établi qu'une majorité des ergothérapeutes le pense (37/40). 3 ergothérapeutes ne le pensent pas, 1 exerce en rééducation et les autres en santé mentale. En croisant leur réponse avec les questions n°20 et n°22, il apparaît que l'ergothérapeute en rééducation ne puisse valider qu'elle contourne les mécanismes de défense puisqu'il n'en connaît aucun. En revanche, une non-concordance existe pour les deux ergothérapeutes en santé mentale puisqu'ils connaissent et définissent la symbolisation et la sublimation, mais n'approuvent pas que la médiation créative et projective contourne les mécanismes de défense.

La question n°20 demande aux ergothérapeutes s'ils connaissent la symbolisation dans la médiation créative et projective. On a pu voir par le tri à plat qu'ils étaient 21 sur 40 à ne pas la connaître. Sur ces 21, il paraît important de voir si le domaine d'expérience a une incidence sur leur savoir. Le tri croisé permet d'établir les proportions suivantes à l'aide du

diagramme n°13 ci-dessous. Il apparaît que 88,23 % des ergothérapeutes en rééducation ne connaissent pas la symbolisation (15 sur 17 ergothérapeutes). Ce chiffre est réduit à 26,09 % en santé mentale (6 sur 23 ergothérapeutes). Le croisement des données avec l'année de leur diplôme montre une homogénéisation quant à leur méconnaissance de la symbolisation quel que soit le domaine d'expérience. Ceci indique que l'expérience dans le domaine de la santé mentale est donc un facteur prédisposant à son intégration.

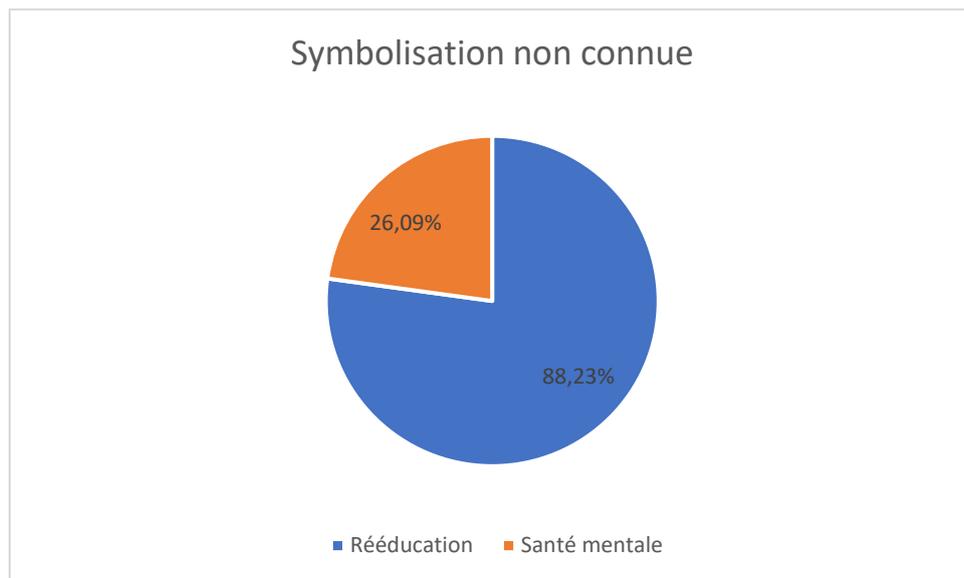


Diagramme n°13 : Méconnaissance de la symbolisation par domaine

La question n°22 demande aux ergothérapeutes s'ils connaissent la sublimation dans la médiation créative et projective. On a pu voir par le tri à plat qu'ils étaient 22 sur 40 à ne pas la connaître. Sur ces 22, il paraît important de voir si le domaine d'expérience a une incidence sur leur savoir. Le tri croisé permet d'établir les proportions suivantes à l'aide du diagramme n°14. Il apparaît que 88,23 % des ergothérapeutes en rééducation ne connaissent pas la symbolisation (15 sur 17 ergothérapeutes). Ce chiffre est réduit à 30,43 % en santé mentale (7 sur 23 ergothérapeutes). Cette proportion est quasi égale à la méconnaissance de la symbolisation. Le même croisement des données a été fait avec leur année d'obtention de diplôme. Il apparaît là aussi que c'est l'expérience dans le domaine de la santé mentale qui est un facteur prédisposant à l'intégration de la symbolisation.

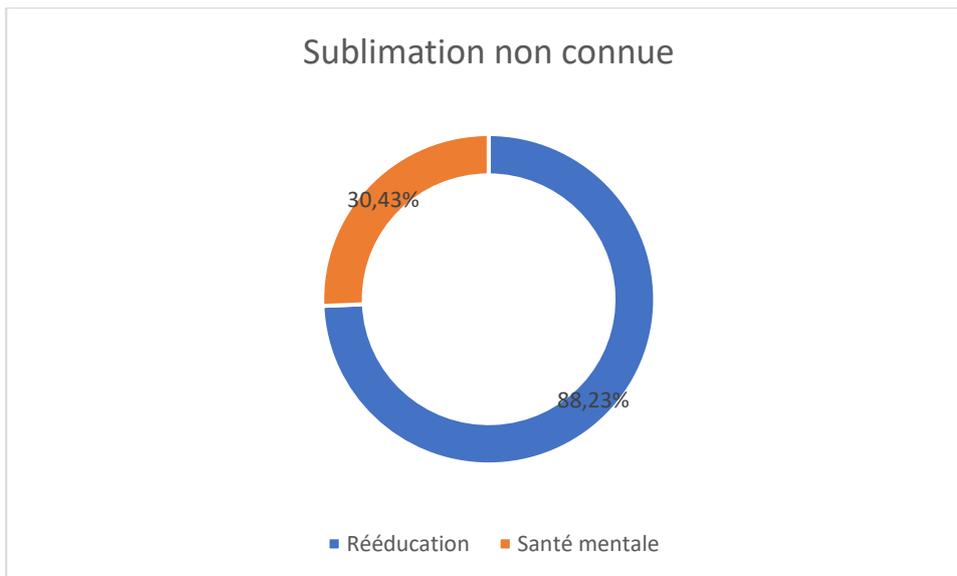


Diagramme n°14 : Méconnaissance de la sublimation par domaine

Les questions n°24, 25 et 26 permettent d’appréhender l’avis des ergothérapeutes sur l’utilisation de la médiation créative et projective dans le cas d’un trouble mental ou d’une douleur chronique ou dans l’association des deux. La proportion des ergothérapeutes validant l’intérêt de son utilisation est plus importante dans le cas d’un trouble mental ou de la présence d’une douleur chronique associée à un trouble mental (39 sur 40 ergothérapeutes). Ce chiffre diminue légèrement quand elle est associée à une douleur chronique unique (36 ergothérapeutes). Les ergothérapeutes ayant répondu qu’elle n’a pas d’intérêt en douleur chronique, avaient déclaré préalablement ne pas connaître les mécanismes de défense et exercent tous dans le domaine de la rééducation, avec une expérience plutôt récente (1 depuis 2017, 1 depuis 2022, 2 depuis 2023).

La question n°27 traite de la perception de la médiation créative en cas de douleur chronique associée à un trouble mental avec un choix multiple. Les réponses présentées sont qu’elle est utile, non primordiale, accessoire, bénéfique, inefficace ou superflue. Les résultats dans le tri à plat ont mis en avant que les ergothérapeutes la perçoivent comme bénéfique (72,5 %), utile (60 %) et qu’aucun ergothérapeute ne la perçoit comme inefficace. La perception par domaine d’expérience semble toutefois intéressante pour en étudier la comparabilité. On peut constater que la proportion d’ergothérapeutes en santé mentale perçoit la médiation créative et projective plus utile (+12,28 %) et bénéfique (+34,02 %) dans une proportion supérieure que les ergothérapeutes en rééducation. La proportion de perception de la médiation créative et projective comme accessoire est nettement supérieure

pour les ergothérapeutes en rééducation (+19,16 %). Le diagramme n°15 et n°16 ci-dessous représentent la proportion.

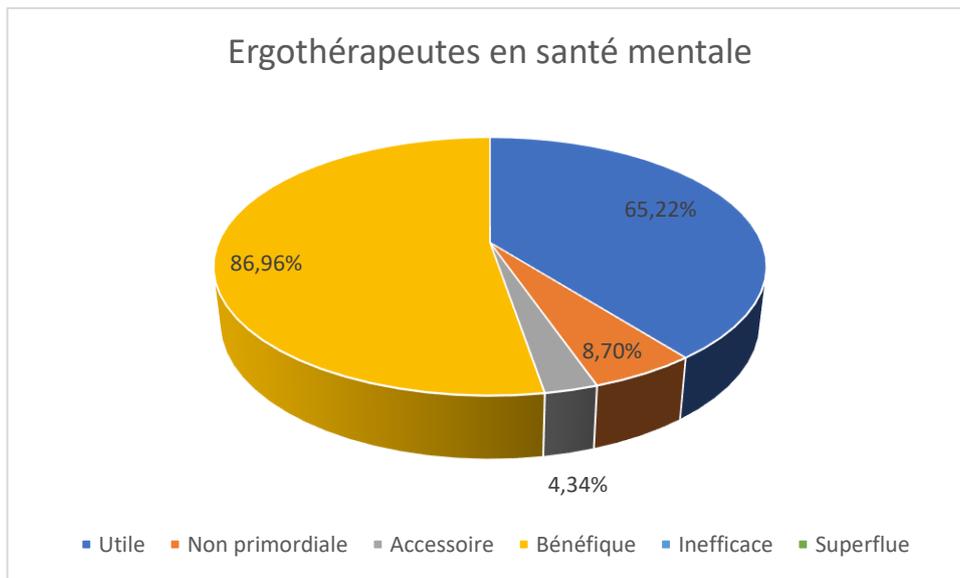


Diagramme n°15 : Répartition de la perception des ergothérapeutes en santé mentale sur la médiation créative et projective en cas de douleur chronique associée à un trouble mental.

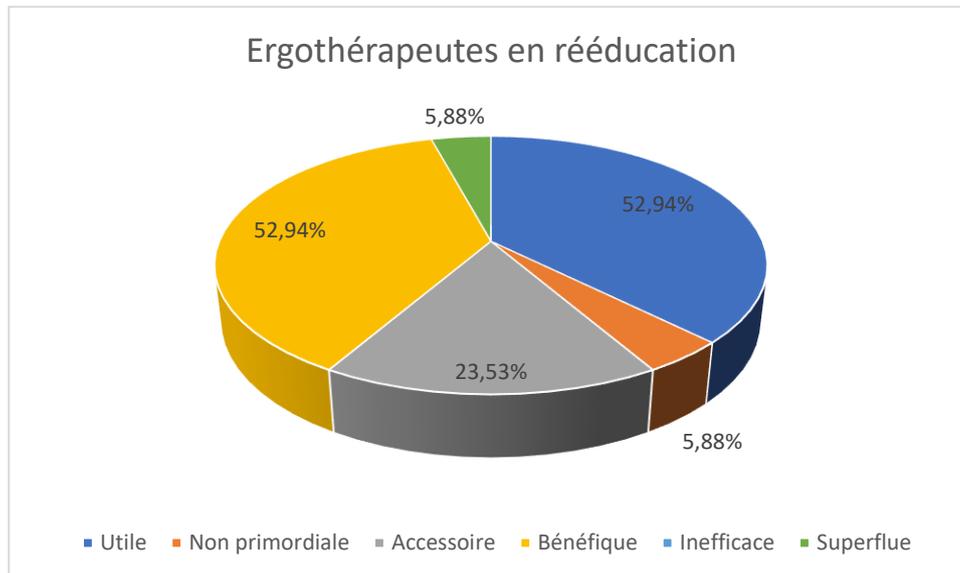


Diagramme n°16 : Répartition de la perception des ergothérapeutes en rééducation sur la médiation créative et projective en cas de douleur chronique associée à un trouble mental.

Les ergothérapeutes déclarant que la médiation créative et projective est superflue ou non-primordiale, soit 8,70 % en santé mentale et 11,76 % en rééducation, avouent ne pas connaître ni la transitionnalité, ni la symbolisation et ni la sublimation.

10. Discussion

La discussion est une interprétation plus approfondie des résultats, elle permet de valider ou non les hypothèses émises, d'évaluer qualitativement le fruit du travail de recherche effectué et amène à une réflexion personnelle et professionnelle.

10.1 Résultats en lien avec la problématique et les hypothèses

L'ensemble de ces résultats va être confronté avec la problématique et les hypothèses de ce travail. Nous rappelons la problématique qui est : **comment l'utilisation de la médiation créative et projective est perçue par les ergothérapeutes pour traiter une douleur chronique associée à un trouble mental en rééducation et en santé mentale ?**

La première hypothèse était : **l'ergothérapeute, quel que soit son domaine d'intervention, reconnaît l'importance de la transitionnalité et donc de la médiation thérapeutique pour améliorer la prise en soin de la douleur chronique.** Cette hypothèse semble confirmée dans sa globalité (97,5 % reconnaissent l'importance de la médiation thérapeutique, 75 % celle de la transitionnalité). On peut donc remarquer que la proportion diffère selon le terme utilisé. Le terme de médiation thérapeutique fait partie de la terminologie consensuelle des ergothérapeutes. La notion de transitionnalité semble plus abstraite, moins usuelle que le terme de médiation thérapeutique. En lien avec la littérature utilisée dans le cadre théorique, il ressort donc que les ergothérapeutes intègrent dans leur savoir-faire et savoir être que l'établissement de la relation thérapeutique pour l'ergothérapeute passe par la relation médiatisée (31).

La seconde hypothèse était : **les notions de sublimation et de symbolisation en lien avec la médiation créative et projective seront abstraites en rééducation.** Elle paraît confirmée dans 88,23 % des cas quelle que soit la notion abordée. Ce pourcentage est très important en comparaison des ergothérapeutes en santé mentale (30,43 % pour la

sublimation, 26,09 % pour la symbolisation). Ainsi, on observe une méconnaissance des ergothérapeutes, majeure dans le domaine de la rééducation (plus de 8/10 ergothérapeutes) et mineure en santé mentale (3/10 ergothérapeutes). Malgré la faible proportion en santé mentale, il est intéressant de ne pas l'omettre.

La troisième hypothèse : **les ergothérapeutes de rééducation ou de santé mentale reconnaissent l'intérêt de la médiation créative et projective dans un contexte de douleur chronique dès lors qu'elle est associée à un trouble mental**. Cette dernière hypothèse est confirmée avec une proportion de 97,5 % d'ergothérapeutes.

10.2. Analyse théorique

10.2.1 Lien entre les résultats et les anciennes données de la littérature

10.2.1.1 Le modèle bio-psycho-social

En lien avec le cadre théorique, « la douleur en santé mentale est abordée par l'utilisation du modèle bio-psycho-social » (WADDEL, 1993). Ce modèle est donc recommandé pour traiter une douleur chronique associée à un trouble mental. La majorité des ergothérapeutes interrogés le déclarent préconisé. Cependant, le croisement des questions montre des anomalies entre leur connaissance et la mise en pratique de ce modèle. Ils sont une majorité à valider ce modèle dans leur rôle propre d'ergothérapeutes puisqu'ils déclarent prendre en compte les facteurs psychosociaux et environnementaux. De plus, le modèle est validé puisqu'ils déclarent que le médecin n'est pas le seul décideur du traitement qui sera efficace en cas d'une douleur chronique associée à un trouble mental. Cependant, une proportion d'ergothérapeutes pense qu'on les traite séparément (9/40 ergothérapeutes). Pour rappel, ce sont des ergothérapeutes qui avaient bien recommandé le modèle biopsychosocial dans la prise en soin d'une douleur chronique associée à un trouble mental. Ainsi, une non-concordance des réponses en lien avec ce modèle est apparue entre la vision globale de l'aspect théorique et la mise en pratique réelle. Ainsi, on peut alors s'interroger si leur expérience professionnelle influe leur mode de pensée sur la mise en pratique du modèle bio-psycho-social ?

10.2.1.2 La comorbidité

La notion de douleur chronique est bien connue et définie par les ergothérapeutes. Ils reconnaissent tous son impact sur les peurs, l'anxiété et la dépression. Néanmoins, la comorbidité entre la douleur chronique et le trouble mental est moins catégorique même si elle reste majoritaire. Les ergothérapeutes confirment l'impact de la douleur chronique sur le trouble mental, mais la proportion d'ergothérapeutes diminue (moins 25 %) sur l'impact du trouble mental sur la douleur chronique. Cette diminution interroge sur la connaissance, la représentation sociale, et donc la prise en soin de cette comorbidité existante par les ergothérapeutes. En référence au cadre théorique, nous avons pu voir de nombreuses études examinant l'impact de l'intervention par l'approche psychodynamique pour la douleur chronique. Il en est sorti une efficacité à court et long terme en comparaison des soins médicaux habituels, mais aussi que cette approche est utilisée pour un vaste champ de troubles mentaux. Ainsi, la non-connaissance ou reconnaissance pour une partie des ergothérapeutes de l'impact d'un trouble mental sur la douleur chronique pourrait remettre en cause leur mise en application d'une approche psychodynamique dans ce cas. En effet, si la coexistence de cette comorbidité dans les deux sens est non reconnue, le traitement thérapeutique choisi pourrait ne pas être simultané et donc exclurait cette approche. Ainsi, on peut se demander pourquoi l'impact du trouble mental sur la douleur chronique est moins reconnu ? Est-ce une non-connaissance liée à un manque de preuves et d'études ? Est-ce lié à la représentation sociale du trouble mental ou un manquement de connaissance de l'étendue du trouble mental ?

10.2.1.3 La médiation thérapeutique et la transitionnalité

Les résultats montrent que l'ergothérapeute valide l'importance de la médiation thérapeutique dans la douleur chronique. Cela confirme les propos de Florence KLEIN en 2014 exposés dans le cadre théorique, à savoir que « Quel que soit l'angle et les fondements théoriques, les médiations sont au cœur des approches thérapeutiques des ergothérapeutes » (1). Cependant, la proportion d'ergothérapeutes validant son importance diminue quand la médiation thérapeutique est abordée par la transitionnalité (moins 25 % d'ergothérapeutes). Cette diminution tend à s'expliquer par une méconnaissance de ce qu'est la transitionnalité

puisqu'ils ne sont que 11 sur 40 ergothérapeutes à savoir la définir. Dans le cadre théorique, nous avons décrit le schéma de présentation de ce qu'est la transitionnalité de Donal Woods WINNICOTT par trois espaces : l'espace interne, externe et intermédiaire. Dans ce dernier, il représente le lieu d'expérience d'une réalité intérieure et d'une vie extérieure simultanées, soit l'objet transitionnel tant recherché dans les médiations et les activités. Nous avons pu aussi voir la principale distinction entre une activité et une médiation grâce à l'article de Muriel LAUNOIS. Elle les distinguait par l'orientation que nous pouvons leur donner, à savoir si elle est un objectif à atteindre (activité) ou un moyen d'expression de soi-même (médiation). Il aurait peut-être été opportun de questionner les ergothérapeutes sur ce que représente pour eux une activité et une médiation. En effet, si cette distinction n'est pas établie, il apparaît possible que la médiation ne soit pas reconnue comme un moyen d'expression et peut justifier que la transitionnalité soit moins connue et reconnue. Aussi, puisque la transitionnalité et la médiation représentent le même espace intermédiaire, on peut se demander pourquoi les ergothérapeutes se reconnaissent dans l'un et moins dans l'autre.

10.2.1.4 La médiation créative et projective

En ce qui concerne la médiation créative et projective, nous avons pu voir qu'elle permet une élaboration psychique, elle est une prise de conscience et une compréhension du sens de ce qui se passe en intrapsychique. Ainsi, elle met en jeu des mécanismes de défense. Les ergothérapeutes questionnés ont confirmé majoritairement qu'elle permettait de les contourner (37/40), cependant quand les différents mécanismes de défense impliqués sont indiqués, par la symbolisation et la sublimation, une méconnaissance apparaît majoritairement. Seuls deux ergothérapeutes définissent de façon complète la symbolisation et trois la sublimation. Ces notions avaient été recherchées et explicitées dans le cadre théorique.

Enfin, nous avons pu voir que la médiation créative et projective est un moyen d'expression non-verbal des conflits et des souvenirs douloureux qui permet un changement interne. Elle est indiquée en cas de trouble mental. De plus, elle présente un intérêt en cas de douleur puisque celle-ci peut agir comme une enveloppe substitutive et donc en limiter l'expression verbale. Nous avons pu voir que la médiation créative et projective est peu explorée dans les articles scientifiques, de surcroît, l'ergothérapeute y est peu cité. Aussi, il

semblait important de questionner l'intérêt de cette dernière sur le trouble mental, sur la douleur chronique et sur l'association des deux. Les résultats montrent une légère diminution de son intérêt sur l'unique douleur chronique (moins 7,69 %). Lorsque les ergothérapeutes sont interrogés sur leur perception de la médiation créative et projective, dans le cadre d'une douleur chronique associée à un trouble mental, avec une proposition de termes qualificatifs positifs et négatifs. Les termes qui ressortent sont bénéfiques (72,5 %) et (60 %) utiles.

10.2.2 Lien entre les résultats et les nouvelles données de la littérature

Les résultats obtenus lors du questionnaire m'amènent à étendre mes recherches avec de nouvelles données de la littérature concernant certaines notions qui ont été incomplètes ou omises.

10.2.2.1 La notion de transitionnalité

Concernant ma première hypothèse, la première notion importante à aborder est l'approche de la transitionnalité par les ergothérapeutes. On avait pu constater une moindre connaissance de ce terme par rapport à la médiation thérapeutique. Ce mot « transitionnalité » a été créé par Donald Woods WINNICOTT, il n'existe pas dans le dictionnaire et ne fait donc pas partie du langage courant. C'est un dérivé du mot « transition ». Ceci peut être une bride d'explication justifiant sa non-imprégnation et intégration dans le langage usuel des ergothérapeutes. Pour l'essentiel, il est utilisé en psychologie. La notion de transitionnalité recouvre la capacité de l'enfant à reconnaître un objet non-moi, à le placer au-dehors, au-dedans ou à la limite du dehors et du dedans. Isabelle PIBAROT, ergothérapeute et psychanalyste, déclare que « les phénomènes de transitionnalité s'actualisent dans tous les mouvements des relations humaines » (24). Muriel LAUNOIS précise que « tous les ergothérapeutes travaillent un espace intermédiaire et utilisent, en le sachant ou non, cette notion de transitionnalité. » (45).

L'atelier d'ergothérapie est l'espace intermédiaire, cet espace transitionnel qui sépare et relie l'espace intérieur et la réalité extérieure du sujet. Il est porté par un cadre spatial et temporel, il nécessite qu'il soit sécurisé, contenant et confidentiel. Il offre un lieu d'expérimentation, où le déroulement des processus thérapeutiques est possible. Selon les

qualités de cet espace, le patient aura la possibilité de retrouver un espace intermédiaire personnel plus efficace.

Cet espace transitionnel implique le professionnel tout autant que le patient puisqu'il conduit, guide, porte et soutient par son accompagnement thérapeutique. Sans cela, aucun changement réel ne serait envisageable. Le processus de travail psychique est rendu possible grâce à la relation à l'autre comme objet transférentiel (33). Ainsi, sont mis en jeu des mécanismes de transfert et contre-transfert dans la relation. Sigmund FREUD a déclaré que l'une des conditions de la « guérison » est le transfert. Le contre-transfert représente pour lui, « l'ensemble des réactions de l'analyste au transfert de son patient, y compris les sentiments projetés en lui par celui-ci ». Ainsi, transfert et contre-transfert ne vont pas l'un sans l'autre et induisent une résonance passée, inconsciente chez les deux, thérapeute et patient. Difficile à manier ou à contrôler, il peut devenir un obstacle s'il n'est pas clairement reconnu et géré (46). On peut alors se demander si la formation des ergothérapeutes prépare de façon complète ces notions de psychologie, notamment l'expérience de la transitionnalité dans la relation thérapeutique.

10.2.2.2 Les mécanismes de défense impliqués

Nous avons pu voir que les ergothérapeutes reconnaissent que la médiation créative et projective induit des mécanismes de défense, mais qu'ils ne les connaissent pas. Il apparaît donc important dans le cadre de ma recherche de préciser ce qu'est un mécanisme de défense et comment il peut être représenté. Tout d'abord, il est un processus mental automatique (en-dehors du contrôle de la volonté) et inconscient. Le nombre de mécanismes de défense est très varié selon les auteurs et diverses classifications existent. Une des classifications les plus reconnues est présentée par niveau selon l'échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV.

Il y a 7 niveaux qui sont : le niveau adaptatif élevé représentant les défenses matures, le niveau des inhibitions mentales représentant les défenses intermédiaires névrotiques et les niveaux immatures avec les niveaux de distorsion mineure et majeure de l'image de soi et des autres, le niveau du désaveu, le niveau de l'agir et le niveau de la dysrégulation défensive. À titre d'exemple, pour un des mécanismes cités dans ce mémoire, la sublimation est classée au niveau adaptatif élevé (47). Au même titre que la transitionnalité, ces notions appartiennent

à la psychologie et à la psychanalyse. Les mécanismes de défense sont bien abordés dans le programme de formation des ergothérapeutes au sein de l'unité d'enseignement 1.3 Psychologie/Psychologie et santé au semestre 1. Cependant, le contenu de cette unité d'enseignement est vaste : grands courants de la psychologie et concept de base, cycle de la vie, psychologie et santé. L'ensemble correspond à seulement 40 heures de cours magistraux, 21 heures de travaux dirigés et 20 heures de temps personnel (26). Il est donc cohérent que les ergothérapeutes ne puissent avoir qu'une vision superficielle de ces notions. Toutefois, une étude parue dans la revue ergOTHérapies menée sur 135 ergothérapeutes en santé mentale, montre qu'ils sont 83,5% à utiliser les médiations expressives dans leur pratique, ce qui prouve qu'il y a tout intérêt à développer ses notions dans la formation (48).

10.2.2.3 La comorbidité

Dans les liens entre les résultats et les anciennes données de la littérature, j'avais émis un questionnaire sur la non-connaissance ou reconnaissance de la comorbidité entre douleur chronique et trouble mental. Deux questionnements étaient donc apparus : y a-t-il un manque de preuves et d'études prouvant cette comorbidité ? Ou est-ce lié à la représentation sociale du trouble mental ou un manquement de connaissance de l'étendue du trouble mental?

Le terme de trouble mental explicité par une définition et des exemples dans la partie introductive du questionnaire donnait la possibilité aux ergothérapeutes de s'y référer. Ainsi, on peut tenter d'écartier le manquement de connaissance sur l'étendue du trouble mental puisqu'il était présenté en amont du questionnaire.

Pour ce qui est du manque de preuve et d'étude de cette comorbidité, aucune nouvelle étude n'a été effectuée depuis 2016 et cible systématiquement la douleur chronique avec un seul type de trouble mental, notamment par exemple, la dépression, l'anxiété, la consommation de stupéfiants... Cependant, une étude de 2016 non citée dans mon cadre théorique semble importante à aborder concernant cette comorbidité entre douleur chronique et trouble mental. Elle indique que cette relation bidirectionnelle est due en partie à des mécanismes neuronaux partagés par l'observation d'étude d'imagerie fonctionnelle (48). Cette étude montre que des zones cérébrales se chevauchent entre douleur chronique et trouble mental. A titre d'exemple, l'imagerie fonctionnelle prouve que la douleur chronique

(douleurs abdominales et lombaires) altère de façon associative les régions du cerveau responsables du traitement des stimuli émotionnels (cortex cingulaire antérieur et cortex pré frontal). Inversement, pour les personnes souffrant de dépression, le traitement émotionnel dans l'insula se déplace vers une région insulaire associée au traitement des stimuli de la douleur chez des individus sains. D'autres imageries fonctionnelles sont abordées dans cet article concernant l'anxiété, la consommation d'opioïde, les violences et abus sexuels et le trouble de la personnalité. En tout état de cause, l'imagerie fonctionnelle est primordiale et ouvre la possibilité à de nouvelles recherches et de pratiques cliniques concernant l'association de la douleur chronique et du trouble mental.

Pour ce qui est de la représentation sociale du trouble mental, la stigmatisation est le phénomène le plus caractérisé pour cette population. La stigmatisation est définie par la discrimination d'une partie de la population par un groupe dominant. Différents motifs peuvent la motiver au-delà du trouble mental comme par exemple l'origine ethnique, l'orientation sexuelle... Les personnes-cibles dépendent du contexte et des époques. Les personnes souffrant de troubles mentaux ont été décriées comme « paresseuses », « nuisibles », « dangereuses » et ont été source de stigmatisation dans toute l'histoire de nos sociétés. Elles ont été assignées comme esprits du mal et brûlées comme les sorcières au Moyen Age ou exterminées comme lors de l'époque de l'Allemagne nazie. Pendant la première moitié du XXe siècle, la société les a écartées et privées de droit durant la période asilaire. Aujourd'hui encore, bien que la situation se soit globalement améliorée, souffrir d'un trouble mental constitue un obstacle important pour obtenir ou garder un emploi ou obtenir des soins adéquats (49). Cette stigmatisation a un fort impact sur le quotidien des personnes touchées, un fardeau à porter en plus des symptômes des pathologies (50). Elle ne se limite pas aux personnes souffrants de trouble mental, mais touche également les proches et les soignants. Elle entraîne des idées préconçues telles qu'une notion de chronicité sans perspective de rétablissement, une perception de dangerosité, une incapacité sociale ou de responsabilité... Ainsi, sensibiliser les ergothérapeutes aux stigmates des troubles mentaux est en un enjeu de taille pour améliorer la collaboration et la prise en soin de ces personnes.

10.3. Analyse réflexive

Prendre du recul sur son travail est une composante essentielle dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. C'est un peu comme agir et s'observer faire de façon critique pour en tirer des enseignements.

10.3.1 Recul sur la thématique, la question de recherche, et les hypothèses

Tout d'abord, ce mémoire a demandé un échelonnement progressif dans sa construction. Dès le départ, la thématique choisie a été une évidence personnelle et professionnelle. Mes observations en stage ont éveillé en moi des questionnements sur le lien entre la douleur chronique et le trouble mental.

Il en a découlé un questionnement professionnel sur ce que l'ergothérapie peut apporter dans cette association. L'abord de l'ergothérapeute par la médiation thérapeutique est apparu de façon naturelle par mes recherches successives. La construction de ma question de recherche a été difficile à élaborer tant ma thématique est large. En effet, j'ai choisi de ne pas cibler un type de douleur chronique et/ou un type de trouble mental, mais plutôt un type de médiation, celle permettant l'expression et le travail sur soi pour un changement interne. Il m'a semblé important de garder une vision holistique de la douleur chronique et du trouble mental afin de ne pas cloisonner cette approche à un unique trouble. La population ciblée (ergothérapeute en rééducation et en santé mentale) a été induite par mes observations de stage en rééducation et en santé mentale puisque les ergothérapeutes peuvent prendre en soin des patients ayant cette comorbidité. Il n'a jamais été question de prouver que les ergothérapeutes en santé mentale sont plus indiqués dans ce type de prise en soin, mais bien que cette approche par la médiation créative et projective a un intérêt primordial et pourrait être appliquée aux deux domaines. Ce mémoire est un état des lieux de la perception des ergothérapeutes de cette approche dans la prise en soin de cette comorbidité qui est présente en rééducation et en santé mentale.

Ma plus grande difficulté a été d'aborder des notions de psychologie et de psychanalyse découlant de la spécificité de cette médiation et m'a demandé un travail considérable de recherche et des appuis d'ergothérapeutes pratiquant ce type de médiation. Les hypothèses ont été construites en lien avec ces notions. Elles ont subi de nombreuses transformations au cours de ma recherche. Elles ont été confirmées, mais prouvent aussi les

limites de connaissances théoriques de l'ergothérapeute dans le domaine de la psychologie et de la psychanalyse lui permettant d'exploiter au mieux la médiation créative et projective.

10.3.2 Recul sur la méthodologie de recherche

La méthodologie de recherche a été de façon globale limpide, des pauses ont été nécessaires afin de recentrer ma réflexion, mais sa construction a été cadrée par différentes étapes et a découlé de ma question de recherche. Ainsi, la méthode qualitative a été une évidence pour moi, du fait du manque de preuves. La construction et l'utilisation du questionnaire me demandent toutefois de clarifier qu'elles en ont été ses limites et ses avantages.

10.3.2.1 Limites

Chaque question du questionnaire a été créée en veillant à ce que tous les aspects théoriques de ce mémoire soient abordés. Cette construction méthodique permet de valider la pertinence et la fiabilité de cette recherche. Un choix crucial s'est imposé à moi sur le type de question. J'ai construit mon questionnaire avec des questions fermées qui ont l'avantage de concentrer l'attention des répondants sur les dimensions de ce mémoire et ainsi obtenir des données spécifiques et mesurables. Nonobstant, mon sujet de mémoire porte sur la perception des ergothérapeutes sur l'utilisation d'un type de médiation dans un contexte particulier, le choix d'utiliser uniquement des questions fermées peut donc en être contesté puisqu'elles réduisent l'apport unique et personnel de la réponse. En effet, l'utilisation de quelques questions ouvertes aurait fourni des informations plus riches et détaillées, empreintes de pensées, de sentiments ou d'expériences. Cela aurait amené les motivations qui sous-tendent l'opinion et la réflexion personnelle sur chaque question (51). J'aurais donc pu utiliser quelques questions ouvertes, notamment sur la question n°27 qui demandait comment ils percevaient la médiation créative et projective dans la prise en soin d'une douleur chronique associée à un trouble mental au lieu de leur suggérer une liste d'adjectifs positifs et négatifs. Cela aurait permis aux ergothérapeutes interrogés de pouvoir exprimer leur avis avec leur propre langage, mais aurait été plus difficilement analysable.

Si de nouveau, j'étais amenée à effectuer un travail de recherche, le questionnaire me pousserait à consacrer un travail plus conséquent en matière de réflexion et de construction

en amont. En effet, le délai imposé dans le cadre de ce travail m'a poussé à ne pas effectuer de pré-test, mais de faire valider mes questions par mon maître de mémoire. Par ailleurs, je savais qu'il serait coûteux de récolter un nombre suffisant de réponses à mon questionnaire et que les relances impacteraient le délai de réception. C'est un choix qui s'est imposé dans une balance des bénéfices et des risques. De surcroît, il est nécessaire de connaître et de maîtriser l'outil choisi. La réalisation d'un questionnaire via Google Form est simplifiée, mais admet un certain nombre de paramètres que je n'ai pas su régler en totalité : les questions binaires auraient dû être paramétrées en limite d'un choix unique. Une minorité d'ergothérapeutes a répondu oui et non à la fois sur ce type de question. Google Form offre la possibilité de choisir le type de question : « choix multiple », « liste déroulante » ou « cases à cocher ». Aucune option de paramétrage sur les réponses « cases à cocher » m'est apparue, et cette limite s'est présentée en post-réception des réponses des ergothérapeutes. Ainsi, il aurait été important de mieux connaître l'outil en amont ou de spécifier dans la question qu'un choix unique était demandé ou de réaliser un certain nombre de pré-tests. Ce non-paramétrage a engendré la possibilité à certains ergothérapeutes de ne pas donner complètement leur avis puisqu'ils ne tranchent pas entre oui et non, ou alors, à nuancer leur réponse comme un « ça dépend ». Cela impacte la valeur de leurs réponses.

10.3.2.2 Avantages

Le questionnaire a eu pour avantage d'avoir un nombre supérieur de répondants par rapport à l'entretien. J'ai obtenu un total de 45 répondants dont 5 ne répondaient pas aux critères d'éligibilité. Plusieurs raisons peuvent être énoncées à ce phénomène. Le questionnaire est administré de manière anonyme et à distance. Ainsi, même si l'élaboration nécessite du temps, la maîtrise de l'outil et du sujet abordé, il est peu coûteux et permet de récolter un grand nombre de réponses. Pour le répondant, l'anonymat a une influence importante sur la confiance et la sincérité qu'il prête à l'enquête, cela favorise son engagement et sa participation. Il n'a aucune pression sociale et sa vie privée est protégée. Le questionnaire lui permet aussi de prendre le temps pour formuler la réponse à l'opposé de l'entretien.

Ainsi, le questionnaire donne statistiquement des résultats plus probants et quantifiables. C'est un élément important dans le cadre de ma recherche et de mon choix

d'outils, puisque peu d'études traitent de ce sujet. Aussi, le questionnaire offre une meilleure uniformité des réponses qui me permet d'établir des données statistiques mesurables.

10.4. Intérêts professionnels et personnels

Par ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai pu prendre conscience de l'importance de la comorbidité de la douleur chronique et du trouble mental. Etant destinée à exercer mes débuts en santé mentale, je porterai une attention particulière à la douleur chronique et veillerai à ne pas cloisonner la symptomatologie physique de la douleur chronique et la symptomatologie psychique du trouble mental, mais bien de les prendre en soin simultanément. Ce mémoire m'a permis d'approfondir mes connaissances en matière de médiation créative et projective, que ce soit dans les processus qu'elle engendre ou dans les médiums qui peuvent être utilisés. Je pourrai ainsi transférer ces acquis dans mon exercice professionnel futur.

Tout au long de cette étude, outre le développement de compétences rédactionnelles, j'ai acquis une certaine habileté d'analyse et su baser mes apports théoriques sur des études scientifiques fiables malgré leur moindre nombre.

Cette initiation à la recherche met en avant l'intérêt en ergothérapie de cette approche par la médiation créative et projective dans l'association d'une douleur chronique et d'un trouble mental. Même si les ergothérapeutes ne sont pas les experts du savoir des mécanismes engendrés par la médiation créative et projective, celle-ci reste néanmoins fortement utilisée par les ergothérapeutes en santé mentale. Cette zone d'expérience et de créativité est le lieu d'exercice de l'ergothérapeute. Il se « situe là, en ce temps et ce lieu subtils, où se fait et s'élabore la représentation de soi, de l'autre et des choses » (24).

Cette étude aura aussi pour but de sensibiliser les ergothérapeutes de tout domaine à cette problématique de comorbidité et au bénéfice que peut apporter l'ergothérapeute sur le traitement non médicamenteux et simultané de la douleur chronique et du trouble mental.

10.5. Perspectives

La médiation créative et projective montre un intérêt dans la prise en soin de cette comorbidité. Cette enquête exploratoire montre la perception des ergothérapeutes de rééducation et de santé mentale sur son utilité. Pour une bonne pratique professionnelle, un approfondissement des mécanismes de défense est nécessaire pour les ergothérapeutes. Il pourrait être judicieux de développer le nombre d'heures en formation initiale sur ces notions afin que tout ergothérapeute quel que soit son domaine d'expérience puisse comprendre ce qui est en jeu dans les médiations thérapeutiques qu'il utilise. L'ANFE propose une formation continue sur les méthodes créatives dans le processus d'évaluation et d'intervention en ergothérapie. Son accessibilité pour les futurs ergothérapeutes permettrait de développer la maîtrise et par conséquent la pratique de la médiation créative et projective.

D'autres études scientifiques quantitatives et qualitatives doivent aussi être menées pour une meilleure reconnaissance professionnelle de l'ergothérapeute à travers cette médiation thérapeutique spécifique.

Au-delà de la médiation créative et projective, le questionnaire a mis en évidence une certaine stigmatisation du trouble mental. Il est nécessaire que les futurs ergothérapeutes soient sensibilisés aux stigmates des troubles mentaux pour une meilleure pratique. La formation initiale sera intéressante pour étendre au mieux la prise de conscience puisqu'elle touche un nombre certain de futurs ergothérapeutes, mais elle pourrait être développée en interne dans chaque structure de soin et englober l'ensemble des professionnels de santé. La XV^e journée nationale de l'ergothérapie sur le thème de la santé mentale peut être l'occasion de déstigmatiser les troubles mentaux et d'étendre l'utilisation de la médiation créative et projective.

Un autre axe de travail serait prometteur pour le domaine de la santé mentale, domaine où la proportion de douleur chronique est très étendue et où aucune échelle spécifique existe : l'élaboration d'une échelle d'évaluation de la douleur chronique spécifique à la santé mentale. Elle améliorerait la qualité de soins de cette comorbidité et assurerait une prise en soin adaptée et individuelle.

Conclusion

Cette initiation à la recherche a pour objectif d'étudier la perception des ergothérapeutes sur l'utilisation de la médiation créative et projective dans un contexte de douleur chronique associée à un trouble mental. Le cadre théorique m'a permis de définir et de développer les différents concepts liés à chaque notion et de m'emmener à ma question de recherche. La méthode qualitative a été choisie pour y répondre par un questionnaire commun pour les ergothérapeutes dans le domaine de la rééducation et de la santé mentale afin d'évaluer leur représentation et opinion sur l'utilisation d'une médiation spécifique dans un contexte de comorbidité entre douleur chronique et trouble mental.

Ce mémoire met en avant la complexité dans la prise en soin de la douleur chronique qui reste l'une des principales sources de souffrance et d'invalidité chez l'homme (3). Elle est d'autant plus difficile à traiter par son syndrome psychologique et psychiatrique. Associée à un trouble mental, qu'il soit antérieur ou à postériori, le traitement non-médicamenteux par l'approche psycho-dynamique se révèle essentiel. La médiation créative et projective devient un enjeu de taille pour les ergothérapeutes qui, de par leur vision holistique, peuvent mettre à profit leurs compétences en médiation thérapeutique comme moyen d'expression, tout en visant l'objectif secondaire de l'occupation humaine.

En santé mentale, on parle de rétablissement et peu de guérison, parce que la personne a besoin de soins et/ou de traitement à vie. Son rétablissement lui est propre, c'est elle qui se définit rétablie et non un professionnel. Donald W WINNICOTT a écrit dans son ouvrage *Jeu et réalité* en 1975 : « Le principe est le suivant : c'est le patient, et le patient seul qui détient les réponses. Nous pouvons ou non le rendre capable de cerner ce qui est connu ou d'en devenir conscient en l'acceptant » (29).

Bibliographie

- (1) Florence K, Bagnères C, Oury J. Être ergothérapeute en psychiatrie : Narrations cliniques pour une poétique du soin. Toulouse : Éditions Érès; 2014. 420 p.
- (2) Inserm [En ligne]. Douleur · Inserm, La science pour la santé ; 5 juin 2017 [cité le 25 sep 2023]. Disponible : <https://www.inserm.fr/dossier/douleur/#:~:text=Près%20de%2030%%20de%20la%20population%20victime%20de,cas,%20les%20douleurs%20sont%20d'intensité%20modérée%20à%20sévère.>
- (3) Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Korwisi B, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JW, Wang SJ. Chronic pain as a symptom or a disease. PAIN [En ligne]. Jan 2019 [cité le 25 sep 2023];160(1):19-27. Disponible : <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- (4) SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur [En ligne]. Plans douleur - SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur ; [cité le 25 sep 2023]. Disponible : <https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur/>.
- (5) Un nouveau parcours de santé pour la personne présentant une douleur chronique [En ligne]. 14 fév 2023 [cité le 25 sep 2023]. Disponible : https://has-sante.fr/jcms/p_3412606/fr/un-nouveau-parcours-de-sante-pour-la-personne-presentant-une-douleur-chronique
- (6) Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry [En ligne]. Fév 2022 [cité le 26 sep 2023];9(2):137-50. Disponible : [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00395-3)
- (7) Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. Santé mentale et psychiatrie - Synthèse du bilan de la feuille de route ; 3 mars 2023 [cité le 21 nov 2023]. Disponible : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale_et_psychiatrie_-

_3_mars_2023.pdf#:~:text=La%20maladie%20mentale%20et%20les%20troubles,13%20millions%20de%20Français%20(données%20OMS).&text=La%20maladie%20mentale%20et,de%20Français%20(données%20OMS).&text=mentale%20et%20les%20troubles,13%20millions%20de%20Français

(8) Haute Autorité de Santé [En ligne]. Programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS ; 31 jan 2022 [cité le 26 sep 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has

(9) Goesling J, Lin LA, Clauw DJ. Psychiatry and pain management : at the intersection of chronic pain and mental health. *Curr Psychiatry Rep* [En ligne]. Fév 2018 [cité le 26 sep 2023];20(2). Disponible : <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0872-4>

(10) Douleur soins palliatifs et accompagnement. 2e éd. PARIS : Editions MED-LINE ; 2016. 389

(11) Hill W. The role of occupational therapy in pain management. *Anaesth Amp Intensive Care Med* [En ligne]. Sep 2016 [cité le 26 sep 2023];17(9):451-3. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.06.008>

(12) Saravane D. Les algies en psychiatrie. *Linformation Psychiatr* [En ligne]. 1 avril 2009 [cité le 26 nov 2023];Volume 85(4):341-5. Disponible : <https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0476>

(13) Accueil - SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur [En ligne]. La douleur en question ; 2018 [cité le 26 sep 2023]. Disponible : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/livret-la_douleur- final-2018.pdf

(14) Naylor B, Boag S, Gustin SM. New evidence for a pain personality ? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scand J Pain* [En ligne]. 1 oct 2017 [cité le 26 sep 2023];17(1):58-67. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.07.011>

(15) Hylands-White N, Duarte RV, Raphael JH. An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatol Int* [En ligne]. 23 avril 2016 [cité le 26 sep 2023];37(1):29-42. Disponible : <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3481-8>

- (16) Inserm [En ligne]. À garder en tête - C'est quoi la santé mentale ? · Inserm, La science pour la santé ; 5 mars 2021 [cité le 26 sep 2023]. Disponible : <https://www.inserm.fr/c-est-quoi/garder-en-tete-c-est-quoi-sante-mentale/>.
- (17) World Health Organization (WHO) [En ligne]. Troubles mentaux ; 8 juin 2022 [cité le 29 fév 2024]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- (18) Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* [En ligne]. Fév 2016 [cité le 26 sep 2023];3(2):171-8. Disponible : [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- (19) Chevance A. En finir avec les fausses idées sur la psychiatrie et la santé mentale. Ivry-sur-Seine : Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières ; 2022. 282 p.
- (20) Accueil | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Les patients suivis en psychiatrie ; 1 juil 2021 [cité le 26 sep 2023]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2015%20-%20Les%20patients%20suivis%20en%20psychiatrie.pdf>
- (21) Jimenez XF. Parallel Pains and Dynamic Dilemmas : Psychodynamic Considerations in Approaching and Managing Chronic Physical Pain. *Psychodyn Psychiatry* [En ligne]. Juin 2019 [cité le 15 déc 2023];47(2):167-82. Disponible : <https://doi.org/10.1521/pdps.2019.47.2.167>
- (22) ergopsy, processus thérapeutiques en ergothérapie, en psychiatrie et addictologie [En ligne]. Concepts psycho-dynamiques Intéret d'un tel modèle Intéret d'un modèle psycho-dynamique ; [cité le 26 nov 2023]. Disponible : <http://ergopsy.com/interet-d-un-modele-psycho-dynamique-a755.html>
- (23) Morel-Bracq MC Offenstein E, Quevillon E. L'activité humaine- un potentiel pour la santé ? LOUVAIN-LA-NEUVE : De Boeck Supérieur SA ; 2015. 342 p
- (24) PIBAROT I. Une ergologie, des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine. Paris : De Boeck Supérieur ; 2013. 187 p.

- (25) [En ligne]. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute - LégiFrance. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000022447668/>
- (26) ANFE [En ligne]. Ergothérapie en santé mentale : Enjeux et Perspectives ; déc 2020. Disponible : [Ergotherapie-en-sante-mentale_Enjeux-et-perspectives-1.pdf](#) (anfe.fr)
- (27) Beaulieu P. La douleur en mouvement [En ligne]. 2013. Disponible : <https://doi.org/10.4000/books.pum.7145>
- (28) Hesselstrand M, Samuelsson K, Liedberg G. Occupational Therapy Interventions in Chronic Pain - A Systematic Review. *Occup Ther Int* [En ligne]. 15 juin 2015 [cité le 15 mai 2023];22(4):183-94. Disponible : <https://doi.org/10.1002/oti.1396>
- (29) Ordre des ergothérapeutes du Québec [En ligne]. Du Québec ODE. L'ergothérapie en santé mentale. Disponible : <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergotherapie-en-sante-mentale.html>
- (30) Centre ressource réhabilitation [En ligne]. Centre ressource réhabilitation. Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale – Centre ressource réhabilitation ; 28 mai 2020. Disponible: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psycho-sociale>
- (31) Launois, M. (2018). Activités ou médiations ? Comment une activité ou une médiation peuvent-elles être ou devenir thérapeutiques ? *ErgOThérapies*, 68, 31-38.
- (32) Winnicott DW. Jeu et réalité : l'espace potentiel. Editions Gallimard ; 2002.
- (33) Chouvier B. La médiation dans le champ psychopathologique. *Le Carnet psy* [En ligne]. 1 janv 2010 ; Disponible : <https://doi.org/10.3917/lcp.141.0032>
- (34) George, M & ; Vivier, L. L'ergothérapie en santé mentale en France : qu'en est-il de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ? *ErgOThérapies*. 2018;(68 Dossier : Actualités en santé mentale):19-30.
- (35) Ergopsy [En ligne]. Activités et Médiations Activités ou Médiations ? médiations expressives ou projectives ? Disponible : <http://ergopsy.com/mediations-expressives-a1080.html>

- (36) BRUN A, CHOUVIER B, ROUSSILLON R. Manuel des médiations thérapeutiques. 2e éd. Malakoff : Dunod ; 2019. 417 p.
- (37) Ferragut É. Douleur, souffrance et médiations corporelles ou artistiques. [Le Journal des psychologues] [En ligne]. Martin Média ; 1 janv 2012 ; 298(5) : 26. Disponible: <https://doi.org/10.3917/jdp.298.0026>
- (38) Brun A. Les médiations thérapeutiques. Canal psy [En ligne]. 1 mai 2017 ; (120) : 10-3. Disponible : <https://doi.org/10.35562/canalpsy.1798>
- (39) Hercegovac S, Kernot J, Stanley M. How Qualitative Case Study Methodology Informs Occupational Therapy Practice : A Scoping Review. OTJR [En ligne]. 4 juin 2019 [cité le 21 nov 2023];40(1):6-16. Disponible : <https://doi.org/10.1177/1539449219850123>
- (40) Fenneteau H. Enquête : Entretien et questionnaire - 3e édition. DUNOD ; 2015. 128 p.
- (41) BOULAN H. Le questionnaire d'enquête : les clés d'une étude marketing ou d'opinion réussie [En ligne]. Paris : Dunod ; 2015 [cité le 21 nov 2023]. 228 p. Disponible : https://www.cairn.info/le-questionnaire-d-enquete--9782100738410.htm?ora.z_ref=cairnSearchAutocomplete
- (42) santé.gouv.fr [En ligne]. Les GHT par région ; 11 jan 2024 [cité le 29 fév 2024]. Disponible : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-ght-par-region>
- (43) ANMSR | Association Nationale des Médecins Spécialistes de Médecine Physique et de réadaptation [En ligne]. Centre MPR | ANMSR ; [cité le 29 fév 2024]. Disponible : <https://anmsr.fr/centre-mpr/>.
- (44) Le questionnaire [En ligne]. 5e éd. M : Dunod ; 2020 [cité le 29 fév 2024]. 128 p. Disponible : <https://doi.org/10.3917/arco.desin.2020.01>
- (45) ergopsy, processus thérapeutiques en ergothérapie, en psychiatrie et addictologie [En ligne]. Cadre thérapeutique Fonctions du cadre Transitionnalité ; [cité le 28 mars 2024]. Disponible : <https://ergopsy.com/transitionnalite-a401.html>
- (46) Benarosch J. Transfert et contretransfert dans l'accompagnement vers les soins. Prat En Sante Ment [En ligne]. 2017 [cité le 28 mars 2024];63anné(3):49. Disponible : <https://doi.org/10.3917/psm.173.0049>

- (47) Chabrol H. Les mécanismes de défense. Rech En Soins Infirm [En ligne]. 2005 [cité le 28 mars 2024];N° 82(3):31. Disponible : <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>
- (48) Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders. Mayo Clin Proc [En ligne]. Juil 2016 [cité le 28 mars 2024];91(7):955-70. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.029>
- (49) Revue Medicale Suisse [En ligne]. Le stigmate de la «folie» : de la fatalité au rétablissement ; 13 mars 2013 [cité le 28 mars 2024]. Disponible : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-377/le-stigmate-de-la-folie-de-la-fatalite-au-retablissement#tab=tab-toc>
- (50) Santé publique france [En ligne]. Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ? ; 11 juin 2019 [cité le 28 mars 2024]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/pourquoi-et-comment-lutter-contre-la-stigmatisation-en-sante-mentale>
- (51) Amberscript [En ligne]. Questions ouvertes dans la recherche qualitative | Amberscript ; 2 mai 2023 [cité le 28 mars 2024]. Disponible : <https://www.amberscript.com/fr/blog/questions-ouvertes-dans-la-recherche-qualitative/>.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire.....I

Annexe 2 : Listing d'envoi du questionnaire sur les groupes de réseaux sociaux.....II

Annexe 3 : Listing d'envoi des questionnaires par courriels.....III

Annexe 1 : Questionnaire

Enquête exploratoire en rééducation et santé mentale

Bonjour,

Je suis actuellement en 3ème année d'ergothérapie à Nevers. Dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête exploratoire auprès d'ergothérapeutes travaillant en rééducation ou en santé mentale.

Ce questionnaire aborde la perception des ergothérapeutes sur l'utilisation de la médiation créative et projective pour une personne atteinte d'une douleur chronique associée à un trouble mental. C'est pourquoi je sollicite votre aide afin de pouvoir réaliser au mieux ce travail. Il est personnel et confidentiel. Aucun jugement ne sera apporté concernant vos réponses, aussi l'anonymat sera respecté. Ce questionnaire comporte 27 questions binaires ou à choix multiples, il vous prendra 15 minutes. En vous remerciant par avance de votre participation et du temps que vous allez y consacrer.

Définition des termes :

- Médiation créative et projective :

Support favorisant l'expression d'élément psychique personnel, la projection de parties psychiques dans l'espace intermédiaire, la connaissance de soi et la découverte de la dimension créative. Tel que le dessin, la peinture, la sculpture, le collage...

- Douleur chronique :

On parle de douleur chronique lorsqu'elle persiste ou est récurrente de plus de 3 mois et provoque une détérioration des capacités fonctionnelles (marche, toilette) et relationnelles dans toutes les activités de vie quotidienne (domicile, école, travail). Tel que les céphalées, les lombalgies et les lomboradiculalgies, les douleurs neuropathiques, arthrosiques et musculosquelettiques...

- Trouble mental :

C'est un ensemble de dérèglements au niveau des pensées, des émotions et/ou du comportement qui reflètent un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales. Il entraîne nécessairement une détresse pour l'individu et/ou une difficulté au travail ou dans les relations sociales. Tels que la névrose, la dépression, le syndrome de stress post-traumatique, les troubles de la personnalité, les troubles anxieux, les troubles psychotiques...

* Indique une question obligatoire

1. Depuis quelle année, êtes-vous ergothérapeute ? *

Votre réponse _____

2. Exercez-vous en France : *

- Oui
- Non

3. Exercez-vous-en : *

- Rééducation
- Santé mentale
- Autre

4. Depuis combien de temps exercez-vous dans ce domaine ? *

Votre réponse _____

5. Cochez les affirmations qui vous semblent vraies sur la douleur chronique ? *

- Persiste ou est récurrente de plus de trois mois
- Provoque une détérioration des capacités fonctionnelles
- Provient uniquement de facteurs psychologiques et sociaux
- Provoque une détérioration des capacités relationnelles
- Se réfère à une lésion visible en anatomie
- Impacte les activités de vie quotidienne

6. Pour vous, la douleur chronique peut-elle entraîner de l'anxiété, de la dépression, de la peur ? *

- Oui
- Non

7. Selon vous, les troubles mentaux peuvent-ils entraîner une douleur chronique ? *

- Oui
- Non

8. Pour vous, une douleur chronique peut-elle entraîner un trouble mental ? *

- Oui
- Non

9. Quel modèle est recommandé dans le traitement d'une douleur chronique associée à un trouble mental ? *

- Modèle bio-médical
- Modèle bio-psycho-social

10. Selon vous, traite-t-on séparément le trouble mental et la douleur chronique ? *

- Oui
- Non

11. Pour vous, le médecin est-il à même de décider seul du traitement qui sera efficace ? *

- Oui
- Non

12. Pour vous, les traitements non médicamenteux sont-ils utilisés : *

- Dans la douleur chronique
- Dans le trouble mental
- Aucun des deux
- Dans les deux

13. Selon vous, l'ergothérapeute prend-il en compte les facteurs psychosociaux et environnementaux ? *

- Oui
- Non

14. L'ergothérapeute les prend-il en compte pour une personne atteinte de douleur *
chronique ?

Oui

Non

15. Connaissez-vous la transitionnalité? *

Oui

Non (passez à la question n°17)

16. Selon vous, dans cette transitionnalité, l'espace intermédiaire représente:

Le corps

La médiation

L'environnement

17. Pensez-vous que la transitionnalité soit importante dans la prise en soin de la *
douleur chronique ?

Oui

Non

18. Pensez-vous que la médiation thérapeutique soit importante dans la prise en *
soin de la douleur chronique ?

Oui

Non

19. Selon vous, la médiation créative et projective permet-elle de contourner les *
mécanismes de défenses?

Oui

Non

20. Concernant la médiation créative et projective, connaissez-vous la *
symbolisation ?

Oui

Non (passez à la question n°22)

21. Si oui, elle est représentée par quel mécanisme de défense selon vous ?

- La projection
- L'introjection

22. Concernant la médiation créative et projective, connaissez-vous la sublimation ? *

- Oui
- Non (passez à la question n°24)

23. Si oui, la sublimation est-elle selon vous?

- Un mécanisme de défense intra-psychique
- Egale à la valorisation
- Une transformation créative de la libido

24. La médiation créative et projective a-t-elle à votre avis un intérêt dans le trouble mental ? *

- Oui
- Non

25. Pour vous, la médiation créative et projective a-t-elle un intérêt dans la douleur chronique ? *

- Oui
- Non

26. A-t-elle à votre avis un intérêt lorsqu'une personne a une douleur chronique associée à un trouble mental ? *

- Oui
- Non

27. Comment la percevez-vous dans la prise en soin d'une douleur chronique associée à un trouble mental ? *

- Utile
- Non primordiale
- Accessoire
- Bénéfique
- Inefficace
- Superflue

Annexe 2 : Listing d'envoi du questionnaire sur les groupes de réseaux sociaux

ERGO EN PSY FRANCE	786
LE COIN DE L'ERGOTHERAPIE	9500
ERGOTHERAPIE IDEES ET ACTIVITES	9915
ERGOS DE France	1500
MÉMOIRE ERGOTHERAPIE	7000
J'EXERCE UN METIER MAL CONNU ERGOTHERAPEUTE	7200
ERGOTHERAPEUTES	515
ERGOTHERAPIE : AIDE TECHNIQUE ET MATERIEL MEDICAL	2229
ERGO MATOS	1000
WEBIN ERGO	714
ERGO ET NOUVELLES TECHNOLOGIES	1500
ERGOTHERAPIE	2200

PUBLICATION SUR LES GROUPES LE 09/01/24

RELANCE LE 14/01/24

Annexe 3 : Listing d'envoi des questionnaires par courriel

Dom	Dép	Etablissements	Contact mail	Envoi
Rééducation	80	CENTRE DE RF CORBIE	lucie.tricotet@ch-corbie.fr	10/01/2024
Rééducation	95	CH READ ET RF	direction@lachataigneraie.fr	10/01/2024
Rééducation	33	LA TOUR DE GASSIES RF BRUGES	direction.gassies@ugecamaq.fr	10/01/2024
Rééducation	3	MPRF VICHY	mprf@ch-vichy.fr	10/01/2024
Rééducation	14	Servie RRF FALAISE	reeduc_chfalaise@yahoo.com	10/01/2024
Rééducation	35	CRRF RENNES	crfbeaulieu@aol.com	10/01/2024
Rééducation	28	CRF BEAUOUVRE	beaurouvre.ugecam45@wanadoo.fr	10/01/2024
Rééducation	37	MPR LA MEMBROLLE SUR CHOISILLE	belair@croix-rouge.fr	10/01/2024
Rééducation	20	MPR CENTRE MOLINI AJACCIO	centre.molini@free.fr	10/01/2024
Rééducation	97	CH DU CARBET MPR GUADELOUPE	jocelyne.boivin@ch-carbet.fr	10/01/2024
Rééducation	97	CHD Félix GUYON RF REUNION	reeducation@chd-fguyon.fr	10/01/2024
Rééducation	98	CRF TE TIAIRE PUNAAUIA TAHITI	agnes.buisson-blache@education.pf	10/01/2024
Rééducation		CRF TE TIAIRE PUNAAUIA TAHITI	info@tetiaire.pf	10/01/2024
Rééducation	39	CH LOUIS PASTEUR MPR	reeducation.secretariat@ch-dole.rss.fr	10/01/2024
Rééducation	70	ERNEST BRETEGNIER CRF	medical.crf.bretegnier@wanadoo.fr	10/01/2024
Rééducation	13e	CH D GARDIENS DE LA PAIX PARIS MPR	hgp-adm@wanadoo.fr	10/01/2024
Rééducation	78	HGMS de PLAISIR GRIGNON MPR MANSART	polempr@hopital-gms-plaisir.fr	10/01/2024
Rééducation	78	CH DU VESINET MPR	service.reeducation@hopital-levesinet.fr	10/01/2024
Rééducation	91	CH LONGJUMEAU MPR	jean-louis.garin@ch-longjumeau.fr	10/01/2024
Rééducation		CH LONGJUMEAU MPR	hdj-douleur.chl@ghne.fr	10/01/2024
Rééducation		CH LONGJUMEAU MPR	si.diallo@ghne.fr	10/01/2024
Rééducation	92	HOPITAL NORD RF	sophie.le.calve@hopital-nord-92.com	10/01/2024
Rééducation	92	HOPITAL FOCH SURESNES MPR	b.boisaubert@hopital-foch.org	10/01/2024
Rééducation	93	CH ROBERT BALLANGER MPR AULNAY SS BOIS	umpr@umpr.asso.fr	10/01/2024
Rééducation	34	CHU MONTPELLIER SERVICE CENTRAL RF	c-hérissou@chu-montpellier.fr	10/01/2024
Rééducation		CHU MONTPELLIER SERVICE CENTRAL RF	s-belhassen@chu-montpellier.fr	10/01/2024
Rééducation	31	CHU TOULOUSE MPR	roques.s@chu-toulouse.fr	10/01/2024
Rééducation	32	CH AUCH MPR	sec.reeduc@ch-auch.sante32.com	10/01/2024
Rééducation	72	CRF L'ARCHE SAINT SATURNIN	arche.doc@lemel.fr	10/01/2024

Rééducation	16	CH DU SUD CHARENTE TOUVERAC	auberdoc@aol.com	10/01/2024
Rééducation		CH DU SUD CHARENTE TOUVERAC	secretariat.mpr@ch-sud-charente.fr	10/01/2024
Rééducation	6	CENTRE HELIO MARIN	chm.lemoine@wanadoo.fr	10/01/2024
Rééducation	6	CHU NICE MPR	med-physique@chu-nice.fr	10/01/2024
Rééducation	13	CLINIQUE SAINT MARTIN REED ET READ	saintmartin-med@aix.pacwan.net	10/01/2024
Rééducation	38	CH DE TULLINS RF	rcondon@libertysurf.fr	10/01/2024
Rééducation	74	CM MGEN ALEXIS LEAUD REED ET READ SS	alexis-leaud@mgen.fr	10/01/2024
Rééducation	69	CRF LE VAL ROSAY SSR F	ssrvalrosay@ugecam-rhonealpes.cnamts.fr	10/01/2024
Rééducation	73	CH REINE HORTENSE MPR ORTHO	sec.rhumato.rh2@ch-metropole-savoie.fr	10/01/2024
Rééducation		CH REINE HORTENSE MPR ORTHO	sec.rhumato.rh4@ch-metropole-savoie.fr	10/01/2024
Rééducation	26	CTRE READAPT FONC LES BAUMES	valence@ladapt.net	10/01/2024
Rééducation	1	CENTRE READ L'ORCET HAUTEVILLE LOMPNES	accueil-mangini@orsac-ssr-01.org	10/01/2024
Rééducation	84	CH H DUFFAUT AVIGNON MPR	contact@ch-avignon.fr	10/01/2024
Rééducation	83	INSTITUT RF POMPONIANA HYERES	direction.pomponiana@salinsdebregille.com	10/01/2024
Rééducation	4	CRRF DES CARMES AIGLUN	direction@centredescarmes.com	10/01/2024
Rééducation	86	CHU MPR	soins@chu-poitiers.fr	10/01/2024
Rééducation	79	CENTRE RF LE GRAND FEU NIORT	info@melioris-legrandfeu.fr	10/01/2024
Rééducation	79	CH NIORT MPR	secretariat.reeducation@ch-niort.fr	10/01/2024
Rééducation	17	CHG SAINT JEAN D'ANGELY	chy-secretariat-cordouan@ch-angely.fr	10/01/2024
Rééducation	16	CH ANGOULEME MPR SAINT MICHEL	secretariat.ssr-syst%C3%A8me-nerveux@ch-angouleme.fr	10/01/2024
Rééducation	60	CENTRE READAP LE BELLOY	n.denivelle@probtp.com	10/01/2024
Rééducation	2	HOPITAL DE VILLIERS SAINT DENIS MPR	hsd-hadreed@ch-stdenis.fr	10/01/2024
Rééducation		HOPITAL DE VILLIERS SAINT DENIS MPR	hsd-reedf@ch-stdenis.fr	10/01/2024
Rééducation	85	CENTRE DE MPR DE SAINT JEAN DE MONTS	accueil.clousis@croix-rouge.fr	10/01/2024
Rééducation	85	CENTRE DE READ VILLA NOTRE DAME	secretariatmedical.vnd@hospigrandouest.fr	10/01/2024
Rééducation	49	CH CHOLET REED	consultation-douleur@ch-cholet.fr	10/01/2024
Rééducation	58	CHAN	chan.ergotherapie@ght58.fr	10/01/2024
Rééducation	62	CH SAINT OMER MPR	secretariat.reeduc@ch-stomer.fr	10/01/2024
S-Mentale	16e	CATTP PARIS	pole16-cattp-sd@ght.paris.fr	10/01/2024
S-Mentale	59	EPMS LILLE	direction@epsm-lille-metropole.fr	10/01/2024
S-Mentale	3	CHS AINAY LE CHATEAU	direction@chsi-ainay.fr	10/01/2024
S-Mentale	69	CATTP LION	2303@ch-le-vinatier.fr	10/01/2024

S-Mentale	73	CHS SAVOIE	dag@chs-savoie.fr	10/01/2024
S-Mentale	38	CH SAINT EGRERE	contact@ch-alpes-isere.fr	10/01/2024
S-Mentale	38	CMP CATTI TULLINS	secmed-tullins-pv@ch-alpes-isere.fr	10/01/2024
S-Mentale	38	CMP CATTI VOIRON	SECMED_VOIRON@ch-alpes-isere.fr	10/01/2024
S-Mentale	38	CMP / CATTI THERESE LAMPERIERE	inflempriere@ch-alpes-isere.fr	10/01/2024
S-Mentale	38	CMP/CATTI SAINT MARCELLIN	INF_STMARCELLIN@ch-alpes-isere.fr	10/01/2024
S-Mentale	74	EPMS LA ROCHE SUR FORON	epsm@ch-epsm74.fr	10/01/2024
S-Mentale	69	CHS SAINT CYR AU MONT DOR	direction@ch-st-cyr69.fr	10/01/2024
S-Mentale	69	CHS SAINT CYR AU MONT DOR	cmp.champagne.g35@ch-st-cyr69.fr	10/01/2024
S-Mentale	69	CHS SAINT CYR AU MONT DOR	cmp.ecully.i14@ch-st-cyr69.fr	10/01/2024
S-Mentale	69	CHS SAINT CYR AU MONT DOR	cmp.gleize.g34@ch-st-cyr69.fr	10/01/2024
S-Mentale	69	CHS SAINT CYR AU MONT DOR	cmp.arbresle.g35@ch-st-cyr69.fr	10/01/2024
S-Mentale	69	CHS SAINT CYR AU MONT DOR	cmp.bois.doingt.g34@ch-st-cyr69.fr	10/01/2024
S-Mentale	69	CHS SAINT CYR AU MONT DOR	cmp.duchere.g35@ch-st-cyr69.fr	10/01/2024
S-Mentale	69	CHS SAINT CYR AU MONT DOR	cmp.vaise.g35@ch-st-cyr69.fr	10/01/2024
S-Mentale	26	CHS MONTELEGER DROME VIVARAIS	direction@ch-dromevivaraais.fr	10/01/2024
S-Mentale	71	CHS SEVREY CHALON SUR SAONE	chs@ch-sevrey.fr	10/01/2024
S-Mentale	21	CHS LA CHARTREUSE	direction@chlcdijon.fr	10/01/2024
S-Mentale	21	CHS LA CHARTREUSE	muriel.roy@chlcdijon.fr	10/01/2024
S-Mentale	89	CHS DE L'YONNE	contact@chs-yonne.fr	10/01/2024
S-Mentale	89	CHS DE L'YONNE	dupre.alain@chs-yonne.fr	10/01/2024
S-Mentale	89	CHS DE L'YONNE	boucly.catherine@chs-yonne.fr	10/01/2024
S-Mentale	89	CHS DE L'YONNE	pham.sebastien@chs-yonne.fr	10/01/2024
S-Mentale	89	CHS DE L'YONNE	siva.cadiravane@chs-yonne.fr	10/01/2024
S-Mentale	89	CHS DE L'YONNE	karnycheff.jeanfrancois@chs-yonne.fr	10/01/2024
S-Mentale	89	CHS DE L'YONNE	ve.diomande@chs-yonne.fr	10/01/2024
S-Mentale	58	CH PIERRE LÔO EPSM DE LA NIEVRE	dickescheid.r@ght58.fr	10/01/2024
S-Mentale	58	CH PIERRE LÔO EPSM DE LA NIEVRE	arcelin.e@ght58.fr	10/01/2024
S-Mentale	39	CHS DOLE ST YLIE	direction@gpmsdoubjsjura.fr	10/01/2024
S-Mentale	39	CHS DOLE ST YLIE	direction.soins@chs-jura.fr	10/01/2024
S-Mentale	39	CHS DOLE ST YLIE	pal.secretariat@chs-jura.fr	10/01/2024
S-Mentale	39	CHS DOLE ST YLIE	pahj.secretariat@chs-jura.fr	10/01/2024

S-Mentale	39	CHS DOLE ST YLIE	pole.gerontopsy@chsjura.fr	10/01/2024
S-Mentale	25	CHS NOVILLARS	secretariat.direction.novillars@gpmsdoubjsjura.fr	10/01/2024
S-Mentale	25	CHS NOVILLARS	geraldine.hezard@ch-novillars.fr	10/01/2024
S-Mentale	25	CHS NOVILLARS	secretariat.direction.novillars@ght-psy-3925.fr	10/01/2024
S-Mentale	29	EPSM ETIENNE GOURMELEN	direction@epsm-quimper.fr	10/01/2024
S-Mentale	29	EPSM ETIENNE GOURMELEN	rlegoff@epsm-quimper.fr	10/01/2024
S-Mentale	56	EPSM JEAN-MARTIN CHARCOT	secretariat.rehab@ch-charcot56.fr	10/01/2024
S-Mentale	56	EPSM DU MORBIHAN	dg@epsm-morbihan.fr	10/01/2024
S-Mentale	18	CH GEORGE SAND EPSIC DU CHER	direction.generale@ch-george-sand.fr	10/01/2024
S-Mentale	18	CH GEORGE SAND EPSIC DU CHER	secretariat.valvert@ch-george-sand.fr	10/01/2024
S-Mentale	18	CH GEORGE SAND EPSIC DU CHER	secretariat.cmpea@ch-george-sand.fr	10/01/2024
S-Mentale	18	CH GEORGE SAND EPSIC DU CHER	secretariat.caod@ch-george-sand.fr	10/01/2024
S-Mentale	44	CH DEPARTEMENTAL GEORGES DAUMEZON	direction@ch-gdaumezon.fr	10/01/2024
S-Mentale	44	CH DEPARTEMENTAL GEORGES DAUMEZON	pierre.lafay@ch-gdaumezon.fr	10/01/2024
S-Mentale	44	CH DEPARTEMENTAL GEORGES DAUMEZON	vincent.burgos@ch-gdaumezon.fr	10/01/2024
S-Mentale	44	CH DEPARTEMENTAL GEORGES DAUMEZON	olivia.piton@ch-gdaumezon.fr	10/01/2024
S-Mentale	44	CH DEPARTEMENTAL GEORGES DAUMEZON	Jennyfer.cholet@ch-gdaumezon.fr	10/01/2024
Rééducation	3	CLINEA MOULINS	reeduc-givry-nevers@ehpad-sedna.fr	10/01/2024
Rééducation	67	CRM MR CLEMENCEAU STRASBOURG	iurc.ug-alsace@ugecam.assurance-maladie.fr	14/01/2024
Rééducation	67	CHU HAUTEPIERRE STRASBOURG MPR	claudia.siegwald@chru-strasbourg.fr	14/01/2024
Rééducation	68	CENTRE DE READ FONC COLMAR	Pca.ug-alsace@ugecam.assurance-ma	14/01/2024
Rééducation	68	CENTRE DE READ MULHOUSE	ofp@arfp.asso.fr	14/01/2024
Rééducation	68	CH MULHOUSE DEP REED ET RHUMATO	education-therapeutique-rhumatologie@ch-mulhouse.fr	14/01/2024
Rééducation	68	CENTRE MEDICAL MGEN LES TROIS EPIS	trois-epis@mgen.fr	14/01/2024
Rééducation	24	CRF LA LANDE ANNESSE ET BEAULIEU	lalande@gfps.fr	14/01/2024
Rééducation	33	CHÂTEAU LE MOINE READ CENON	korian.chateaulemoine@korian.fr	14/01/2024
Rééducation	33	CRF CHÂTEAU RAUZE CENAC	cenac@ladapt.net	14/01/2024
Rééducation	33	CENTRE MED LA PIGNADA LEGE CAP FERRET	accueil@lp-lh.fr	14/01/2024
Rééducation	40	CH MONT DE MARSAN MPR	ssr-mpr@ch-mdm.fr	14/01/2024
Rééducation		CH MONT DE MARSAN MPR	ssr-hdj@ch-mdm.fr	14/01/2024
Rééducation	47	CENTRE REED READ VIRAZEIL	virazeil@ladapt.net	14/01/2024
Rééducation	64	INST HELIO MARIN LES EMBRUNS	contact@lesembruns.com	22/01/2024

Rééducation	64	CENTRE ANNIE ENIA COMBO LES BAINS	contact@annie-enia.fr	22/01/2024
Rééducation	3	CENTRE DE MPR	polempr@hopital-gms-plaisir.fr	22/01/2024
Rééducation	3	SERVICE DE RRF MOULINS	k.rollot@ch-moulins-zyzeure.fr	22/01/2024
Rééducation	3	SERVICE DE RRF MOULINS	sec.ssr-polyvalent@ch-moulins-zyzeure.fr	22/01/2024
Rééducation	3	MPR CH VICHY	reeducation@ch-vichy.fr	22/01/2024
Rééducation	15	CENTRE RFF CHAUDES AIGUES	accueil@ch-chaudesaigues.fr	22/01/2024
Rééducation	15	CENTRE RFF CHAUDES AIGUES	vmartres@ch-chaudesaigues.fr	22/01/2024
Rééducation	43	CMPR EMILE ROUX LE PUY EN VELAY	secretariat.cmpr@ch-lepuy.fr	22/01/2024
Rééducation	63	REED FONCT M BARBAT BEAUMONT	contact@centre-mbarbat.com	22/01/2024
Rééducation	63	REED FONCT M GANTCHOULA PIONSAT	cmpr.pionsat@apajh.asso.fr	22/01/2024
Rééducation	14	MPR SAINT FRANCOIS DEAUVILLE	secretariat@crfdeauville.com	22/01/2024
Rééducation	14	CENTRE REED FONCT HEROUVILL	contact@impr-herouville.com	22/01/2024
Rééducation	50	MPR CH LOUIS PASTEUR CHERBOURG	mprcherbourg@ch-cotentin.fr	22/01/2024
Rééducation	61	CRF TESSE LA MADELEINE	contact@cmpr-bagnoles.com	22/01/2024
Rééducation	21	DIVIO DIJON	crfdivio@fondationcos.org	22/01/2024
Rééducation	58	PASORI	contact@pasori.fr	22/01/2024
Rééducation	71	READ LE BOURBONNAIS BOURBON LANCY	bourbon.ug-bfc@ugecam.assurance-maladie.fr	22/01/2024
Rééducation	71	CTRE REED RADAP FONCT COUCHES	cmpr.mardor@croix-rouge.fr	22/01/2024
Rééducation	22	CRRF PLEMET	secretariat.direction@ch-centre-bretagne.fr	25/01/2024
Rééducation	56	CMRRF DE KERPAPE PLOEMEUR	kerpape.direction@vyv3.fr	25/01/2024
Rééducation	18	MPR VIERZON	secretairesssr@ch-vierzon.fr	25/01/2024
Rééducation	28	CRF DE BEAUROUVRE BLANDAINVILLE	crf.beaurouvre@ugecam-centre.fr	25/01/2024
Rééducation	36	CH DE LA TOUR BLANCHE MPR ISSOUDUN	secretaires.direction@ch-issoudun.fr	25/01/2024
Rééducation		CH DE LA TOUR BLANCHE MPR ISSOUDUN	administrateur@ch-issoudun.fr	25/01/2024
Rééducation	37	CHU TOUR MPR	s.boileau@chu-tours.fr	25/01/2024
Rééducation	37	SMR LE CLOS SAINT VICTOR JOUE LES TOURS	admission.leclos@ugecam.assurance-maladie.fr	25/01/2024
Rééducation	37	CENTRE READ FCT BOIS GIBERT BALLAN MIRE	direction.bg.cvl@vyv3.fr	25/01/2024
Rééducation	41	CRF LA MENAUDIERE	menaudiere@mgen.fr	25/01/2024
Rééducation	41	CREAD FCT MONTOIRE SUR LE LOIRE	lhospitalet@lhospitalet.fr	25/01/2024
Rééducation	45	ET READ FONCT LE COTEAU BEAUGENCY	crf.lecoteau@ugecam-centre.fr	25/01/2024
Rééducation	45	CMPR LADAPT AMILLY	accueil.loiret@ladapt.net	25/01/2024
Rééducation	8	CENTRE READ FONCTCHARLEVILLE MEZIERES	accueil.crf08@ugecam.assurance-maladie.fr	25/01/2024

Rééducation	10	CENTRE RRF PASTEUR TROYES	crrfpasteur@fondationcos.org	25/01/2024
Rééducation	10	ASCLEPIADE MPR SAINT PARRES AUX TERTRES	asclepiade3@wanadoo.fr	25/01/2024
Rééducation	54	MPR BOURBONNE LES BAINS	information@hopitalbourbonne.fr	25/01/2024
Rééducation	25	CENTRE READ REED FONC BESANCON	entree.crrfb@salinsdebreuille.com	25/01/2024
Rééducation	25	CENTRE DE READAP GUINGEY	crf.quingey@wanadoo.fr	25/01/2024
Rééducation	27	HOPITAL LA MUSSE	hopital.lamusse@hhrs-lamusse.net	26/01/2024
Rééducation	27	CRF JOSEPH ADITTI SAINT ANDRE DE L EURE	damoi.sylvie@ladapt.net	26/01/2024
Rééducation	76	REED RADAP LES HERBIERS BOIS GUILLAUME	herbiers.ug-normandie@ugecam.assurance-maladie.fr	26/01/2024
Rééducation	76	CRRF LA ROSERAIE SAINTE ADRESSE	crf.la.roseraie@ch-la-roseraie.fr	26/01/2024
Rééducation	76	MPR CH LE HAVRE	avis.mpr@ch-havre.fr	26/01/2024
Rééducation	60	CRRF CHAUMONT EN VEXIN	centre.chaumont@fondationbellan.org	26/01/2024
Rééducation	75	UNITE REED FONCT HOPITAL LEOPOLD PARIS	direction.hopital@fondationbellan.org	26/01/2024
Rééducation	75	CENTRE REED SAINTE MARIE PARIS	contact.hsmp@idf.vyv3.fr	26/01/2024
Rééducation	75	CENTRE READ LA CHATAIGNERAIE PARIS	direction-convention@lachataigneraie.fr	26/01/2024
Rééducation	75	INST NAT DES INVALIDES PARIS	secretariat.mpr-hospi@invalides.fr	26/01/2024
Rééducation	75	GH COCHIN SAINT VINCENT PARIS	aude.boilley-rayroles@aphp.fr	26/01/2024
Rééducation	75	REED CENTRE CHIR DES PEUPLIERS PARIS	contact@clinique-peupliers.com	26/01/2024
Rééducation	77	CENTR REDDU LE BRASSET	Administratif.Lebrasset@Croix-Rouge.Fr	26/01/2024
Rééducation	77	CELLEN POIDATZ SAINT FARGEAU PONTIERRY	communication@fondationpoidatz.com	26/01/2024
Rééducation	77	CRF LES TROIS SOLEILS BOISSISE LE ROIT	3soleils@les-trois-soleils.fr	26/01/2024
Rééducation	78	CENTRE REA CLIN BAZINCOURT CHAPET	contact.ira@lna-sante.com	26/01/2024
Rééducation	78	CENTRE REA CLIN BAZINCOURT CHAPET	contact.cds78@lna-sante.com	26/01/2024
Rééducation	91	CLINIQUE REPOTEL VILLIERS SUR ORGE	admission@villiers.clinalliance.fr	26/01/2024
Rééducation	91	CH SUD FRANCILIEN YERRES	direction.generale@chsf.fr	26/01/2024
Rééducation	91	CH MPR LONGJUMEAU	secretariat.geriatric@gh-nord-essonne.fr	26/01/2024
Rééducation	91	CH MPR LONGJUMEAU	si.diallo@ghne.fr	26/01/2024

Résumé

La relation bidirectionnelle entre la douleur chronique et le trouble mental nécessite un traitement simultané tel qu'une approche psychodynamique. De plus, selon un article scientifique de 2019, son efficacité a été établie à court et à long terme. Aucun lien n'est établi avec l'ergothérapie. Les ergothérapeutes en santé mentale utilisent cette approche par le biais de la médiation créative et projective. Cette enquête exploratoire vise à étudier leur perception de son utilisation pour traiter cette comorbidité.

Le choix du questionnaire a permis une plus haute représentativité, il comporte 27 questions conçues via Google Forms. Sa transmission a été effectuée du 09/01/2024 au 26/01/2024 par e-mail et via le réseau social Facebook. Les sujets inclus (40 sur 45) sont des ergothérapeutes exerçant en France, soit dans le domaine de la rééducation (17) soit dans celui de la santé mentale (23). L'analyse du contenu a été réalisée par la méthode du codage.

Les résultats primaires ont démontré que, quel que soit le domaine d'intervention, les ergothérapeutes reconnaissent l'intérêt de la médiation créative et projective dans l'association d'une douleur chronique et d'un trouble mental (97,5 %). Cependant, les notions de transitionnalité et de mécanismes de défenses sont abstraites pour 88,23 % des ergothérapeutes en rééducation, mais également partiellement maîtrisés en santé mentale (58,8 %). L'impact du trouble mental sur la douleur chronique est aussi moins reconnu dans cette comorbidité (29 % en rééducation et 22 % en santé mentale ne le reconnaissent pas).

La médiation créative et projective est perçue par la population d'étude comme bénéfique (72,5 %), utile (60 %) pour cette comorbidité. Cependant, une meilleure compréhension des mécanismes de défense est nécessaire, ainsi qu'une sensibilisation à la stigmatisation des troubles mentaux. De plus, d'autres études scientifiques doivent être menées sur son utilisation pour une meilleure reconnaissance professionnelle. La forte proportion de douleur chronique en santé mentale implique la création d'une échelle spécifique d'évaluation de la douleur chronique.

Mots-clés : douleur chronique, trouble mental, approche psychodynamique, ergothérapie, médiation créative et projective.

Abstract

The bidirectional relationship between chronic pain and mental disorder requires simultaneous treatment, such as a psychodynamic approach. Furthermore, according to a 2019 scientific article, its effectiveness has been established in the short and long term. No link has been established with occupational therapy. Occupational therapists in mental health use this approach through creative and projective mediation. The aim of this exploratory study is to investigate their perception of its use in treating this comorbidity.

The questionnaire was chosen to be as representative as possible, consisting of 27 questions designed using Google Forms. It was sent between 09/01/2024 and 26/01/2024 via e-mail and the social network Facebook. The subjects included (40 out of 45) are occupational therapists practising in France, either in the field of rehabilitation (17) or mental health (23). The content was analysed using the coding method.

The primary results showed that, regardless of the field of intervention, occupational therapists recognise the value of creative and projective mediation in the association of chronic pain and a mental disorder (97.5%). However, the notions of transitionality and defence mechanisms are abstract for 88.23% of occupational therapists in rehabilitation, but also partially mastered in mental health (58.8%). Similarly, the impact of mental disorder on chronic pain is also less recognised in this comorbidity (29% in rehabilitation and 22% in mental health do not recognise it).

The study population perceived creative and projective mediation as beneficial (72.5%) and useful (60%) for this comorbidity. Anyway, a better understanding of defence mechanisms is needed, as well as awareness of the stigma attached to mental disorders. In addition to, further scientific studies need to be carried out on the use of this therapeutic mediation to gain greater professional recognition. Given the high proportion of chronic pain in mental health, the creation of a specific chronic pain assessment scale is justified.

Keywords: chronic pain, mental disorder, psychodynamics approach, occupational therapy, creative and projective mediation.