

INSTITUT DE FORMATION EN  
ERGOTHÉRAPIE LORRAINE CHAMPAGNE-  
ARDENNE



**La place de l'ergothérapeute dans  
l'accompagnement des femmes victimes de  
violences conjugales**

Mémoire d'initiation à la recherche

Maiwenn RODRIGUES

Juin 2025



## REMERCIEMENTS

Ce mémoire d'initiation à la recherche a été réalisé sous la direction de Mme Gladys GIACOMETTI que je remercie sincèrement. Merci à elle de m'avoir accompagnée et guidée dans l'élaboration de ce travail.

Merci à l'équipe pédagogique de l'IFE-LCA et tout particulièrement à Monsieur Jeremy GUESNE de m'avoir conseillée et soutenue tout au long de ces trois années de formation.

Je tiens également à remercier toutes les personnes ayant participé, de près comme de loin, à la réalisation de ce mémoire. Je remercie notamment l'ensemble des ergothérapeutes ayant répondu aux entretiens.

Merci à mes camarades et copains de promotion : Faustine SARHY-MANGIN, Emy STOULS, Lana PESME, Nil OZKAN et Martin ROUSSEAU, sans qui ces études n'auraient pas eu la même saveur.

Merci à Elisa FERON, dont le hasard nous a fait nous retrouver dans ce cursus et sans qui les trajets vers Nancy n'auraient pas été les mêmes.

Merci à mes parents et à mon frère de m'avoir épaulée et de m'avoir permis de tant m'épanouir lors de mes études supérieures.

Un merci et une pensée toute particulière à celle qui ne lira jamais ces mots, mais qui, je sais, n'a jamais douté de mes capacités à devenir une bonne professionnelle de santé.

## Table des matières

Introduction.....	1
I. Partie théorique.....	3
1. L'accompagnement.....	3
a. Définition.....	3
b. L'accompagnement en ergothérapie.....	4
c. L'accompagnement des violences dans la santé.....	5
d. La place de l'ergothérapeute.....	7
i. Lien entre l'ergothérapie et les violences.....	7
ii. Occupation et déséquilibre occupationnel.....	8
iii. L'accompagnement psychosocial.....	11
e. Les dispositifs d'accompagnement existants.....	13
2. La violence.....	14
a. Définition.....	14
b. Les différentes formes de violence.....	15
c. Epidémiologie.....	16
d. Lieu de prise en charge des victimes.....	17
e. Compétences et rôle de l'ergothérapeute.....	18
II. Elaboration de la question de recherche.....	20
III. Partie Exploratoire.....	21
1. Choix de la méthode de recherche.....	21
2. Critères d'inclusion/d'exclusion de la population.....	21
3. Conception de l'outil d'exploration.....	21
a. Réalisation de la grille d'entretien.....	21
b. Déroulement des entretiens.....	22
c. Confidentialité et respect de l'anonymat.....	23
4. Analyse des résultats.....	24
a. Analyses longitudinales.....	24
i. Entretien n°1 : Ergothérapeute 1 (E1).....	24
ii. Entretien n°2 : Ergothérapeute 2 (E2).....	25
iii. Entretien n°3 : Ergothérapeute 3 (E3).....	27
iv. Entretien n°4 : Ergothérapeute 4 (E4).....	29

v.	Entretien n°5 : Ergothérapeute 5 (E5) .....	31
b.	Analyse transversale.....	33
5.	Vérification de l’hypothèse .....	38
IV.	Discussion.....	39
1.	Limites et biais de l’étude.....	39
2.	Constats et préconisations .....	40
a.	Renforcer la recherche en ergothérapie à propos des violences conjugales.....	40
b.	Intégrer la thématique des violences au sein de la formation.....	40
c.	Développer des outils d’intervention spécifiques en ergothérapie .....	41
d.	Favoriser l’intégration de l’ergothérapeute dans les structures spécialisées .....	42
	Conclusion .....	43
	Bibliographie.....	I
	Sommaire des annexes.....	VI
	Annexe I : Questionnaire de l’équilibre occupationnel .....	VI
	Annexe II : Classification des compétences psychosociales.....	IX
	Annexe III : Dispositifs d’aide aux victimes de violences.....	X
	Annexe IV : Grille d’entretien.....	XIX
	Annexe V : Transcription de l’entretien - E4.....	XXII

# Introduction

Déjà en 1993, l'Organisation des Nations Unies reconnaissait « que la violence à l'égard des femmes traduit des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, lesquels ont abouti à la domination et à la discrimination exercées par les premiers et freiné la promotion des secondes » (*Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*, 1993).

Cette citation fait écho à l'idée, qu'encore aujourd'hui, ce rapport de force est toujours d'actualité. En effet, même en 2025, les violences envers les femmes sont toujours très courantes et présentent un enjeu sociétal mondial. Nous pouvons notamment évoquer ce sujet avec l'affaire Pélicot. C'est une affaire dont le jugement a débuté en septembre 2024, où Dominique Pélicot est accusé d'avoir drogué, violé et fait violer sa femme pendant quasiment une décennie (*Affaire des viols de Mazan — Wikipédia*, 2024). Cette triste actualité illustre la réalité des violences et permet une certaine prise de conscience collective vis à vis de ce que les femmes peuvent être amenées à subir au cours de leur vie. Elle souligne l'urgence d'agir et de sensibiliser dès le plus jeune âge à cette problématique sociétale majeure.

Personnellement, j'ai toujours été très sensible à la cause féministe et plus particulièrement au sujet des violences faites aux femmes. L'envie de lier mes études à ce sujet a pris une dimension plus concrète lorsque j'ai pu y être confrontée lors de mon stage au Centre Psychothérapique de Nancy. En effet, lors de ce stage, j'ai rencontré plusieurs patientes ayant subies des violences conjugales. Leurs histoires m'ont profondément marquée et j'ai parfois ressenti une grande détresse à les accompagner et à trouver ma place en tant que future ergothérapeute.

C'est alors que je me suis demandée :

## **Quel serait le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales ?**

Pour approfondir cette question, nous commencerons, dans un premier temps, par une partie théorique qui nous permettra d'explorer certains concepts encadrant notre thématique. Les concepts d'accompagnement et de violences seront particulièrement détaillés. Une question de recherche et une hypothèse émergeront de toutes ces recherches.

Puis, dans un second temps, une partie exploratoire nous servira à répondre à notre question grâce à des entretiens semi-directifs. L'analyse des résultats nous permettra d'élaborer des préconisations et recommandations qui seront explicitées dans une troisième partie : la partie discussion.

Enfin, ce mémoire se clôturera par une conclusion qui synthétisera notre travail.

# Partie théorique

## 1. L'accompagnement

### a. Définition

L'accompagnement est une notion riche qui est apparue au cours du XXème siècle, elle est le résultat d'années d'évolution du système médico-social (Zribi, 2017).

Tout d'abord, l'accompagnement peut se définir comme étant le fait de « soutenir, d'assister quelqu'un » (*Le Robert*, 2024). Cette définition met en valeur plusieurs dimensions. D'abord, la présence de deux personnes : une personne aidée et une personne aidante. Cet élément sous-entend une autre dimension de l'accompagnement : l'orientation. En effet, l'accompagnement est orienté vers la personne qui en a besoin et cette personne est au cœur du processus. Enfin, cette définition met en valeur la dynamique de la relation ; l'accompagnement n'est pas fixe mais doit plutôt s'adapter en permanence à la personne accompagnée et ses besoins.

En 2021, Bonnet expliquait d'ailleurs que « la relation d'accompagnement est avant tout une relation interpersonnelle qui réunit deux personnes, l'une allant vers l'autre pour être avec, dans un contrat d'engagement autour d'un projet » (Bonnet, 2021). Nous comprenons qu'il y a toujours cette idée d'alliance de deux personnes mais, à cette idée, s'ajoutent de nouvelles dimensions à notre concept. D'abord, l'aidé et l'aidant ont pour but d'avancer ensemble dans la même direction : le projet. L'auteur nous précise que le projet n'est surtout pas imposé par l'accompagnant mais appartient à l'accompagné ; l'accompagnant a pour rôle de conseiller. A cela s'ajoute la notion d'engagement, Bonnet décrit dans l'accompagnement une sorte de contrat moral où les deux parties s'impliquent. L'accompagné s'engage à s'investir et à s'impliquer dans le processus tandis que l'accompagnant s'engage à soutenir et à être présent pour celui qui en a besoin.

Walter Hasbeen, infirmier et docteur en santé publique, ajoute qu'il est primordial que le soignant adopte une posture adéquate au patient. C'est-à-dire que « le soignant est aux côtés du soigné, ni devant à le tirer, ni derrière à le pousser » (Ameline & Levannier, 2021). Le rôle du soignant est donc de guider le patient en n'imposant pas un rythme spécifique mais plutôt en suivant le rythme de ce dernier.

Ainsi, nous retiendrons que l'accompagnement est une notion complexe et dynamique qui a pour but d'aider la personne accompagnée et de l'accepter telle qu'elle est.

## b. L'accompagnement en ergothérapie

Après avoir défini de manière générale ce qu'est l'accompagnement, nous allons nous pencher sur sa place dans l'ergothérapie.

Pour débiter, si l'on reprend l'étymologie grecque du mot ergothérapie : « *ergon* » et « *therapia* », nous comprenons que c'est « par l'action » que l'ergothérapeute effectue son intervention thérapeutique (Pibarot, 2013) et qu'ainsi il accompagne ses patients.

Plus précisément, l'ergothérapie « se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé et prend en compte l'interaction personne – activité – environnement ». L'ergothérapeute « met en œuvre des soins et des interventions de prévention, [...] visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne » (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, s. d.).

Ainsi nous comprenons qu'en ergothérapie, l'accompagnement prend en compte les trois éléments cités ci-dessus : les patients, leurs activités et leurs environnements (Bernez & Launois, 2022). Ces trois dimensions sont étroitement liées et l'approche globale de l'ergothérapie permet d'atteindre un seul et même objectif : « Quel que soit le type d'accompagnement et la forme qu'il prend, l'objectif principal est l'autonomisation de la personne » (Paul, 2020).

L'autonomisation, désignée également par le terme anglais *empowerment*, « vise à reconnaître la capacité des personnes et des communautés à exercer un contrôle sur la définition et la nature des changements qui les concernent » (Kozlow-Régnard, 2015).

C'est un processus fondé sur la participation active des individus, en lien avec leur environnement, tout en tenant compte de leurs réalités personnelles.

Après avoir détaillé les spécificités de l'accompagnement ergothérapeutique, nous allons nous intéresser à une problématique de santé majeure : la violence et les enjeux de sa prise en charge dans la santé.

### c. L'accompagnement des violences dans la santé

La violence au sein du couple a une incidence majeure sur la santé des femmes, que ce soit du fait des blessures provoquées ou des affections chroniques qu'elle peut engendrer (Henrion, 2001). En tant que professionnel de santé, il est de notre devoir d'aider et d'accompagner ces personnes. Cependant, avant de pouvoir correctement accompagner les victimes, il est nécessaire d'être capable de reconnaître et de dépister les situations de violences.

Les professionnels de santé interviennent dans des contextes de travail variés, où ils peuvent être amenés à rencontrer des victimes de violences.

Ces rencontres peuvent être « prévisibles » : par exemple en cas d'hospitalisation en service psychiatrique, où l'équipe pluridisciplinaire est mise au courant du parcours de vie du patient et ainsi s'il souffre de violences.

Elles peuvent également être fortuites, comme en consultation en cabinet libéral, mettant en évidence l'importance de dépister ces situations. Cette étape de dépistage est essentielle pour orienter et accompagner aux mieux les personnes souffrantes.

Les médecins sont les principaux professionnels de santé faisant face à ces personnes souffrantes, que cela soit en milieu hospitalier ou en cabinet libéral (*Violences conjugales*, 2019). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), c'est 3 à 4 femmes sur 10 présentes en salle d'attente qui seraient confrontées à des violences conjugales. Face à ce phénomène, l'HAS, a publié en 2019 deux livrets de recommandation de bonne pratique. Le premier sert à aider les professionnels à repérer et évaluer les situations de violences. Tandis que le deuxième fournit des conseils sur la manière d'agir le plus efficacement possible.

Une fois que les violences ont été dépistées, le rôle des soignants va être d'accompagner et de guider les victimes. Pour ce faire, un élément essentiel de la relation soignant/soigné va être sollicité : l'alliance thérapeutique. Elle peut être définie comme « une habileté observable du thérapeute et du patient à travailler ensemble dans une relation réaliste, de collaboration, basée sur un respect mutuel, sur la confiance et sur un engagement dans le travail de la thérapie » (Bantman, 2005). L'objectif de cette alliance « n'est pas de surprendre et de violer l'intimité de l'espace mental, mais de créer les conditions de l'abandon des résistances pour rendre l'expression spontanée plus facile » (Vasconcellos-Bernstein, 2013).

Ainsi, nous comprenons que l'alliance thérapeutique n'est pas vouée à s'immiscer dans l'esprit de la personne, mais plutôt à lui donner un espace sécurisé, de confiance où elle pourra se confier sur ses problèmes.

L'accompagnement proposé aux victimes de violences va différer selon le lieu dans lequel elles sont rencontrées. Dans le cadre de notre mémoire, nous nous intéresserons aux femmes rencontrées en structures de santé mentale ouvertes telles qu'en Centre Médico Psychologique (CMP), Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) ou encore en hospitalisation.

De manière générale, voici les différents professionnels qui pourront intervenir auprès de victimes. D'abord, comme dit précédemment, nous retrouvons très souvent le médecin généraliste en première ligne. Le rôle de ce dernier est d'accueillir, être à l'écoute, dépister et évaluer la gravité de ces violences. Ce médecin doit également assurer les soins, si nécessaire, mais aussi constituer un dossier contenant les bilans des lésions, les examens complémentaires...

Il peut rédiger un certificat médico-légal qui prendra de la valeur en cas de dépôt de plainte de la patiente (Henrion, 2001). Enfin, son rôle est d'informer et d'orienter la patiente vers des associations, structures, services et/ou autres professionnels de santé pouvant mieux l'accompagner.

D'autres médecins mais cette fois ci spécialistes peuvent intervenir dans la prise en soin et l'accompagnement des victimes. Ainsi, les gynécologues jouent un rôle crucial lors de violences sexuelles, en effectuant des examens cliniques et en apportant un soutien médical face aux blessures physiques et/ou aux risques de transmission d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Ils peuvent également conseiller sur les options de contraception ou de prévention des grossesses non désirées résultant de violences (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles et al., 2024).

Le psychiatre, quant à lui, intervient dans le traitement des troubles psychiques, tels que l'anxiété, la dépression, ou le stress post-traumatique. Sa mission est d'accompagner la personne face aux « conséquences mentales » des violences subies. Associé au psychiatre il n'est pas rare de retrouver le psychologue lors d'accompagnement de victimes de violences. Son rôle va être d'offrir un soutien psychologique pour aider la victime à traverser ces événements et à reconstruire sa confiance en elle. Il va ainsi favoriser l'expression de la victime et l'aider à gérer les traumatismes (*Prise en charge des victimes de violences*, s. d.).

Enfin, nous pouvons retrouver les infirmiers/infirmières qui jouent un rôle clé dans le soin des blessures physiques et la gestion des traitements médicamenteux selon les besoins des patientes. En cas d'hospitalisation, ce sont eux les plus proches des patientes et qui les suivent au quotidien. Ils sont ainsi plus à même d'informer l'équipe en cas de problème (Péchey, 2021).

Tous ces professionnels travaillent en collaboration pour offrir une prise en soin complète, adaptée aux besoins des victimes. Cette approche pluridisciplinaire est essentielle pour offrir un accompagnement de qualité.

Une fois les rôles des différents professionnels définis, nous allons détailler plus précisément celui de l'ergothérapeute dans cet accompagnement particulier.

#### d. La place de l'ergothérapeute

##### i. Lien entre l'ergothérapie et les violences

La violence peut revêtir plusieurs formes, qui seront définies plus tard dans ce mémoire d'initiation à la recherche.

Les violences conjugales sont à l'origine de divers problèmes de santé (physique, sexuel, mental...) chez les femmes (*Violence à l'encontre des femmes*, 2021). Ces problèmes vont alors se traduire dans le quotidien des victimes, et ainsi affecter leurs capacités à accomplir leur activités de la vie quotidienne.

Les conséquences vont alors bien au-delà des répercussions physiques et/ou psychiques :

« La violence conjugale est [...] une injustice occupationnelle limitant les choix et la participation de la victime aux activités quotidiennes. Elle peut affecter négativement la qualité de vie, les relations parent-enfant et la santé physique et mentale des membres de la famille. [...] La dépendance et la nature contrôlante dans une relation abusive créent souvent des défis dans tous les aspects de la vie de la femme, y compris la participation sociale, les soins personnels et la capacité à subvenir financièrement à ses besoins et à ceux de sa famille. Plus précisément, Javaherian ses co-auteurs ont trouvé que les survivantes exprimaient des difficultés à trouver un équilibre sain entre leurs activités quotidiennes, à trouver du temps pour elles-mêmes et à s'engager dans des activités sociales. Les participantes avaient également des problèmes de confiance et d'estime de soi, ce qui impactait leur rôle d'aidante, leur performance au travail, leurs aspirations éducatives et leurs amitiés » [Traduction libre] (Javaherian-Dysinger et al., 2016).

En résumé, les personnes victimes de violences sont plus susceptibles de se retrouver en difficultés et de se renfermer sur elles-mêmes. Tout cela complique alors la réalisation des activités de la vie quotidienne de façon efficace, mettant ainsi en avant un déséquilibre occupationnel.

Dans ce contexte-là, l'ergothérapeute, étant par définition spécialiste des occupations, va alors pouvoir jouer un rôle dans le repérage et l'évaluation de ces déséquilibres.

## ii. Occupation et déséquilibre occupationnel

L'occupation, terme central en ergothérapie, est définie comme « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société ». Les occupations peuvent être classées en trois catégories : les soins personnels, la productivité et les loisirs » (Meyer, 2013).

L'équilibre occupationnel est atteint lorsque la personne « gère [l'occupation] d'une manière qui est personnellement épanouissante [...] et répond aux exigences du rôle [...]. Chaque personne a un schéma d'équilibre individuel adapté à sa santé. [Traduction libre] (Reed & Sanderson, 1999). Il s'agit donc d'un état subjectif et fluctuant, qui va se retrouver influencé par divers facteurs tels que l'environnement social ou encore les ressources personnelles.

A l'inverse, le déséquilibre occupationnel se caractérise comme « l'incapacité à gérer les occupations d'une manière qui soit personnellement épanouissante et qui réponde aux exigences des rôles, ce qui compromet la santé et la qualité de vie » (Christiansen & Townsend, 2004) & (Reed & Sanderson, 1999).

Dans un contexte de violences conjugales, ce déséquilibre peut se manifester de plusieurs manières : il est très fréquent que les femmes victimes de violences conjugales soient privées de pratiquer certaines activités par leur conjoint et ainsi se retrouvent isolées (*Les répercussions des violences conjugales*, 2023).

Ainsi, les victimes sont en situation de ce qu'on pourrait décrire comme privation occupationnelle : elles sont empêchées de s'engager dans des occupations à cause de leur conjoint.

Plusieurs modèles conceptuels utilisés en ergothérapie abordent cette notion d'équilibre occupationnel et permettent de mieux le comprendre.

D'abord, nous pouvons évoquer le modèle Personne – Environnement – Occupation (PEO) qui propose une approche systémique et transactionnelle de la relation personne-environnement (Morel-Bracq et al., 2017).



Figure 1 : Le modèle Personne – Environnement – Occupation (PEO)

Ce modèle est constitué de trois composantes interagissant entre elles :

- la personne : avec ses différents rôles sociaux (femme, mère, sœur...), ses capacités physiques/cognitives/émotionnelles, son vécu... ;
  - son environnement : ses facteurs sociaux, culturels, économiques, physiques... ;
  - ses occupations : ses activités de la vie quotidienne comme son travail, ses loisirs...
- (Morel-Bracq et al., 2017).

L'interaction entre ces trois éléments va influencer la performance occupationnelle, qui correspond au choix, à l'organisation et à la réalisation d'occupations en interaction avec l'environnement (Meyer, 2013).

C'est par leur ajustement dynamique que la performance occupationnelle sera optimale ou non, et que par conséquent l'équilibre occupationnel sera favorisé ou compromis.

Dans la même idée que pour le modèle PEO, nous pouvons évoquer le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Il repose sur les trois mêmes composantes : personne, environnement, occupation.

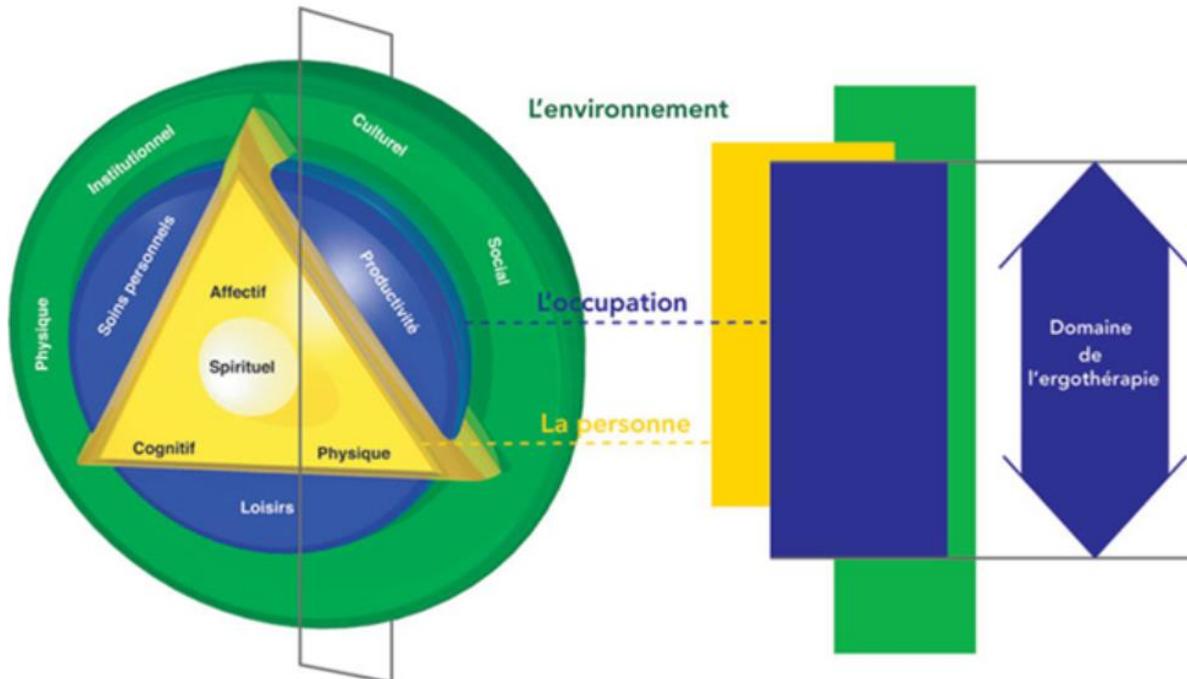


Figure 2 : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)

Dans ce modèle, l'occupation a un intérêt central pour l'ergothérapeute. Néanmoins, deux notions s'ajoutent à cet ensemble personne – environnement – occupation :

- l'engagement : il y a une prise en compte de la participation autant psychologique que physique ;
- les habilités : que l'on peut rapprocher du concept de « faciliter ». Elles consistent à créer des opportunités et à renforcer le pouvoir d'agir. Sensible au contexte social, ou plutôt à ce qui est appelé environnement en ergothérapie, elles visent à permettre au client d'exploiter au mieux son potentiel.

De manière globale, les humains ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation (Morel-Bracq et al., 2017). Partant de ce principe essentiel, des ergothérapeutes canadiens ont créé et mis en place un questionnaire composé de treize items permettant d'évaluer l'équilibre occupationnel (cf. Annexe I).

Tout cela nous indique que l'ergothérapeute, spécialiste des occupations, va jouer un rôle clé dans le rétablissement de cet équilibre occupationnel en accompagnement de ces femmes.

Patricia Deegan, psychologue américaine diagnostiquée schizophrénique, aborde le rétablissement comme étant « une attitude, une manière de prendre conscience au fil de la journée et d'affronter les défis qui se présentent à moi [...]. Savoir ce que je ne peux pas faire me permet de mieux voir les nombreuses possibilités qui s'offrent encore à moi. » (Franck & Picolet, 2017a).

Sa vision du rétablissement s'aligne avec l'approche ergothérapique car, en effet, elle insiste sur le fait qu'il s'agit d'un processus actif, quotidien et personnalisé. L'intérêt est de conscientiser ses difficultés et d'utiliser cette connaissance de soi-même et de ses limites pour mieux avancer.

Le rétablissement fait référence à « une possibilité de redonner un sens à sa vie à travers des activités et un mode de vie satisfaisant pour la personne » (Duboc, 2022).

Ainsi dans un contexte de violences conjugales, le rétablissement peut notamment passer « à travers les soins dits de réhabilitation psychosociale, dont l'un des principes essentiels et organisateurs consiste à restaurer les capacités d'autodétermination de la personne » (Franck & Picolet, 2017b).

L'accompagnement psychosocial, que nous allons détailler dans la partie suivante, constitue alors un levier central dans ce processus.

### iii. L'accompagnement psychosocial

Pour parvenir à atteindre le rétablissement de l'équilibre occupationnel, l'ergothérapeute peut proposer un accompagnement psychosocial.

Il est essentiel de comprendre que le terme « psychosocial » est fréquemment associé à la notion de santé mentale.

Celle-ci est définie comme étant « un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté » (Organisation Mondiale de la Santé, 2022). Ainsi, la santé mentale ne se limite pas seulement à l'absence de troubles psychiques mais prend en compte d'autres éléments comme le bien-être et l'adaptation dans la vie quotidienne.

La notion de « psychosocial » sous-entend l'existence de compétences psychosociales, qui sont définies comme étant les aptitudes permettant à une personne de faire face aux exigences et aux défis du quotidien (*Compétences psychosociales (CPS)*, 2022).

Ces compétences sont divisées en trois grandes catégories :

- Compétences cognitives :
  - Avoir conscience de soi
  - Capacité de maîtrise de soi
  - Prendre des décisions constructives
- Compétences émotionnelles :
  - Avoir conscience de ses émotions et de son stress
  - Réguler ses émotions
  - Gérer son stress
- Compétences psychologiques :
  - Communiquer de façon constructive
  - Développer des relations constructives
  - Résoudre des difficultés

Ces catégories générales sont également divisées en sous catégories plus spécifiques (cf. Annexe II).

Ainsi, l'objectif de l'accompagnement psychosocial va être de rétablir le bien être psychosocial. Il correspond à « la situation où les personnes, les familles ou les communautés disposent de forces cognitives, émotionnelles et spirituelles combinées à des relations sociales positives. Cet état de bien-être motive le développement d'aptitudes à la vie quotidienne qui permettent aux personnes, aux familles ou aux communautés de comprendre leur environnement et d'y participer, et de faire des choix positifs qui donnent de l'espoir pour l'avenir » (*Santé mentale et soutien psycho-social*, 2020).

En d'autres termes, l'accompagnement psychosocial vise à renforcer les compétences psychosociales essentielles à l'épanouissement et au bien-être quotidien. A ce titre, l'ergothérapeute joue un rôle clé en soutenant l'autonomie de la personne et en proposant une prise en soin adaptée à ses capacités.

L'accompagnement psychosocial apparaît alors comme étant un élément clé du rétablissement. Cependant, il est important de considérer les dispositifs d'accompagnement plus généraux et accessibles au public ; c'est ce que nous allons évoquer dans la partie suivante.

### e. Les dispositifs d'accompagnement existants

En France, il existe de multiples dispositifs d'accompagnement destinés aux femmes victimes de violences conjugales mais aussi de violence de façon plus générale.

Il y a d'abord les lignes d'accompagnement d'urgence dématérialisées telles que la police (17) ou encore les pompiers (18). Un numéro national de référence pour l'écoute et l'orientation des femmes victimes de violences existe également, il s'agit du : 3919.

Plusieurs associations et services publics sont présents pour aider et accompagner les femmes victimes de violences conjugales (cf. Annexe III).

Parmi elles, on trouve notamment :

- les Centres d'Information sur les Droits des Femmes et Familles (CIDFF) : présents au nombre de 98 sur le territoire français ; ils offrent un service d'information, d'orientation ou encore d'accompagnement juridique et social de ces femmes.
- les Maisons des Femmes / Santé : 75 sont dénombrées. Ce sont des structures d'accueil pluridisciplinaire qui proposent un accompagnement global : tant sur le plan médical, psychologique que social. Elles permettent un suivi coordonné.

Tous ces dispositifs ont des objectifs variés (écoute, conseil juridique, protection...) mais leur finalité reste la même : guider les femmes victimes de violences et les aider à sortir de l'emprise dont elles sont victimes.

Après avoir défini largement le concept d'accompagnement, nous allons désormais aborder celui de violence.

## 2. La violence

### a. Définition

La violence est un terme extrêmement vaste pouvant avoir de multiples définitions. D'après le dictionnaire Robert, la violence ou plutôt faire violence à quelqu'un correspond à agir sur une personne ou la faire agir contre sa volonté, en employant la force ou l'intimidation (*Le Robert, 2024*). Cette définition, plutôt vague, met malgré tout en évidence plusieurs aspects de la violence. D'abord, elle soulève l'idée que la violence est une relation de domination entre au moins deux personnes. Elle traduit un rapport de force entre la personne violente et la personne violentée : il y a un déséquilibre de pouvoir, qu'il soit physique ou psychologique. Ensuite, elle aborde la notion de consentement. Le consentement est défini comme étant l'« action de donner son accord à une action, à un projet » (Larousse, s. d.).

Or, dans une relation violente, la personne subissant les actes est toujours non consentante et contrainte. Nous pouvons donc considérer que la violence est une atteinte à la liberté de l'individu.

Le mot violence est extrêmement complexe à définir : il s'agit d'un phénomène sociologique en lui-même, qui est la conséquence de nombreuses dynamiques. Pierre Bourdieu, grand sociologue français du XX<sup>ème</sup> siècle, utilise l'expression « violence symbolique ». Il définit cela comme étant « tout pouvoir qui parvient à imposer des significations et à les imposer comme légitimes en dissimulant les rapports de force qui sont au fondement de sa force » (Bourdieu & Passeron, 1970). Cela signifie, que selon lui, la violence n'existe pas seulement sous la forme physique mais également sous la forme institutionnelle.

Selon Bourdieu, la violence s'exerce à travers les structures sociales et les normes culturelles que l'on nous inculque dès le plus jeune âge. Cette forme de violence est insaisissable et inconsciente : les dominées n'ont pas conscience de l'être et consentent ainsi, sans s'en rendre compte, aux différentes attentes de la société (Addi, 2001). Nous pouvons prendre un exemple simple : depuis des dizaines d'années à travers les médias (musique, cinéma, publicités...), les femmes sont représentées comme étant des mères de famille, des épouses s'occupant du foyer sans se plaindre.

Inconsciemment, les femmes de ces époques ont donc intégré que leur rôle était de faire des enfants et que ne pas en avoir serait avoir raté sa vie. A l'heure actuelle ces représentations visent à évoluer et les esprits changent de plus en plus.

Malgré l'évolution des mentalités, il n'existe pas de définition à proprement parler du terme « violence » dans le droit français. Ce terme est évoqué dans le livre numéro deux du Code Pénal, à propos des crimes et délits contre les personnes. On y retrouve une partie concernant les atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne (Titre II, Chapitre II). Dans la Section 1, nommée « des atteintes volontaires à l'intégrité de la personne », se trouve le paragraphe 2 ayant pour thématiques les violences. On y retrouve notamment un article énonçant : « Les violences prévues par les dispositions de la présente section sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques » (*Article 222-14-3 - Code pénal - Légifrance, 2010*).

On comprend donc que le droit a volonté de reconnaître et de punir autant les violences physiques que psychologiques.

Ainsi, la violence est un phénomène complexe qui dépasse la simple agression physique et qui peut prendre diverses formes que nous allons détailler ci-dessous.

## b. Les différentes formes de violence

Après avoir défini la violence comme vaste phénomène, il convient d'en observer les principales manifestations. Bien qu'il soit possible de les distinguer, elles sont malgré tout très souvent imbriquées les unes dans les autres. Dans cette partie, en plus de les définir, nous mettrons l'accent sur la notion de violences conjugales/domestiques.

Elles sont définies comme étant « des violences commises au sein du couple ou par un ancien conjoint, partenaire de Pacs ou concubin » (*Violences conjugales, s. d.*).

Elles désignent « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique » (*Violence à l'encontre des femmes, 2021*).

Selon le site ONU Femmes, les violences conjugales représentent l'une des formes de violence les plus courantes subies par les femmes à l'échelle mondiale. Ces violences peuvent prendre plusieurs formes lors de situations de maltraitance au sein du couple.

Parmi les principales, on retrouve :

- la violence physique, définie comme « un acte avec pour intention ou conséquence la douleur et/ou une blessure physique » (*La violence physique - Questions de genre - www.coe.int*, s. d.). Elle englobe les agressions physiques mais aussi des formes indirectes comme le refus de soins médicaux, l'obligation à la consommation des substances (alcool et/ou drogues), ou encore l'usage de toute autre forme de force physique. (Foire aux questions, 2024) ;
- la violence sexuelle, qui « se réfère à tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel ou tout autre acte exercé par autrui contre la sexualité d'une personne en faisant usage de la force, quelle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte » (*Violence à l'encontre des femmes*, 2021). Ainsi, elle peut inclure les attouchements sexuels ou encore le viol au sein du couple ;
- la violence psychologique, quant à elle, « consiste à provoquer de la peur par l'intimidation » (*Foire aux questions*, 2024) et désigne des comportements ou des actes visant à rabaisser la victime, créant un environnement de peur et de dévalorisation. Cette intimidation peut prendre diverses formes, comme la manipulation émotionnelle, mais aussi l'isolement social, par exemple, en interdisant à la victime de voir ses proches, sa famille ou ses amis, renforçant d'autant plus son emprise sur elle.

### c. Epidémiologie

Comme dit précédemment, la violence, quelle que soit la forme qu'elle prend, est un phénomène qu'une grande partie de la population sera amenée à rencontrer au cours de sa vie. Elle peut toucher les hommes comme les femmes et n'est pas exclusive à un seul des deux. Un homme sur dix est susceptible de subir des violences au cours de sa vie, ce ratio est triplé pour les femmes (Toccalino et al., 2024). En effet, statistiquement, un tiers d'entre elles sera amené à être violenté. La gent féminine est ainsi trois fois plus à risque quant à ce phénomène.

C'est pour cela que nous avons fait le choix de centrer notre étude sur les violences faites aux femmes.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a recueilli et analysé des données quant aux violences conjugales et sexuelles. Cette étude a été menée entre 2000 et 2018 dans 161 pays du globe.

On y découvre que plus de 25% des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant été en couple, ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire au moins une fois dans leur vie. A cela s'ajoute le fait que 38% des meurtres de femmes, du monde entier, sont perpétrés par leur partenaire.

Selon les chiffres du ministère de l'intérieur, en 2023, 271 000 victimes de violences conjugales ont été répertoriées en France, dont 85% de femmes. Parmi ces milliers de cas de violences, 64% sont des violences physiques, 31% sont des violences verbales ou psychologiques et 4% sont des violences sexuelles. Nous pouvons aussi évoquer le nombre de féminicides (correspondant au meurtre d'une femme par son conjoint ou ex-conjoint) qui est de 93, soit environ une femme tous les 4 jours.

Ces données alarmantes mettent en lumière non seulement l'ampleur des violences faites aux femmes mais soulignent aussi la problématique des conséquences qui vont en découler. Dans ce contexte, l'hôpital va jouer un rôle central dans leur prise en charge, avec notamment les services d'urgence et gynéco-obstétriques. (*La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violence*, 2017).

#### d. Lieu de prise en charge des victimes

Nous avons antérieurement établi que l'hôpital joue un rôle clé dans l'accueil et l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales, notamment pour traiter des urgences physiques. Cependant, il semble primordial d'élargir cette perspective en prenant en compte les conséquences psychologiques, qui sont au moins aussi graves que les conséquences corporelles.

En effet, selon des études, plus de 50 % des femmes victimes de violences conjugales font une dépression, tandis que d'autres présentent des signes d'un syndrome post-traumatique. Ces situations extrêmes peuvent s'avérer être des éléments déclencheurs de troubles psychotiques, ou révéler une prédisposition chez certaines personnes (*Effets de la violence conjugale sur les victimes*, 2010).

Selon le rapport québécois sur la violence et la santé, les troubles mentaux associés à ces violences comme l'anxiété ou la dépression, peuvent compromettre la santé physique et de manière générale le bien être des victimes sur le long terme.

Nous pouvons aussi évoquer qu'en France, en 2023, 773 femmes ont tenté de se suicider ou se sont suicidées à la suite de harcèlement de la part de leur (ex)-conjoint.

Tout cela traduit l'urgence et l'importance d'accueillir et d'orienter ces femmes afin de leur proposer un accompagnement psychologique adéquat.

Ainsi, dans cette idée, il est essentiel de guider ce public vers des structures de soins spécifiques, capables d'offrir un suivi psychologique à la hauteur de leurs besoins. Les dispositifs psychiatriques dits « libres » tels que les services d'hospitalisation ouverts, les CMP (Centre Médico-Psychologique) ou encore les CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) représentent des lieux indispensables à ces situations. Les femmes y venant, ne s'y rendent pas spécifiquement à cause de leur situation de violences mais plutôt en lien avec les conséquences générées par la situation. Ces structures « libres » permettent ainsi une prise en soin globale, favorisant la stabilisation de leur état « pathologique » et ainsi leur rétablissement.

Afin d'assurer un accompagnement efficace au sein de ces structures, il est indispensable de mobiliser les compétences spécifiques des professions qui y exercent. C'est dans ce cadre que le rôle de l'ergothérapeute prend tout son sens.

### e. Compétences et rôle de l'ergothérapeute

Le domaine de compétences de l'ergothérapeute est défini par l'arrêté du 5 juillet 2010. Les dix compétences fondamentales et nécessaires à l'obtention du diplôme d'ergothérapeute y sont détaillées. Bien que toutes soient mobilisées lors de notre pratique professionnelle, certaines se révèlent particulièrement plus importantes lors de l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales.

Nous allons pouvoir notamment détailler la compétence numéro 1, « Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique » et la numéro 6, « Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie ».

D'abord, la compétence 1, basée sur 9 éléments de compétences distincts, insiste sur l'évaluation de la situation. En effet, il est nécessaire d'identifier les besoins et attentes de la personne, en lien avec sa situation de vulnérabilité.

Dans un contexte de violences conjugales, cette évaluation consiste à repérer les facteurs de risques ou encore les conséquences (physiques, psychologiques...) encourues par la personne.

Ainsi, en tant qu'ergothérapeute, nous devons être capable de :

- repérer des signes de violence, qu'ils soient distincts (coups, blessures...) ou implicites (propos dans les paroles) ;
- comprendre et d'analyser l'impact de la situation sur l'indépendance et l'autonomie de la victime ;
- poser un diagnostic ergothérapeutique en tenant compte du contexte particulier de la personne.

Tous ces éléments impliquent d'avoir une posture d'écoute active et de faire preuve d'empathie, notions développées dans la compétence numéro 6 du portfolio.

La compétence 6 est, quant à elle, composée de 5 éléments de compétences. Parmi ces derniers, nous noterons l'importance de 3 d'entre eux :

- l'accueil de la personne, sans jugement de son histoire, son contexte de vie qui peut s'avérer être difficile à verbaliser ;
- l'installation d'une communication adaptée (verbale ou non verbale), en s'adaptant aux éventuelles difficultés de la victime liées à sa situation traumatique ;
- le développement d'un climat de confiance et d'une alliance thérapeutique, qui favoriseront l'adhésion et l'engagement dans le processus de rétablissement.

Ainsi, grâce à la mobilisation de ces compétences spécifiques, l'ergothérapeute a sa place en tant que professionnel de santé dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales.

## Elaboration de la question de recherche

Dans les parties précédentes, nous avons étudié et théorisé les notions d'accompagnement puis de violence.

Ainsi, notre question de recherche est :

**Comment l'ergothérapeute contribue-t-il au rétablissement de l'équilibre occupationnel des femmes victimes de violences conjugales ?**

Pour répondre à cette question, notre hypothèse est :

**L'accompagnement psychosocial, proposé par l'ergothérapeute, favorise le rétablissement de l'équilibre occupationnel des femmes victimes de violences.**

# Partie Exploratoire

## 1. Choix de la méthode de recherche

Pour répondre à la question de recherche et chercher à valider ou invalider l'hypothèse, nous avons considéré qu'il serait plus pertinent de rechercher des informations qualitatives.

C'est pour cela que nous avons choisi d'utiliser des entretiens semi-directifs. Cette méthode a l'avantage d'aborder notre sujet et d'évoquer certains thèmes en utilisant des questions ouvertes qui nous permettront d'obtenir l'opinion et le point de vue de la personne interrogée.

Ensuite, l'objectif sera de mettre en parallèle les informations récoltées afin de déterminer la validité de notre hypothèse.

## 2. Critères d'inclusion/d'exclusion de la population

Afin d'explorer notre thématique, nous avons établi qu'il serait judicieux d'interroger uniquement des ergothérapeutes.

Ces ergothérapeutes devaient avoir pour critère d'avoir travaillé ou de travailler actuellement en structure de santé mentale dite ouverte ou libre (Centre Médico Psychologique, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, service d'hospitalisation libre...).

Nous souhaitons également qu'ils aient rencontré plusieurs (au moins deux) femmes ayant été/étant victimes de violences conjugales au cours de leur carrière.

## 3. Conception de l'outil d'exploration

### a. Réalisation de la grille d'entretien

L'élaboration de la grille d'entretien (cf. Annexe IV) s'est faite grâce à la réalisation d'un entretien exploratoire mené avec un ergothérapeute. Cette trame nous assure de suivre un fil conducteur afin d'obtenir un maximum d'informations.

Elle a pour but de :

- déterminer le rôle de l'ergothérapeute en santé mentale ;
- analyser l'impact des situations de violences conjugales sur la vie quotidienne et santé mentale des victimes ;
- cerner la notion d'équilibre occupationnel dans ce contexte ;
- décrire les modalités d'accompagnement mises en place ;
- développer la dimension psychosociale de l'accompagnement ;
- identifier les potentielles difficultés et besoins des ergothérapeutes face à ce public.

Ainsi, la grille met en valeur plusieurs thèmes qui sont les suivants :

- les informations générales ;
- le lien entre la santé mentale et l'ergothérapie ;
- les femmes victimes de violences conjugales ;
- l'équilibre occupationnel ;
- l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales.

## b. Déroulement des entretiens

Pour faire suite à la construction de notre grille d'entretien, nous avons recherché des ergothérapeutes à interroger. Pour ce faire, nous avons partagé une publication sur les réseaux sociaux spécifiant l'objectif et les critères pour participer à l'entretien. Simultanément, nous avons envoyé des mails à plusieurs professionnels susceptibles de correspondre aux différents critères énoncés. Cette phrase de prospection a eu lieu en février et mars 2025.

Sur 5 entretiens, 1 seul s'est déroulé en présentiel et tous les autres ont ainsi été effectués en visio-conférence. Ils ont en moyenne duré 50 minutes, le plus court étant de 37 minutes et le plus long 1h10.

Tableau I : Récapitulatif des personnes interrogées

Entretien n°1	E1	Ergothérapeute en service d'hospitalisation libre
Entretien n°2	E2	Ergothérapeute en CATTP
Entretien n°3	E3	Ergothérapeute en pratique privée
Entretien n°4	E4	Ergothérapeute en équipe mobile
Entretien n°5	E5	Ergothérapeute en service d'hospitalisation libre

### c. Confidentialité et respect de l'anonymat

Au début de chaque entretien, un consentement oral a été obtenu. Les participants ont été sensibilisés au fait que la conversation serait enregistrée dans l'objectif de préserver la véracité de leurs propos. Il a été précisé que les informations socio-administratives seraient modifiées et anonymisées. Les enregistrements ont été détruits une fois les retranscriptions effectuées.

## 4. Analyse des résultats

### a. Analyses longitudinales

#### i. Entretien n°1 : Ergothérapeute 1 (E1)

E1 est un ergothérapeute diplômé d'état depuis 2012. Il a toujours exercé en service de santé mentale et travaille actuellement en milieu hospitalier, dans deux unités de soins libres. Elles accueillent majoritairement des personnes souffrant de troubles psychiques divers (schizophrénie, dépression...) ou ayant vécu des traumatismes, dont les violences conjugales.

#### L'ergothérapie en santé mentale

Selon lui, l'ergothérapie en santé mentale vise à « favoriser une réactivation comportementale ». Il considère que sa profession d'ergothérapeute « remet du sens dans le quotidien, souvent là où il n'y en a plus », notamment à travers des médiations et des activités structurantes.

Il insiste sur l'importance de sa posture et du cadre thérapeutique, surtout en santé mentale : « Il y a des gens qui se sont passés par des trucs vraiment horribles. [...] On se dit, mais comment elle fait pour survivre à tout ça ? Mais ça, ça ne doit pas altérer notre jugement ».

#### Les femmes victimes de violences conjugales

E1 considère que « 15 à 20 % des patientes [qu'il accompagne] ont subi des violences conjugales ». La plupart d'entre elles subissent des violences psychologiques, physiques et parfois même sexuelles.

Il affirme que l'emprise est un élément clé, expliquant que lorsque le phénomène d'emprise est levé, « c'est un moment compliqué. Parce qu'au moment où elle en prend conscience, ben, il y a une forme d'effondrement où elle se dit, mince, je subis tout ça depuis des années, alors que c'est complètement contre mes valeurs ».

Ces violences ont des effets délétères sur la santé mentale : « Tout ça [les violences conjugales], ça va avoir un impact symptomatique : baisse de l'humeur, perte de l'élan vital, idées suicidaires, perte de confiance en soit, le fait de ne plus faire confiance, de ne plus s'affirmer... ».

### Équilibre occupationnel

Pour E1, l'équilibre occupationnel désigne la répartition satisfaisante, pour la personne, des 4 domaines d'occupations : productivité, loisirs, soins personnels et sommeil.

Chez les femmes victimes de violences, cet équilibre est souvent perturbé et déséquilibré : « Il y a cette emprise [...] qui va amener souvent la personne à s'isoler, à ne plus sortir, à ne plus voir ses amis ».

Il travaille à réintroduire des activités signifiantes : « L'idée, ça va être de retrouver un peu ces activités pour la personne, pour que ça ait du sens, pour qu'elle puisse retrouver du plaisir, pour qu'elle puisse retrouver un peu confiance en elle, de se dire en fait, je suis capable et je peux ».

### Accompagnement des femmes victimes de violences conjugales

E1 met en place un accompagnement associant des activités créatives, des moments de verbalisation ou encore d'introspection. Même si E1 n'évoque pas spontanément la notion d'accompagnement psychosocial, il prend en compte les dimensions psychiques, émotionnelles et relationnelles de ses patientes en proposant des médiations adaptées et personnalisées à leurs besoins.

Il insiste sur le fait que l'accompagnement proposé repose sur la collaboration entre tous les professionnels de santé : « On va amener l'élaboration un petit peu des objectifs [thérapeutiques]. Alors évidemment, on n'est pas les seuls. C'est un travail qu'on fait en collaboration avec les médecins, les psychiatres, les psychologues, etc. ».

Enfin, E1 considère que l'ergothérapeute a toute sa place dans cet accompagnement : « Parce qu'on sait que ce que traversent ces personnes, ça a un impact dans leur équilibre occupationnel donc on est là pour leur proposer des outils ».

#### ii. Entretien n°2 : Ergothérapeute 2 (E2)

E2 est une ergothérapeute diplômée depuis 1998, avec 25 ans d'expérience en santé mentale. Elle a notamment travaillé en milieu carcéral et se exerce actuellement en CATTP. Elle intervient auprès d'une population adulte mixte, souffrant de troubles psychiatriques variés.

### Le lien entre la santé mentale et l'ergothérapie

Elle explique que le rôle de l'ergothérapeute est ici centré sur l'animation d'ateliers thérapeutiques : « Souvent en mono-animation mais parfois aussi en coanimation ».

E2 anime des ateliers de relaxation ou encore un atelier stimulant les fonctions cognitives. Faisant les accueils de tous ses patients, elle peut ainsi les orienter elle-même « en fonction des profils des gens, des objectifs et des attentes aussi des personnes [...], ce qu'ils ont envie de travailler ».

### Les femmes victimes de violences conjugales

Deux femmes en particulier sont citées dans l'entretien. Leurs histoires illustrent le mécanisme des violences conjugales, de l'isolement social et/ou financier jusqu'à la violence physique extrême : « Elle s'est prise des coups de couteau dans le visage. Son but, c'était de la défigurer ».

Ces violences laissent d'importantes séquelles psychiques telles que « de la dépression, des attaques de panique, des crises d'angoisse [...], du stress post-traumatique, parfois même des idées suicidaires ». Tout cela va impacter tous les aspects de leur vie, notamment leur capacité à reprendre un emploi ou à maintenir des relations sociales.

E2 évoque le sentiment de culpabilité et l'attente de décision de justice qui peuvent s'avérer être des éléments freins au bien être de ces femmes : « La culpabilité de tout ça, de s'être fait piéger et de ne pas arriver à remonter, de ne pas retrouver la force de redémarrer quelque chose, en vivant tout le temps dans la peur qu'il arrive quelque chose ».

### L'équilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel est défini par E2 comme étant « quand la personne arrive à s'occuper dans sa vie quotidienne et à se prendre en charge sur tous les niveaux [...] avec des niveaux de satisfaction ».

Chez les femmes victimes de violences, E2 considère que cet équilibre est systématiquement perturbé : isolement, perte de motivation, arrêt de travail, absence de loisirs. Elle nous explique : « La plupart du temps, elles ne travaillent plus [...] elles ont arrêté toute activité de loisir. Elles ne font plus rien souvent ».

Les facteurs influençant ce déséquilibre sont multiples, mais la peur en est un déterminant majeur : « même si ça peut bien se passer [...] elles anticipent d'autres trucs et elles se privent

de plein de choses ». Elle évoque un cercle vicieux où l'angoisse alimente le stress et l'isolement, empêchant tout retour à une vie « équilibrée ».

### L'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales

E2 accompagne principalement ces patientes via la création d'un espace sécurisant, notamment à travers la relaxation : « Elle se sentait en sécurité dans l'atelier. [...] C'était le seul endroit où elle arrivait à dormir ». La relaxation est ici une activité thérapeutique liant bien-être physique (relâchement) et psychique (moment d'évasion, de vide mental) avec la notion de partage en groupe.

E2 considère avoir comme objectif de fournir un accompagnement psychosocial : « Mon objectif numéro 1 était d'améliorer le bien-être physique, psychique et social [...] les objectifs d'expression du vécu, du ressenti, les émotions à travers des productions et dans les échanges avec le groupe. Et favoriser le développement d'une image de soi plus positive, permettre d'être mieux armée aussi pour gérer ses émotions, son stress. Travailler sur l'altération de la perception de soi aussi, parce que souvent, ça, ça c'est tombé en ruine ».

Tout cela rejoint les notions psychiques, émotionnelles et relationnelles induites dans l'accompagnement psychosocial.

Enfin, E2 conclut sur la légitimité de l'ergothérapeute dans cet accompagnement : « On est complètement légitime [...] tout ce qui va découler de leurs agressions va changer leur quotidien et leur psychisme et comme ça touche le quotidien, on a un rôle à jouer ».

### iii. Entretien n°3 : Ergothérapeute 3 (E3)

E3 est ergothérapeute depuis 2017, formée en France et au Canada. Elle a réalisé son mémoire de master sur les violences conjugales à l'égard des femmes en situation de handicap. E3 a travaillé pendant 1 an au Canada en service de santé mentale, dit de « pratique privée ».

Le fonctionnement du service de santé étant différent entre ces deux pays, elle explique : « Quand on fait un burn-out, quand on fait une dépression, quand on a des problématiques pour retourner au travail, liées à des problèmes de santé mentale, c'est plus un réflexe d'aller voir un ergothérapeute qu'en France ».

### Le lien entre la santé mentale et l'ergothérapie

E3 définit l'ergothérapeute comme un promoteur de l'occupation. Elle considère que son rôle est de « faire en sorte que la personne puisse se rétablir au travers d'occupations et de l'accompagner dans son cheminement », soulignant l'importance d'agir sur les dimensions psychologiques, cognitives, et pour espérer viser un équilibre de vie satisfaisant. « On fait une évaluation, on fait un diagnostic ergothérapeutique, et puis après, on construit un plan d'intervention avec des objectifs SMART, avec la personne et une finalité. En général, la finalité, c'est le retour au travail, la reprise des activités, la mise en place d'activités de bénévoles ».

E3 explique que son lieu de travail était une clinique privée, constituée d'ergothérapeutes uniquement.

### Les femmes victimes de violences conjugales

E3 a rencontré des femmes ayant subies des violences de la part de leur conjoint, parfois physiques ou encore psychologiques.

Ces violences, qu'importe leur forme, modifiaient le fonctionnement des femmes qui en étaient victimes : « Ça a impacté leur santé mentale, la violence qu'elles vivaient. Forcément, avec tout ce qu'on connaît, l'état de stress post-traumatique, tout ce qui peut être secondaire ou violence physique qu'elles subissent. Et donc forcément, après, l'isolement, tous les effets secondaires, l'isolement qui peut engendrer la dépression, de l'anxiété ».

Elle décrit des cercles vicieux, où l'isolement social alimente la dépendance au conjoint violent, ce qui complique la sortie de la situation.

### L'équilibre occupationnel

E3 définit l'équilibre occupationnel comme un « juste équilibre entre des activités de productivité, de soins personnels et de loisirs ». Les violences entraînent fréquemment des privations occupationnelles qui, selon E3, « peuvent engendrer des déséquilibres ».

Toutefois, elle nuance cette idée en expliquant que certaines femmes peuvent ne pas percevoir ce déséquilibre si elles sont dans le déni ou parviennent, malgré les violences, à gérer leur quotidien.

### L'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales

L'accompagnement mis en œuvre par E3 repose sur une approche individualisée s'adaptant au contexte de vie de ses patientes.

Elle insiste sur l'importance de respecter les demandes et choix de la personne : « c'est pas toujours son désir en fait de quitter son partenaire et de quitter la situation violente donc dans ces cas-là, c'est de faire en sorte [...] d'améliorer son équilibre occupationnel ».

E3 considère prodiguer un accompagnement psychosocial car selon elle, il s'agit de « prendre en compte à la fois le psychique de la personne et ses autres caractéristiques ». Cela se traduit par la prise en compte de multiples dimensions : environnement physique/social/financier...en plus des vulnérabilités physiques et/ou psychiques déjà présentes chez ses patientes.

Cependant, elle illustre les difficultés de certains accompagnements : « C'est sûr que quelqu'un qui n'a aucun revenu, va avoir plus de mal à se séparer de son conjoint que quelqu'un qui a des revenus, un métier, des amis ».

Pour finir, E3 soutient la légitimité de l'ergothérapeute dans ce domaine : « je pense que les ergos ont particulièrement leur rôle [...] les activités sont un levier pour sortir de la violence », insistant sur l'importance de notre approche plus occupationnelle que celle des autres professionnels de santé.

#### iv. Entretien n°4 : Ergothérapeute 4 (E4)

E4 est ergothérapeute depuis 2020 et a exercé exclusivement en santé mentale. Il travaille au sein d'un département de réhabilitation psychosociale, dans deux équipes mobiles. Une est dédiée aux personnes avec des troubles psychiques sévères (schizophrénie, bipolarité...) et l'autre aux troubles du spectre de l'autisme. Son travail s'inscrit dans une démarche de santé dite communautaire.

### Lien entre santé mentale et ergothérapie

Pour E4, le rôle de l'ergothérapeute, dans son service de santé mentale, est « centré sur le maintien d'un équilibre occupationnel et le maintien d'un niveau d'autonomie satisfaisant ».

Il insiste sur l'idée que son travail consiste à accompagner les personnes en tenant compte de leurs capacités actuelles au moment de la prise en soin : « on n'est pas du tout dans une

perspective de retravailler les fonctions, mais plutôt de compenser les difficultés dans le quotidien ».

Pour lui, l'objectif est de favoriser l'inclusion et connexion sociale de ses patients par des moyens concrets comme « des loisirs, des activités associatives, du bénévolat ».

Il considère l'ergothérapeute comme un professionnel avec une vision holistique de l'accompagnement, lui donnant un rôle parfois de « référent de situations ».

### Femmes victimes de violences conjugales

E4 déclare avoir accompagné « entre 4 et 5 femmes où la violence était avérée ou en cours ». Toutefois, il reconnaît que ce chiffre pourrait être sous-estimé : « Je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui ne viennent pas nous le dire à nous ».

Il a fait face à des situations de violences physiques et psychologiques. Il précise qu'il s'agissait de violences verbales plus précisément, qui selon lui, sont beaucoup banalisées : « La violence verbale dans une relation intime, conjugale, ça ne les marque pas tant que ça, malheureusement ».

Il souligne également le lien existant entre les situations de violences et les troubles psychiques : « Il y a un impact fort sur la santé mentale [...] on peut accompagner ces personnes pour un trouble psychique et du coup, il y a un autre trouble qui s'ajoute en lien avec la violence qui peut en découler ».

Il explique que l'augmentation de consommation de toxiques (alcool, tabac...), le repli social, la baisse de l'estime ou encore la dépression peuvent être des conséquences à ces situations. Il évoque également la place importante de la culpabilité des victimes.

### Équilibre occupationnel

D'abord, E4 explique que « l'équilibre occupationnel est individuel et propre à chacun » et le définit comme étant un « équilibre entre toutes ses activités de vie quotidienne, soins personnels, loisirs, productivité ».

Il considère que la plupart de ses patientes sont alors en situation de déséquilibre occupationnel, d'autant plus lorsqu'il y a violence conjugales.

« [Le déséquilibre occupationnel] c'est quelque chose qu'on retrouve énormément dans les personnes avec un trouble psychique et aussi quand elles subissent ces violences, parce que le

repli sur soi, la perte d'intérêt dans ses activités type se faire à manger, prendre soin de son corps... ».

Son travail consiste à favoriser la prise de conscience chez les personnes qu'il accompagne : « On travaille avec elles sur des petits changements dans le quotidien, qui sont des tout petits changements, qui permettent d'instaurer une dynamique de changement [...] des petits changements qui vont permettre de plus gros changements après dans le quotidien ».

#### Accompagnement des femmes victimes de violences conjugales

L'approche d'E4 est individualisée : « Il n'y a pas d'accompagnement type [...] le rétablissement étant individuel, on ne peut pas faire la même chose chez tout le monde ».

Il insiste sur l'importance de l'accompagnement psychosocial qui est « centré sur la personne, ses activités, son environnement ». Il évoque notamment les différentes compétences psychosociales et déclare qu'elles « servent le rétablissement et ne vont que dans le sens d'une amélioration de la qualité de vie de la personne, et l'amélioration de leur épanouissement ».

Pour lui, « l'accompagnement de l'après, l'accompagnement de la conséquence psychique de la violence conjugale », relève pleinement du rôle de l'ergothérapeute et affirme ainsi la légitimité de la profession à intervenir dans ces situations.

Néanmoins, il se montre lucide sur les limites du rôle d'ergothérapeute, en particulier pour les démarches judiciaires : « On passe toujours la main pour la gestion judiciaire ; il faut aussi qu'il y ait une grosse place pour la justice, pour la police, pour le médecin légiste, etc. ».

#### v. Entretien n°5 : Ergothérapeute 5 (E5)

E5 est une ergothérapeute retraitée après 40 ans de métier. Elle a exercé la presque totalité de sa carrière en psychiatrie, en milieu ouvert et fermé. La population rencontrée en milieu ouvert présentait des troubles psychiques divers, plus stables qu'en milieu fermé (dépression, troubles du comportement alimentaire, névrose, schizophrénie).

#### Lien entre santé mentale et ergothérapie

E5 défend l'idée que l'ergothérapeute « devrait jouer un rôle dans les trois dimensions de la santé mentale » : soit la prévention, la détresse psychique réactionnelle (suite à un événement de vie) et les troubles psychiatriques/psychiques. Elle insiste particulièrement sur cette dernière

en expliquant que « les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans le sens d'aider la personne à prendre soin d'elle, à s'écouter, à pouvoir retrouver des compétences à être bien, bien dans sa peau, bien dans son être, pour pouvoir à nouveau s'engager dans des occupations, retrouver un équilibre occupationnel, etc. ».

E5 pratiquait une prise en soin holistique, centrée sur la dimension intrapsychique. Selon elle, « avant de vouloir que la personne puisse faire des choix ou retrouver des compétences, il faut déjà qu'elle puisse se sentir exister, se sentir distinguée de l'autre et se sentir avoir des capacités de choix et un libre arbitre ».

### Femmes victimes de violences conjugales

E5 évoque principalement les violences physiques et morales, souvent minimisées, par les victimes elles-mêmes : « Il y avait souvent des violences morales dont elles ne se rendaient pas toujours compte ». C'est grâce au travail de groupe que la phénomène de prise de conscience se faisait : « C'est souvent là qu'elles découvraient ce qu'elles avaient pu accepter ».

Sa pratique était davantage axée sur des médiations « de création, de projection ou d'émotions », que sur les activités de vie quotidienne.

Néanmoins, E5 avait remarqué que « les répercussions dans la vie quotidienne, c'était plutôt du côté du domaine de ne pas prendre soin de soi ».

Elle décrit aussi un « état d'anxiété anticipatrice » dans lequel les victimes « restent en situation de penser que c'est de leur faute ».

### Équilibre occupationnel

Elle définit l'équilibre occupationnel comme « une juste répartition des activités qui permet à la personne d'avoir une vie qui soit satisfaisante, pleine de sens et qui soit bonne pour elle ». Ainsi, chez les femmes violentées, le déséquilibre est important : « Tout ce qui était du domaine du plaisir et du soin personnel n'était pas là, puisqu'elles se vivaient comme mauvais objets ».

Elle considère que pour favoriser le retour de l'équilibre occupationnel il faut d'abord restaurer l'estime de soi : « On attendait que l'équilibre occupationnel revienne une fois que la personne avait retrouvé un bon sentiment de valeur interne et une bonne conscience d'elle-même. Et tout ce qui en découle, à savoir la conscience de soi, amène le sentiment de valeur, amène le sentiment d'affirmation possible, etc. Et ensuite, les occupations en découlent ».

### L'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales

Bien qu'elle insiste sur sa focalisation sur l'intrapsychique, elle affirme : « Ce que je faisais était tout à fait psychosocial, puisque je me préoccupais de la dimension psychique de la personne, de la dimension relationnelle et de sa façon de vivre les émotions ».

Elle distingue cependant sa pratique de celle issue de la réhabilitation psychosociale, qui s'adresse à des patients stabilisés. Elle précise : « La réhabilitation psychosociale, pour moi, c'est quelque chose qui vient après [...] une personne qui est battue, tu la mets dans un groupe, ce n'est pas là qu'elle va faire le plus de découvertes sur elle-même ». Pour elle, l'accompagnement psychosocial passe d'abord par un travail d'introspection, de symbolisation et de sécurité affective avant d'engager des dynamiques plus sociales.

Enfin, E5 affirme la légitimité de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de ce public : « Ce sont des personnes qui ont besoin de retrouver des compétences à prendre soin d'elles [...] on est complètement légitime, puisqu'on est sur des occupations de soins personnels ».

#### **b. Analyse transversale**

Dans cette partie, nous analyserons et croiserons les dire d'experts des différents participants aux entretiens

Tout d'abord, les cinq ergothérapeutes interrogés ont en commun une pratique axée dans le champ de la santé mentale. Qu'ils soient jeunes diplômés comme E4 ou retraités après quarante années de carrière comme E5, tous ont été confrontés, à un moment ou un autre, à l'accompagnement de femmes victimes de violences conjugales. Si cette problématique ne faisait pas partie de leur domaine de spécialité, elle leur est apparue au fil des rencontres sur le terrain. Certains, comme E3, ont enrichi leur formation à l'international, pour mieux y faire face.

Cette diversité d'expériences donne à l'analyse une richesse et met valeur des points de convergence sur la place et légitimité de l'ergothérapeute auprès du public de femmes victimes de violences conjugales.

### Le lien entre santé mentale et ergothérapie

Tous les ergothérapeutes interrogés soutiennent une approche holistique de l'ergothérapie en santé mentale. Tous s'accordent à dire que l'objectif n'est pas seulement d'amener la personne à reprendre des activités, mais de l'aider à se reconstruire à travers des occupations qui ont du sens. L'ergothérapeute agit comme un guide qui permet à la personne de renouer avec ses ressources internes (revalorisation narcissique, acceptation de soi..).

E1, par exemple, parle de « remettre du sens dans le quotidien », soulignant que l'ergothérapie en santé mentale ne se limite pas à des activités manuelles. Elle a pour but de permettre aux patients de retrouver un ancrage dans leur vie en réintroduisant des activités significatives.

Cette idée rejoint celle d'E5, qui insiste sur l'importance de « se sentir exister », un besoin qui peut être difficile à atteindre dans des situations de violences conjugales, où l'estime de soi et l'identité sont bouleversés.

Ainsi, dans le domaine de la santé mentale, l'ergothérapie se fonde sur une compréhension globale de la personne en prenant en compte tout le contexte l'encadrant : ses émotions, son histoire personnelle et son environnement, qu'il soit humain, architectural ou encore financier...

L'objectif est de favoriser l'autonomie en redonnant à la personne la possibilité de se remettre en action grâce à des occupations, qui elles même contribuent à l'amélioration de sa santé mentale.

### Les femmes victimes de violences conjugales

Tous les ergothérapeutes évoquent différentes situations marquées par des violences physiques, psychologiques ou économiques. Ces violences sont parfois extrêmement graves, allant jusqu'aux coups de couteau décrits par E2, et sont souvent banalisées par les femmes elles-mêmes.

La notion d'emprise revient fréquemment dans les discours : E3 décrit les stratégies de contrôle et d'isolement mises en place par les conjoints violents tandis qu'E1 nous évoque le mal être des femmes lorsque le déni est remplacé par la prise de conscience de ce qui a été subi.

Qu'importe la forme des violences, celles-ci laissent de profondes séquelles, qui vont impacter la santé mentale des victimes de façon non négligeable. Les 5 personnes interrogées nous témoignent de la présence, chez leurs patientes, de symptômes assez similaires : états dépressifs, anxiété, repli sur soi, troubles du sommeil, trouble de l'alimentation, voire idées suicidaires...

Mais, au-delà de ces symptômes, les ergothérapeutes nous rapportent aussi des atteintes plus générales quant à l'estime de soi, à la capacité de faire des choix, et au rapport à l'environnement. E2 parle d'un « effacement de soi », rendant ainsi difficile toute forme d'investissement dans la vie quotidienne.

Dans ce contexte, le rôle de l'ergothérapeute va être d'entrer en relation avec ces personnes fragilisées. C'est pour cela qu'E4 aborde l'importance d'une posture d'écoute inconditionnelle, respectueuse des rythmes et limites de chacune.

Tous rappellent que le processus d'accompagnement ne peut être linéaire mais ressemble plutôt, comme le décrit E4, à un chemin en « dents de scie ». Il demande de la patience et une capacité d'adaptation constante face aux fluctuantes des capacités et de l'humeur des victimes.

L'ergothérapie peut alors jouer un rôle central dans la reconstruction de ces femmes. Comme dit précédemment, il ne s'agit pas simplement de proposer des activités ; mais plutôt de recréer un espace sécurisant où la victime peut redevenir actrice de son quotidien. Pour E3, cela passe par la restauration de la capacité à choisir, à s'exprimer et ainsi à retrouver une forme de contrôle sur sa vie.

Les ergothérapeutes soulignent à quel point les violences conjugales touchent toutes les dimensions de l'existence des femmes : que ce soit le rapport à leur corps, le rapport aux autres et le rapport à leur propre quotidien.

Ainsi, c'est grâce à une approche centrée sur la patiente, que l'ergothérapie peut offrir un espace de rétablissement, en soutenant un retour vers le pouvoir d'action et de choix.

### L'équilibre occupationnel

La notion d'équilibre occupationnel est évoquée par tous les ergothérapeutes comme une notion clé dans le travail auprès des femmes victimes de violences conjugales.

Tous insistent sur la manière dont cet équilibre, entre les soins personnels, la productivité, les loisirs et le repos, se trouve modifié chez ces patientes.

De nombreuses femmes arrivent en accompagnement après avoir, parfois durant des années, mis de côté leurs propres besoins, mobilisant l'essentiel de leur temps et de leur énergie pour faire face aux violences infligées par leur conjoint.

Pour E2, cette perte d'équilibre se manifeste par une désorganisation du temps et un effondrement des repères.

L'absence de rythme ou d'activités signifiantes conduit à un désengagement progressif des victimes vis-à-vis de leur propre quotidien. E3 explique que certaines femmes ont « oublié ce qu'elles aiment faire », tant elles se sont effacées dans la relation abusive.

Ainsi, ce déséquilibre est une conséquence directe de l'emprise et des violence subies.

Dans ce contexte, le rétablissement de cet équilibre est l'objectif commun à l'ensemble des ergothérapeutes interrogés. Cependant, il est évoqué différemment selon les professionnels. E4 s'y réfère explicitement en utilisant des outils ciblés comme la MCREO ou l'ELADEB pour évaluer le déséquilibre. A l'inverse, E5 nous explique ne jamais aborder directement les occupations de vie quotidienne, préférant travailler d'abord la reconstruction de la personne via des activités significatives.

Malgré leurs approches variables, ils cherchent à restaurer cet équilibre progressivement, en s'appuyant sur les ressources et les capacités de leurs patientes. Cela passe souvent, comme le souligne E5, par « la revalorisation des petites choses ». E4 met en avant l'importance du rythme : réintroduire des temps de pause, de loisir, mais aussi réapprendre à alterner entre action et repos.

Il ne s'agit pas de viser immédiatement l'équilibre occupationnel idéal, mais de construire en collaboration avec la personne un nouveau rapport aux activités et à leur organisation. L'objectif, pour E1, est de remettre en action la personne, sans la brusquer.

Nous retrouvons ainsi l'idée que le rôle de l'ergothérapeute est de créer un espace de réappropriation, où les occupations sont choisies et facteurs de plaisir et bien être.

Alors, l'équilibre occupationnel apparaît alors comme à la fois un indicateur de souffrance et comme un levier de reconstruction.

Son rétablissement, même partiel, peut permettre aux femmes accompagnées de retrouver une certaine stabilité psychique et donc une meilleure qualité de vie.

### L'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales

Tout d'abord, les cinq ergothérapeutes interrogés affirment la légitimité de leur métier dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. L'ergothérapie, par son approche personne – environnement – occupation, a sa place dans cet accompagnement. En effet, elle permet le soutien de ces femmes dans le réinvestissement de leurs capacités et ainsi le réinvestissement progressif dans leur quotidien.

Néanmoins, la manière d'accompagner ces femmes varie selon les professionnels. Chacun explique avoir recours à diverses médiations : relaxation, ateliers polyvalents composés de diverses activités manuelles/créatives ou encore groupes d'expression. Toutes ont un objectif commun : proposer un lieu calme et sécurisé, où le rythme de chacun est respecté et où les choix des patientes sont encouragés et valorisés.

Malgré la diversité des pratiques, tous s'accordent sur un principe fondamental : l'individualisation et la personnalisation de l'accompagnement.

Chaque patiente, victime de violences conjugales, présente une histoire singulière et des besoins spécifiques, ce qui va exiger une adaptation constante des professionnels au cours des prises en soin.

Si les cinq ergothérapeutes déclarent tous être dans une démarche psychosociale, leur image de cette notion et sa place dans leur pratique professionnelle diffèrent légèrement.

En effet, E5 l'envisage plutôt comme un prérequis aux occupations et estime qu'il faut d'abord passer par un temps de travail sur soi, élaboration des conflits internes et prise de conscience sur sa situation, avant de pouvoir s'engager dans des occupations au sens plus large

Tandis que les autres (E1, E2, E3 et E4) la perçoivent au sein de l'action même et pensent que l'engagement dans des occupations, aussi minime soit-il, favorise la restauration de la confiance en soi et en les autres ou encore le lien social.

Enfin, tous reconnaissent la nécessité d'un accompagnement global et pluridisciplinaire, conscients des limites de leur champ d'intervention. L'ergothérapie est reconnue comme une composante essentielle mais ne constitue pas à elle seule le processus de rétablissement.

Pour reprendre les mots d'E1 : « il y a vraiment la complémentarité entre tous les métiers », implicite ainsi les nombreux autres professionnels de santé ayant leur place dans ce domaine d'intervention.

## 5. Vérification de l'hypothèse

Lors de notre partie théorique, notre étude nous a amené à nous poser la question de recherche suivante :

**Comment l'ergothérapeute contribue-t-il au rétablissement de l'équilibre occupationnel des femmes victimes de violences conjugales ?**

Notre hypothèse était la suivante :

**L'accompagnement psychosocial, proposé par l'ergothérapeute, favorise le rétablissement de l'équilibre occupationnel des femmes victimes de violences conjugales.**

L'analyse des données recueillies grâce à nos entretiens semi-directifs permet de valider notre hypothèse.

En effet, bien que la définition et mise en œuvre de cet accompagnement varient selon les professionnels, et malgré la nuance apportée par E1 quant au moment opportun pour l'introduire : celui-ci est perçu comme essentiel au rétablissement de l'équilibre occupationnel.

Tous les ergothérapeutes s'accordent sur sa pertinence et son utilité.

# Discussion

## 1. Limites et biais de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites.

Tout d'abord, lors de notre partie théorique, nous avons été confronté à un biais: le faible nombre d'écrits liant spécifiquement l'ergothérapie aux violences conjugales. En effet, la littérature sur ce sujet est très limitée, ce qui nous a contraints à nous appuyer sur des ressources indirectes.

Ensuite, lors de notre partie exploratoire, la taille restreinte de l'échantillon limite la valeur de nos résultats. Bien que les cinq entretiens nous ont permis d'approfondir la thématique et la compréhension des pratiques d'accompagnement, ils ne reflètent qu'une infime partie des pratiques professionnelles en ergothérapie. Pour obtenir des résultats plus généralisables, il aurait été pertinent de réaliser davantage d'entretiens.

Par ailleurs, deux entretiens ont été réalisés sur deux jours consécutifs. Il se peut que lors du second entretien, la discussion et la formulation de nos questions aient été influencé par l'entretien ayant eu lieu la veille.

A cela s'ajoute le fait qu'il aurait pu être intéressant et pertinent d'interroger des patientes ayant vécu des violences conjugales et ayant bénéficié d'un accompagnement en ergothérapie. Cela aurait pu offrir une vision supplémentaire et enrichir notre compréhension de du sujet.

Enfin, la sensibilité du thème a pu influencer le discours des participants mais aussi nos propres recherches ainsi que la construction de la grille d'entretien. En effet, malgré notre posture de professionnel de santé, nous restons humains et pouvons être émotionnellement affectés par certains témoignages ou par la complexité du sujet, ce qui peut influencer nos propos.

## 2. Constats et préconisations

A l'issue de ce mémoire d'initiation à la recherche, plusieurs constats émergent et plusieurs préconisations peuvent ainsi être formulées.

### a. Renforcer la recherche en ergothérapie à propos des violences conjugales

L'un des constats majeurs de notre étude est le manque d'écrits scientifiques liant spécifiquement les violences conjugales et l'ergothérapie. Ce manque théorique s'est avéré être, comme énoncé précédemment, une limite vis-à-vis de notre recherche. Cette rareté d'écrits nous ayant impactée, peut également impacter n'importe quel autre professionnel de santé qui souhaiterait développer ses connaissances à ce sujet.

Il est ainsi nécessaire d'encourager la recherche et la création d'écrits dans ce domaine. Cela peut passer par la rédaction d'article scientifique, de mémoire, de description d'études de cas ou encore par des recherches plus larges (interprofessionnelle...).

Produire des écrits scientifiques permettrait de rendre plus visible et explicite le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales et ainsi de violences en général. Cela permettrait également de valoriser de potentielles approches déjà mises en places, efficaces mais peu connues.

### b. Intégrer la thématique des violences au sein de la formation

Sur les cinq ergothérapeutes interrogés, quatre ont indiqué ne pas avoir suivi de formation spécifique sur la thématique des violences conjugales. Pourtant, l'ensemble d'entre eux a souligné l'intérêt et l'importance d'aborder ce sujet dès la formation initiale. Ce manque de formation et de connaissances, met en lumière la nécessité de renforcer les contenus pédagogiques à propos des violences conjugales et des violences de façon plus générale.

Evoquer cette thématique dans l'Unité d'Enseignement 2.5, consacrée aux dysfonctionnements cognitifs et psychiques, apparaît alors comme particulièrement intéressant. Cela permettrait de sensibiliser les étudiants et futurs ergothérapeutes aux impacts psychologiques des violences, très souvent présentes chez les victimes.

De même, l'unité d'enseignement 4.2, axée sur la relation et la communication, pourrait également aborder la posture professionnelle à adopter lors de l'accompagnement de ces situations parfois complexes.

Malgré tout, il est important de notifier que dans le cadre de notre deuxième année de formation, une intervention du CIDFF, Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles, de Nancy nous avait été proposée. Elle avait permis de découvrir un dispositif d'accompagnement local et ainsi favoriser la mise en réseau.

Cette intervention, quoi que très pertinente et utile, serait à réitérer lors de la troisième année de formation. Nous pensons que cela serait plus intéressant étant donné que les étudiants sont à l'entrée de la vie professionnelle et sont également plus formés et aptes à appréhender ces situations complexes. Cela permettrait d'ancrer plus durablement les connaissances et informations apportées par l'intervention et renforcerait leur capacité à agir de façon plus adaptée.

### c. Développer des outils d'intervention spécifiques en ergothérapie

Un autre constat qui ressort de ce travail est le manque d'outils spécifiquement conçus pour accompagner les femmes victimes de violences conjugales en ergothérapie. Cette absence peut alors freiner la mise en œuvre d'intervention adaptée à ces contextes parfois très complexes.

Pour répondre à ce manque, il serait pertinent de développer un ou plusieurs outils d'intervention en ergothérapie.

D'abord, il pourrait être possible d'adapter certains outils déjà existants en santé mentale ou en réinsertion sociale. En effet, la grille d'évaluation du déséquilibre occupationnel ou encore des outils d'auto-évaluation comme l'ELADEB (échelle de mesure subjective des difficultés et du besoin d'aide de la personne évaluée) pourraient convenir à ces situations. Une adaptation adéquate, qui tiendrait compte de la dimension traumatique et de la vulnérabilité psychologique de la personne, serait importante pour favoriser la pertinence de ces outils.

L'utilisation de modèles conceptuels centrés sur la personne et ses occupations, comme le MCREO, pourrait offrir une base de départ pour construire des outils d'intervention adaptés. Ce modèle permet d'aborder la personne dans sa globalité et prend en compte son histoire, ses besoins, ses ressources ou encore ses environnements, ce qui est essentiel dans les situations de

violences conjugales. Il favorise une approche contextualisée et personnalisée, nécessaire pour soutenir la reconstruction identitaire et l'autonomie de la personne.

Enfin, le développement de partenariats interprofessionnels paraît essentiel pour renforcer l'impact de l'intervention ergothérapie mais aussi s'assurer d'une bonne prise en soin de la personne. En collaborant avec des associations spécialisées, des structures et services juridiques ou d'autres professionnels de santé qualifiés, l'ergothérapeute peut s'inscrire dans un réseau de partenariats cohérents et utiles et ainsi mobiliser des ressources complémentaires si besoin. Ces liens faciliteraient également l'orientation des patientes et la réponse à leurs besoins, parfois très spécifiques.

#### d. Favoriser l'intégration de l'ergothérapeute dans les structures spécialisées

Au cours de nos recherches et des entretiens avec des ergothérapeutes issus de contextes professionnels divers, nous avons appris l'existence de structures spécialisées dans l'accueil et hébergement de femmes victimes de violences conjugales.

Ces lieux sont souvent constitués d'équipe pluridisciplinaire alliant travailleurs sociaux, infirmiers ou encore psychologues. En France, la présence d'ergothérapeute y est inexistante contrairement au Canada, où elle est plus démocratisée.

Pourtant, l'intervention en ergothérapie pourrait venir compléter et enrichir l'accompagnement déjà proposé, en se basant sur les activités de vie quotidienne des victimes. La présence d'un ergothérapeute permettrait notamment l'évaluation des situations de déséquilibre occupationnel, la reconstruction de routine et de façon plus générale la favorisation du retour à l'autonomie.

Encourager le développement de la profession, en dehors du cadre hospitalier classique, offrirait une réponse plus complète et adéquate aux besoins de ces femmes.

Ainsi, c'est à travers ces constats qu'il est évident que l'ergothérapie joue et peut jouer un rôle encore plus important dans la reconstruction et le rétablissement de l'équilibre occupationnel des femmes victimes de violences conjugales.

La recherche, la formation ou encore le développement d'outils sont des moyens permettant de renforcer l'efficacité et la légitimité de l'intervention par l'ergothérapie.

## Conclusion

Notre mémoire d'initiation à la recherche a porté sur la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales.

Cette thématique, pourtant d'actualité, demeure encore peu explorée dans la littérature scientifique en ergothérapie. Elle soulève des enjeux cliniques, sociaux mais aussi éthiques. En nous appuyant sur notre partie théorique abordant les notions d'accompagnement, de violences, d'équilibre occupationnel ou encore du rétablissement ; nous avons tenté de cerner la place de l'ergothérapeute dans ces contextes particuliers que sont les violences conjugales.

Notre problématique interroge la manière dont les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle dans le rétablissement de l'équilibre occupationnel.

Nous avons alors formulé l'hypothèse suivante : l'accompagnement psychosocial, proposé par l'ergothérapeute, favorise le rétablissement de cet équilibre. Cette hypothèse repose sur l'idée que l'ergothérapeute, par son approche centrée sur la personne et sa capacité à prendre en compte les dimensions cognitives, émotionnelles et sociales, est en mesure d'accompagner les femmes victimes de violences conjugales.

Ainsi, nous avons mené une étude qualitative à travers cinq entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes, exerçant ou ayant exercé en service de santé mentale dit « ouvert » et ayant été confrontés à ce public.

L'analyse des données recueillies a permis de valider notre hypothèse. Bien que les définitions et modalités d'accompagnement varient d'un professionnel à l'autre, tous s'accordent sur son utilité dans le soutien à ces femmes. Certains envisagent cette dimension comme un préalable à tout engagement occupationnel, tandis que d'autres l'intègrent directement à l'action, en s'appuyant sur les occupations comme leviers de reconstruction de la personne. Tous s'accordent également sur l'importance de créer un espace sécurisé, d'individualiser l'accompagnement et de respecter le rythme des patientes.

Ainsi, il apparaît que l'ergothérapeute, par sa posture, ses outils et sa compréhension du lien entre l'individu, ses occupations et son environnement, joue un rôle pertinent dans la restauration de l'équilibre occupationnel. Son intervention contribue à la reconstruction progressive d'une vie quotidienne significative, dans le respect de la personne et de son parcours.

Ce travail met donc en lumière une contribution spécifique de l'ergothérapie auprès d'un public encore trop peu étudié dans ce champ.

Enfin, ce mémoire d'initiation à la recherche ouvre la voie à de futures investigations, notamment en lien plus direct avec les structures d'accueil spécialisées. Approfondir la réflexion sur le terrain, notamment au sein de maisons d'accueil pour femmes victimes de violences conjugales, permettrait d'enrichir la compréhension des besoins spécifiques de ce public. Croiser les points de vue entre l'ergothérapie et les autres professions de l'accompagnement favoriserait certainement une approche plus adaptée et cohérente. Une telle démarche contribuerait également à mieux définir la place de l'ergothérapeute dans ces structures, et à encourager le développement de dispositifs d'intervention spécifiques, à la hauteur des enjeux liés à de tels contextes.

# Bibliographie

- Accompagnement—Définitions, synonymes, prononciation, exemples.* (2024). Dico en ligne Le Robert. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/accompagnement>
- Addi, L. (2001). Violence symbolique et statut du politique dans l'œuvre de Pierre Bourdieu. *Revue française de science politique*, 51(6), 949-963.  
<https://doi.org/10.3917/rfsp.516.0949>
- Affaire des viols de Mazan—Wikipédia.* (2024, septembre 18).  
[https://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire\\_des\\_viols\\_de\\_Mazan](https://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire_des_viols_de_Mazan)
- Ameline, S., & Levannier, M. (2021). Chapitre 7. Démarche d'accompagnement personnalisé à partir de la situation et du projet individuel de la personne. *AS/AP*, 31-34.
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.
- Article 222-14-3—Code pénal—Légifrance.* (2010).  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000022469908](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022469908)
- Bantman, P. (2005). La famille comme « partenaire thérapeutique ». *Che vuoi ?*, 01(3), 49-60.  
<https://doi.org/10.3917/chev.hs01.0049>
- Bernez, A., & Launois, M. (2022). Ergothérapie : Vers une vie porteuse de sens. *VST - Vie sociale et traitements*, 153(1), 94-100. <https://doi.org/10.3917/vst.153.0094>
- Bonnet, C. (2021). La relation d'accompagnement. *Trames*, 39-61.
- Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1970). *La reproduction* (de Minuit).
- Christiansen, C., & Townsend, E. A. (2004). *Introduction to Occupation : The Art and Science of Living : New Multidisciplinary Perspectives for Understanding Human Occupation as a Central Feature of Individual Experience and Social Organization* (Prentice Hall). Prentice Hall.
- Compétences psychosociales (CPS).* (2022, octobre 18).  
<https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psycho-sociales-cps>

*Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes.* (1993). OHCHR.

<https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>

Duboc, C. (2022, août 16). *Rétablissement.* Centre ressource réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-retablissement->

*Effets de la violence conjugale sur les victimes.* (2010). Unaf. <https://www.unaf.fr/expert-des-familles/revue-realites-familiales/realites-familiales/effets-de-la-violence-conjugale-sur-les-victimes/>

*Foire aux questions, formes de violence à l'égard des femmes et des filles.* (2024, juin 27).

ONU Femmes. <https://www.unwomen.org/fr/articles/foire-aux-questions/foire-aux-questions-formes-de-violence-a-legard-des-femmes-et-des-filles>

Franck, N., & Picolet, É. (2017a). Restaurer les capacités d'autodétermination pour favoriser le rétablissement. *Perspectives Psy*, 56(3), 203-210.

<https://doi.org/10.1051/ppsy/201756203>

Franck, N., & Picolet, É. (2017b). Restaurer les capacités d'autodétermination pour favoriser le rétablissement. *Perspectives Psy*, 56(3), 203-210.

<https://doi.org/10.1051/ppsy/201756203>

Henrion, R. (2001). *Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : Rapport au ministre chargé de la santé.*

Javaherian-Dysinger, H., Krpalek, D., Huecker, E., Hewitt, L., Cabrera, M., Brown, C.,

Francis, J., Rogers, K., & Server, S. (2016). Occupational Needs and Goals of

Survivors of Domestic Violence. *Occupational Therapy in Health Care*, 30(2),

175-186. <https://doi.org/10.3109/07380577.2015.1109741>

Kozlow-Régnard, É. (2015). Empowerment. In *Dictionnaire pratique du travail social—2e*

*éd.* (Vol. 2, p. 147-149). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.rulla.2015.01.0147>

*La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violence : Éléments en vue d'une modélisation* | Igas. (2017, décembre 1). <https://igas.gouv.fr/La-prise-en-charge-a-l-hopital-des-femmes-victimes-de-violence-elements-en-vue>

*La violence physique—Questions de genre—Www.coe.int.* (s. d.). Questions de genre. Consulté 14 avril 2025, à l'adresse <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/physical-violence>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Consentement - Dictionnaire de français Larousse.* Consulté 5 novembre 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359>

*Les répercussions des violences conjugales : Un impact sur la totalité des membres de la famille.* (2023, décembre 4). Les services de l'État dans le Gers. <https://www.gers.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Delegation-aux-droits-des-femmes-et-a-l-egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes/Lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/Violences-au-sein-du-couple-Guide-pour-les-professionnel.le.s-du-Gers/Les-repercussions-des-violences-conjugales-un-impact-sur-la-totalite-des-membres-de-la-famille>

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* (Boeck solal).

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Santé, de la, Familles, des S. et des, Travail, M. du, Santé, de la, & Familles, des S. et des. (2024, août 2). *Santé sexuelle.* Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>

Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L., & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles

- généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 51-130). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022, juin 17). *Santé mentale : Renforcer notre action*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Paul, M. (2020). *La démarche d'accompagnement. Repères méthodologiques et ressources théoriques*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.paul.2020.01>
- Péchev, V. (2021). La place de l'infirmier face aux violences intrafamiliales. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, 30(3), 98-104. <https://doi.org/10.3917/jdsam.213.0098>
- Pibarot, I. (2013). *Une ergologie. Des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine*. (Boeck Solal).
- Prise en charge des victimes de violences*. (s. d.). Consulté 3 mai 2025, à l'adresse <https://www.memoiretraumatique.org/espace-professionnels-et-interventions/prise-en-charge-des-victimes-de-violences.html>
- Reed, K., & Sanderson, S. (1999). *Concepts of occupational Therapy*. (4ème).
- Santé mentale et soutien psycho-social*. (2020, avril). Médecins du Monde. <https://www.medecinsdumonde.org/publication/sante-mentale-et-soutien-psycho-social/>
- Toccalino, D., Asare, G., Fleming, J., Yin, J., Kieftenburg, A., Moore, A., Haag, H. (Lin), Chan, V., Babineau, J., MacGregor, N., & Colantonio, A. (2024). Exploring the Relationships Between Rehabilitation and Survivors of Intimate Partner Violence : A Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(2), 1638-1660. <https://doi.org/10.1177/15248380231196807>

Vasconcellos-Bernstein, D. (2013). Instaurer l'alliance thérapeutique. *Le Journal des psychologues*, 310(7), 25-28. <https://doi.org/10.3917/jdp.310.0025>

*Violence à l'encontre des femmes*. (2021, mars 9). <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>

*Violence—Définitions, synonymes, prononciation, exemples*. (2024). Dico en ligne Le Robert. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/violence>

*Violences conjugales*. (s. d.). Consulté 14 avril 2025, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>

*Violences conjugales : Quel rôle pour les professionnels de santé ?* (2019, octobre 2). Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante)

Zribi, G. (2017). Le concept d'accompagnement, les avancées et les dérives potentielles. *Pratiques en santé mentale*, 63(3), 5-9. <https://doi.org/10.3917/psm.173.0005>

# Sommaire des annexes

## Annexe I : Questionnaire de l'équilibre occupationnel

### OBQ : Questionnaire de l'équilibre occupationnel

© Nadine Larivière et Martine Bertrand

© Carita Håkansson and Petra Wagman

Code du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Ce questionnaire porte sur l'équilibre occupationnel, se définissant par l'équilibre que vous maintenez entre les diverses activités de votre quotidien (par exemple : travail, loisirs, soins personnels, entretien du domicile, etc).*

**Cochez la case correspondant le mieux à votre situation actuelle.**

1. Lorsque je pense à une semaine habituelle de ma vie, je considère que j'ai suffisamment d'activités à faire.

*Fortement en désaccord*

*En désaccord*

*En accord*

*Fortement en accord*

2. Il y a un équilibre entre ce que je fais pour moi et ce que je fais pour les autres.

*Fortement en désaccord*

*En désaccord*

*En accord*

*Fortement en accord*

3. Mes activités quotidiennes sont signifiantes pour moi (ont du sens).

*Fortement en désaccord*

*En désaccord*

*En accord*

*Fortement en accord*

4. Je m'assure de faire des activités que je veux vraiment faire.

*Fortement en désaccord*

*En désaccord*

*En accord*

*Fortement en accord*

5. J'équilibre les différents types d'activités dans ma vie quotidienne, par exemple, le travail, les tâches ménagères, les loisirs, la détente et le sommeil.

*Fortement en désaccord*

*En désaccord*

*En accord*

*Fortement en accord*

6. Je varie suffisamment entre les activités que je fais seul (e) et celles que je fais avec d'autres personnes.

*Fortement en désaccord*

*En désaccord*

*En accord*

*Fortement en accord*

7. J'ai suffisamment de temps pour réaliser ce que je dois faire.

*Fortement en désaccord*

*En désaccord*

*En accord*

*Fortement en accord*

8. Il y a un équilibre entre mes activités physiques, sociales, intellectuelles et reposantes.

*Fortement en désaccord*

*En désaccord*

*En accord*

*Fortement en accord*

9. Je suis satisfait(e) de la quantité de temps que je consacre à mes différentes activités quotidiennes.

*Fortement en désaccord*

*En désaccord*

*En accord*

*Fortement en accord*

10. Lorsque je pense à une semaine habituelle de ma vie, je suis satisfait(e) du nombre d'activités auxquelles je participe.

*Fortement en désaccord*

*En désaccord*

*En accord*

*Fortement en accord*

11. Je varie suffisamment entre les activités que je dois faire et celles que je veux faire.

*Fortement en désaccord*

*En désaccord*

*En accord*

*Fortement en accord*

12. Il y a un équilibre entre les activités qui me donnent de l'énergie et celles qui me demandent de l'énergie.

*Fortement en désaccord*

*En désaccord*

*En accord*

*Fortement en accord*

13. Je suis satisfait(e) de la quantité de temps que je passe à me détendre, à me ressourcer et à dormir.

*Fortement en désaccord*

*En désaccord*

*En accord*

*Fortement en accord*

Cotation :

Fortement en désaccord = 0

En désaccord = 1

En accord = 2

Fortement en accord et 3

Additionnez les cotes (Max. 39) : \_\_\_\_\_

Plus les cotes sont élevées, meilleur est votre équilibre occupationnel.

## Annexe II : Classification des compétences psychosociales

Catégories	CPS générales	CPS spécifiques
Compétences cognitives	Avoir conscience de soi	Connaissance de soi (forces et limites, buts, valeurs, discours interne...)
		Savoir penser de façon critique (biais, influences...)
		Capacité d'auto-évaluation positive
		Capacité d'attention à soi (ou pleine conscience)
	Capacité de maîtrise de soi	Capacité à gérer ses impulsions
		Capacité à atteindre ses buts (définition, planification...)
	Prendre des décisions constructives	Capacité à faire des choix responsables
Capacité à résoudre des problèmes de façon créative		
Compétences émotionnelles	Avoir conscience de ses émotions et de son stress	Comprendre les émotions et le stress
		Identifier ses émotions et son stress
	Réguler ses émotions	Exprimer ses émotions de façon positive
		Gérer ses émotions (notamment les émotions difficiles : colère, anxiété, tristesse...)
	Gérer son stress	Réguler son stress au quotidien
		Capacité à faire face (coping) en situation d'adversité
Compétences sociales	Communiquer de façon constructive	Capacité d'écoute empathique
		Communication efficace (valorisation, formulations claires...)
	Développer des relations constructives	Développer des liens sociaux (aller vers l'autre, entrer en relation, nouer des amitiés...)
		Développer des attitudes et comportements prosociaux (acceptation, collaboration, coopération, entraide...)
	Résoudre des difficultés	Savoir demander de l'aide
		Capacité d'assertivité et de refus
		Résoudre des conflits de façon constructive

# Annexe III : Dispositifs d'aide aux victimes de violences

<https://arretonslesviolences.gouv.fr/focus/guide-pour-accueillir-et-accompagner-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple>

LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

## LES DISPOSITIFS D'AIDE AUX VICTIMES

### L'ORDONNANCE DE PROTECTION

Lorsqu'une personne est victime de violences au sein de son couple, qu'elle vive avec son conjoint ou non, le ou la juge aux affaires familiales, saisi par la personne en danger, peut délivrer en urgence une ordonnance de protection (article 515-9 s. du code civil). Pour que ce ou cette juge puisse apprécier la vraisemblance des violences et le danger auquel la victime et/ou les enfants sont exposés, il est recommandé de joindre à la requête des pièces (plainte, certificat médical, témoignage, photo, capture d'écran de messages électroniques, etc.) même si la délivrance n'est pas conditionnée à l'existence d'une plainte pénale préalable.

**Une ordonnance provisoire de protection immédiate peut être délivrée dans un délai de 24h00, en cas de danger grave et immédiat, et une ordonnance de protection doit être délivrée dans les 6 jours à compter de la fixation de la date de l'audience<sup>1</sup>.**

L'ordonnance de protection permet au ou à la juge de statuer sur différentes mesures :

- Expulser l'auteur des violences du domicile du couple et attribuer la jouissance à la victime même si celle-ci a bénéficié d'un hébergement d'urgence, sauf circonstances particulières. Les modalités de prise en charge des frais afférents à ce logement seront précisées ;
- Interdire à l'auteur de recevoir ou de rencontrer la victime et/ou les enfants ;
- Interdire à l'auteur de se rendre dans certains lieux tel que le domicile de la victime ;

(1) Décret d'application à venir

- Autoriser la victime à dissimuler son domicile ou sa résidence et à élire domicile chez l'avocat qui l'assiste ou la représente ou auprès de la procureure ou du procureur de la République pour toutes les instances civiles dans lesquelles elle est également partie ;
- Interdire à l'auteur le port et/ou la possession d'une arme ;
- Proposer à l'auteur une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique ou un stage de responsabilisation pour la prévention et la lutte contre les violences au sein du couple et sexistes ;
- Déterminer les modalités du droit de visite et d'hébergement de l'enfant ;
- Se prononcer sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale et, le cas échéant, sur la contribution à l'entretien et à l'éducation des enfants ;
- Autoriser la dissimulation du domicile et l'élection de domicile pour les besoins de la vie courante chez une personne morale qualifiée (association ...);
- Admettre provisoirement à l'aide juridictionnelle pour couvrir les frais d'avocate et d'avocat et les éventuels frais d'huissier et d'interprète ;
- Pour les victimes étrangères, elles se voient délivrer une carte de séjour temporaire. Si son titre de séjour arrive à expiration, il est renouvelé de plein droit. La durée de ces mesures est de 12 mois maximum, et peut être prolongée au-delà sous condition.
- Attention : le non-respect des mesures imposées par l'ordonnance de protection constitue un délit puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

**3 997 ordonnances ont été délivrées en 2023 contre 3 586 en 2022 et 1 392 en 2017, soit une augmentation de 187 % entre 2017 et 2023.**

## L'AIDE UNIVERSELLE D'URGENCE

Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2023, les victimes de violences conjugales peuvent bénéficier d'une aide financière, versée par les CAF ou les MSA, leur permettant de quitter rapidement leur foyer, de se mettre à l'abri et de faire face aux dépenses immédiates.

Toutes les personnes peuvent en bénéficier (femmes ou hommes, avec ou sans enfant) :

- Victimes de violences conjugales qui souhaitent se séparer ou qui sont en cours de séparation ;
- Résidant en France et en situation régulière sur le territoire français, quel que soit le titre de séjour (sauf visa de tourisme) ;
- Quelles que soient leurs conditions de ressources.

La demande est faite par la victime auprès de la CAF ou de la MSA :

- En ligne sur [caf.fr](http://caf.fr) en remplissant un formulaire téléchargeable ou sur [msa.fr](http://msa.fr) via une demande en ligne ;
- Sur place ;
- Par voie postale, en remplissant ce même formulaire.

La victime doit joindre au formulaire de demande un document de moins de 12 mois qui atteste de la situation de violences : ordonnance de protection, dépôt de plainte ou signalement adressé au procureur de la République.

L'aide est versée par la CAF ou la MSA dans un délai maximal de 3 à 5 jours ouvrés à compter de la réception de la demande complète, selon les ressources et le nombre d'enfants charge.

**Depuis l'entrée en vigueur de cette aide, de décembre 2023 à juin 2024, 23 853 aides ont été versées dont 184 prêts, pour 20,7 M€ sur 7 mois, soit un montant moyen de 867 €.**

## LE BRACELET ANTI-RAPPROCHEMENT

Le bracelet anti-rapprochement s'adresse aux personnes qui subissent les violences conjugales les plus graves. L'autorité judiciaire prononce cette mesure au civil ou au pénal en décidant d'un périmètre de protection que l'auteur réel ou présumé ne doit pas franchir. Si ce dernier contrevient en pénétrant dans cette zone, la victime est prévenue et mise en sécurité et les forces de sécurité interpellent l'auteur. Cette violation de l'interdiction est ensuite transmise au magistrat.

Au civil, sa délivrance nécessite le consentement des intéressés. Si jamais l'auteur refuse le bracelet anti-rapprochement, le juge aux affaires familiales en informe le parquet qui pourra en opportunité diligenter une enquête.

Au pénal, le juge peut décider de l'application du dispositif avant toute condamnation, dans le cadre d'un contrôle judiciaire, ou après une condamnation, comme une des obligations associées à une peine, sous réserve de l'accord de la victime.

**Fin 2023, 1 883 victimes avaient pu bénéficier de cet outil depuis son lancement. 10 421 interventions de force de sécurité intérieure ont été déclenchées en 2023 pour protéger les victimes.**

## LE TÉLÉPHONE GRAVE DANGER (TGD)

Le téléphone grave danger est un dispositif de protection remis par le procureur ou la procureure de la République aux femmes victimes de violences au sein du couple ou de viol en très grand danger. Ce dispositif permet d'alerter et de faire intervenir immédiatement les forces de l'ordre en cas de déclenchement par la victime, grâce à la géolocalisation de ce dispositif.

**5 693 TGD déployés en juridiction en 2023 contre 976 en 2020 soit une augmentation de 483 %.**

## MAISONS DES FEMMES / SANTÉ

Les Maisons des Femmes / Santé sont des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, adossés à des établissements de santé, offrant des services sanitaires et psychosociaux.

Elles ont une vocation sanitaire, tout en proposant aux femmes dans le cadre de partenariats et par voie de convention, un accompagnement social, médico-social et judiciaire adapté.

Elles ont une triple mission générale :

- Assurer une prise en charge sanitaire spécifique à destination des femmes victimes de violences. Il s'agit d'accueillir les femmes victimes de toutes violences physiques, psychologiques, sexuelles, prostitutionnelles, conjugales etc. en veillant à inclure les femmes en situation de handicap.
- Contribuer à l'animation et au soutien des professionnels de santé du territoire, notamment par la formation y compris sur des sujets spécifiques (ex : *mutilations sexuelles, impact des violences sur les enfants, cyberviolences*) pour assurer le repérage et la prise en charge sanitaire adaptée.
- Organiser *in situ* la possibilité d'un dépôt de plainte pour faciliter les démarches des femmes victimes de violence.

**Il est dénombré 75 « maisons des femmes santé », réparties dans 17 régions (chiffres avril 2024).**

Le Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes (2023-2027) a conforté cette dynamique, en prévoyant de doter chaque département d'un tel dispositif d'ici 2025 et de rendre possible, sur chaque site, le dépôt de plainte.

### **LES LIEUX D'ÉCOUTE, D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION (LEAO) ET LES ACCUEILS DE JOUR (ADJ)**

Les lieux d'écoute, d'accueil et d'orientation sont des permanences associatives accessibles sur RDV, assurant des missions spécifiques d'accueil, d'information, d'accompagnement et d'orientation des femmes victimes de violences, selon les besoins identifiés par le professionnel et la volonté de la personne accueillie.

**En 2022, on comptait 166 LEAO répartis dans 95 départements.**

L'accueil de jour est un dispositif préventif qui complète l'offre de services existante pour les situations d'urgence en offrant un primo-accueil inconditionnel aux femmes victimes de violences, en individuel et en collectif. Il vise à fournir à ces femmes une structure de proximité ouverte sans rendez-vous durant la journée, notamment pour préparer, éviter ou anticiper leur départ du domicile en urgence.

**En 2022, 128 sites d'accueil de jour ont été identifiés dans 95 départements. En 2025, les ADJ et les LEAO feront l'objet d'une refonte avec pour objectif d'aller vers l'unification des 2 dispositifs.**

**Concernant les dispositifs d'accès aux droits et/ou de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes**, ils visent spécifiquement les femmes isolées socialement et/ou géographiquement, en ruralité mais aussi en quartiers prioritaires de la politique de la ville : ce sont les dispositifs « d'aller-vers ».

### **LES POINTS DE PERMANENCES FIXES EN PROXIMITÉ**

Ils sont gérés par des acteurs associatifs et sont déployés dans les centres commerciaux, mairies, France services et centres sociaux.

Ce sont des espaces d'information facilement accessibles et de manière anonyme. Ils proposent des permanences généralistes d'accès aux droits et apportent une première réponse de proximité, notamment aux victimes de violences conjugales.

### **LES DISPOSITIFS ITINÉRANTS**

Depuis 2021, le Secrétariat d'État en charge de l'Égalité entre les femmes et les hommes déploie des points d'écoute itinérants, principalement via des vans aménagés.

Ces dispositifs offrent une écoute de proximité pour les publics les plus éloignés des réseaux associatifs ou institutionnels. Ils permettent de repérer et orienter notamment les victimes de violences. Ils peuvent également proposer des permanences généralistes d'accès aux droits et d'accompagnement socio-professionnel.

**D'ici fin 2024, 32 départements seront couverts par des dispositifs itinérants et/ou fixes.**

### **LES CENTRES D'INFORMATION SUR LES DROITS DES FEMMES ET DES FAMILLES (CIDFF)**

**Les centres d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF)**, agréés par l'État, sont au nombre de 98 et ont pour mission d'informer, d'orienter et d'accompagner les femmes pour favoriser leur accès au droit et lutter contre les violences sexistes et sexuelles.

Les équipes pluridisciplinaires des CIDFF accueillent les femmes de manière confidentielle et gratuite.

Elles peuvent bénéficier d'entretiens individuels concernant :

- les violences sexistes et sexuelles (notamment les violences conjugales) ;
- le droit de la famille ;
- les aides sociales ;
- le droit du travail ;
- le droit des étrangers ;
- le droit du logement ;
- le soutien à la parentalité, l'emploi et la formation professionnelle.

Cet accueil est assuré dans 2 598 permanences dans les locaux des CIDFF mais aussi dans des France services, des CDAD-Points Justice, des mairies, des centres communaux d'action sociale ou des vans itinérants, dont plusieurs se situent dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les zones de revitalisation rurale.

En complémentarité avec les entretiens individuels, les professionnels des CIDFF animent des actions collectives afin de promouvoir l'égalité femmes-hommes, lutter contre les stéréotypes et lutter contre les violences sexistes et sexuelles.

### **LE PROGRAMME ERRE (ELU.E.S RURAUX RELAIS DE L'ÉGALITÉ) DE L'ASSOCIATION DES MAIRES RURAUX DE FRANCE (AMRF) :**

Soutenu par l'État, ce programme vise à déployer un réseau d'élues et élus ruraux (des relais communaux et des référents départementaux) permettant de repérer, orienter, et informer les femmes notamment victimes de violences conjugales, dans une démarche d'aller-vers.

**À ce jour, 924 élus sont Élus Ruraux Relais de l'égalité sur 64 départements en France métropolitaine**

Enfin, la **protection des victimes de violences conjugales passe aussi par la prévention du passage à l'acte et de la récurrence en proposant une prise en charge des auteurs.**

Deux dispositifs sont mobilisables :

- **30 centres de prise en charge des auteurs de violences conjugales (CPCA)**, au moins un par région avec des antennes implantées dans la plupart des départements, qui proposent une prise en charge multidimensionnelle des auteurs de violences conjugales sur la base du volontariat ou dans le cadre de mesures judiciaires.

Il s'agit de parcours de prise en charge individualisés comprenant notamment des actions de responsabilisation de l'auteur face à ses actes, tels que :

- > des stages de responsabilisation et des groupes de parole ;
- > un accompagnement psychothérapeutique et médico-social incluant un suivi psychologique, en addictologie si besoin ;
- > un accompagnement socio-professionnel visant notamment l'accès aux droits, l'insertion professionnelle, le maintien adapté en fonction de la situation du lien avec la famille.

Les auteurs qui souhaitent s'engager dans une démarche volontaire peuvent s'adresser aux CPCA. Ils peuvent également être orientés par des travailleurs sociaux ou des professionnels de santé ou par les services de la Justice dans le cadre d'une prise en charge complémentaire aux mesures judiciaires.

- **Le numéro d'écoute gratuit « Ne frappez pas » (08.019.019.11)**, géré par la Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en Charge d'Auteurs de Violences Conjugales et Familiales (FNACAV), s'adresse aux personnes ayant une problématique de violences conjugales et souhaitant y mettre fin ainsi qu'à leur entourage.

Cette permanence téléphonique fonctionne tous les jours, jusqu'à 21h30 en semaine et 19h30 le week-end.

Les écoutants sont des psychologues, des éducateurs spécialisés ou des intervenants socio-judiciaires, qui peuvent notamment orienter vers les CPCA les auteurs de violences conjugales s'étant déclarés comme tels lors de leur appel.

## Annexe IV : Grille d'entretien

Thème	Question	Relance/Discussion
Présentation de la personne	Pouvez-vous vous présenter (parcours scolaire/professionnel, expérience en tant qu'ergo) ?	
	Qu'est-ce qui vous a amené à travailler en santé mentale ?	
	Depuis combien de temps travaillez-vous/Combien de temps avez-vous travaillé en structure de santé mentale ?	
Santé mentale et ergothérapie	Quel est le contexte de travail en santé mentale ?	Quel est l'environnement dans lequel l'ergothérapeute évolue ? (structure, population...)
	Quel est le rôle de l'ergothérapeute en santé mentale ?	
	Quelle est la place de l'ergothérapeute dans votre service ?	Travaillez-vous seul ? En équipe pluridisciplinaire ? Faites-vous le lien avec d'autres services ? professionnels extérieurs ?
Les femmes victimes de violences conjugales (VVC)	Combien de femmes VVC avez-vous pris en soin ?	Quelles violences avaient-elles subi ? (physique, sexuelle, psychologique...)
	Avez-vous eu une formation spécifique pour ce public ?	Si oui, qu'est-ce qu'elle vous a apporté ?  Si non, comment vous êtes-vous adaptés sans formation ? Comment avez-vous appréhendé l'accompagnement ?

	Comment les violences subies impactaient la vie quotidienne de ces femmes ?	Avez-vous constaté des impacts spécifiquement sur leur santé mentale ? (anxiété, dépression, stress post-traumatique...)
Equilibre occupationnel	Pour vous, qu'est-ce que l'équilibre occupationnel ? et le déséquilibre ?	
	Quelles sont les particularités de cet équilibre dans le cas de femmes VVC ?	Comment ces particularités se manifestent-elles dans leurs quotidien ? (isolement, perte de motivation...)
	Quels sont les facteurs qui influencent l'équilibre occupationnel des victimes ?	
	Quelles méthodes d'évaluation/de suivi utilisez-vous pour mesurer le rétablissement de l'équilibre occupationnel (s'il y a) ?	
	Pourriez-vous me décrire l'accompagnement type que vous avez pu mettre en place avec ce public ?	Quels étaient les objectifs thérapeutiques ?  Quels bilans/outils thérapeutiques avez-vous utilisés ?  Travaillez-vous en lien avec d'autres professionnels ? structures ? associations ? Dans quel but ?
	Selon vous, est-ce que l'accompagnement des femmes VVC est spécifique ?	Ou l'accompagnement reste-t-il « classique » avec seulement la notion de violences à prendre en compte ?

	<p>Selon vous que signifie « accompagnement psychosocial »</p>	
	<p>Pensez-vous avoir déjà mis en place un accompagnement psychosocial ?</p>	<p>Si oui, pouvez-vous m'en dire plus ? Me citer des exemples ?</p> <p>Si non, par qui l'accompagnement psychosocial a pu être proposé ?</p> <p>Avez-vous redirigé la patiente auprès d'autres professionnels ?</p>
	<p>Comment aborder la complexité de l'accompagnement avec les femmes VVC ?</p>	<p>Quelles ont été les difficultés que vous avez pu rencontrer auprès de ce public ? (permission, retour à domicile alors que conjoint violent, relation H/F...)</p> <p>Et comment avez-vous fait face à ses difficultés ?</p>
	<p>Que pensez-vous de notre légitimité à intervenir dans cet accompagnement ?</p>	
	<p>Etant donné qu'au cours de notre formation, nous ne sommes pas vraiment formés à ce sujet, dans quelle mesure une sensibilisation anticipée serait pertinente ?</p>	

## Annexe V : Transcription de l'entretien - E4

**J'en profite pour vous rappeler le thème de mon mémoire qui est la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. Et ma question de recherche c'est : comment l'ergothérapeute contribue-t-il au rétablissement de l'équilibre occupationnel des femmes victimes de violences conjugales.**

Ok.

**Alors du coup, pour commencer je vais vous demander un petit peu si vous pouvez vous présenter, votre parcours à l'école d'ergo, puis professionnel, si vous êtes d'accord.**

Oui, il n'y a pas de souci. Du coup je suis ergothérapeute diplômée depuis 2020. J'ai commencé ma carrière professionnelle en santé mentale et j'y suis toujours. C'est d'abord sur une unité de soins sous contrainte pour un remplacement pendant à peu près un an. Et depuis je travaille sur un département de réhabilitation psychosociale, je travaille actuellement sur deux équipes mobiles. Une première équipe qui pratique à [nom de la ville]. On accompagne des personnes avec un trouble psychique sévère, type schizophrénie ou bipolarité, sur [nom de la ville]. Notre boulot c'est de faire en sorte qu'ils puissent être autonomes dans leur quotidien, qu'ils puissent retrouver une participation sociale satisfaisante et qu'ils puissent atteindre un rétablissement. Et la deuxième équipe sous laquelle j'exerce, c'est une équipe qui accompagne des personnes avec un trouble du spectre de l'autisme sur toute la [nom de la région]. Pareil, dans les mêmes objectifs de travailler l'autonomie et l'inclusion sociale pour ces personnes. Dans les deux cas, je suis sur deux équipes pluriprofessionnelles : infirmiers, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, psychologues, neuropsychologues. Et pour la première équipe, on a même un pair aidant. Un pair aidant, c'est une personne concernée par un trouble psychique qui a fait une licence ou un DU pour pouvoir travailler sur la transmission de son parcours de vie et favoriser l'espoir et montrer que le rétablissement est possible aux personnes qu'on a contactées.

**Ok, c'est super intéressant. Je me demandais, qu'est-ce qui vous a amené à travailler en santé mentale ?**

En fait, je ne me prédestinais pas à la sortie de l'école à la santé mentale. J'ai commencé mon travail sur l'équipe des soins sous contraintes pour un remplacement, sous conseil de mon dernier stage de troisième année. Du coup, ça s'est bien passé. Elles m'ont proposé de rentrer au [lieu de travail] pour un remplacement. Finalement, l'ouverture du poste en réhabilitation psychosociale correspondait plus à mes attentes et mes envies de pratique en tant

qu'ergothérapeute. Du coup, c'est pour ça que je suis rentré et depuis j'y suis. J'ai oublié de parler aussi qu'en parallèle, j'avais réalisé un DU qui s'appelle DU sur la santé communautaire. La pratique de la santé communautaire, c'est-à-dire une pratique centrée sur la cité, l'extérieur, l'appui sur les ressources disponibles et essayer de faire en sorte que les personnes soient le moins possible à l'hôpital.

**Et est-ce que vous pourriez me dire, selon vous, c'est quoi le rôle de l'ergothérapeute en santé mentale ?**

Vaste sujet. Alors l'ergothérapeute en soit... il y a autant d'ergothérapeutes qu'il y a de pratiques. Et finalement, même en santé mentale, il y a énormément de domaines de pratique pour l'ergothérapeute. Moi, je vais parler de ce que je connais, c'est-à-dire de ce que je fais actuellement ici. Nous, notre boulot d'ergothérapeute est surtout centré sur le maintien d'un équilibre occupationnel et maintien d'un niveau d'autonomie satisfaisant pour les personnes qu'on accompagne. Dans le but de réduire le plus possible le handicap causé par le trouble psychique ou le trouble neurodéveloppemental, quand on parle du TSA, de l'autisme. Donc en fait, on a des actions qui vont de l'évaluation du fonctionnement de vie de la personne, pour relever les plaintes aussi occupationnelles que peuvent avoir les personnes en lien avec leur fonctionnement dans le quotidien. Et derrière, on s'appuie sur les partenaires, nos collègues, et également sur des outils pour favoriser la réadaptation finalement. On n'est pas du tout dans une perspective de retravailler les fonctions, mais plutôt essayer de compenser les difficultés dans le quotidien et de faire en sorte que la personne atteigne un niveau de vie satisfaisant pour elle.

Donc on va avoir un travail surtout autour de tout ce qui va être autonomie au sein du domicile, travailler avec eux sur la gestion d'un repas, des courses, des sorties extérieures, avoir des loisirs. Travailler aussi à l'insertion professionnelle avec eux, les accompagner vers les démarches à l'emploi. On travaille pas mal aussi la connexion sociale et l'inclusion dans la cité. Alors du coup, ça se fait par plein de leviers, que ce soit via des loisirs, via l'inscription dans des activités associatives, du bénévolat, etc etc. On a vraiment un travail en fait d'inclusion sociale pour ces personnes. Et donc du coup, via cette inclusion, on a aussi un travail de promotion de la santé et de la santé mentale auprès des populations qu'on accompagne et auprès des partenaires aussi. Parce qu'on peut leur montrer que ces personnes sont capables d'avoir... ont des compétences pour être sur l'extérieur et pouvoir s'inclure dans le monde, on va dire, ordinaire. Du coup, on travaille aussi à la déstigmatisation de ces personnes. On a aussi un rôle un peu plus de coordination du parcours de vie également. Parce que du coup, comme

l'ergothérapeute a une vision assez holistique et globale de l'accompagnement de la personne, on est souvent aussi référent de situation. Et derrière, on va solliciter le bon professionnel au bon moment en fonction des besoins. Voilà.

**OK. D'après ce que j'ai compris, c'est vraiment le travail en équipe avec tous les professionnels différents. Est-ce que vous faites aussi le lien avec peut-être d'autres services, d'autres structures, d'autres professionnels extérieurs ?**

Ah oui complètement, on est en lien avec la cité. On est en lien avec tous les partenaires qui existent dans la cité et que la personne pourrait avoir besoin. Ça va de pôle emploi à la mission locale, en passant par des associations type MJC. On est aussi en lien avec des structures de soins qui accompagnent les personnes en parallèle, les médecins traitants. On a en fait ce rôle de coordination de parcours et cette vision globale de l'accompagnement de la personne. En fait, tout partenaire qui pourrait être intéressant dans le parcours de vie de la même personne est sollicité au bon moment. Et on est même des fois aussi... les personnes qu'on accompagne nous demandent d'aller sensibiliser le patron, d'aller sensibiliser telle et telle structure par rapport au trouble. Et en fait, le boulot d'équipe mobile fait que finalement, on est rarement sur notre structure. On est à l'extérieur, à domicile, le plus possible dans la cité.

**Oui, du coup, quand vous dites la cité, c'est vraiment en dehors des murs de l'hôpital ?**

C'est vrai que je n'ai pas défini. La cité, c'est le lieu de vie des personnes, c'est l'environnement de vie des personnes, c'est-à-dire tout ce qui se passe après la porte de leur appartement.

**Ok.**

Le travail des transports, le travail sur l'accès à un bar, les loisirs, etc.

**Ok. On va un petit peu, du coup, rentrer dans le vif du sujet. Je me demandais si vous avez une idée ou pas du nombre de femmes victimes de violences conjugales que vous avez pu rencontrer dans tous ces domaines-là.**

En fait, c'est ce que je vous disais dans mon mail. C'est dépendant des personnes. Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ne viennent pas nous le dire à nous. On n'est pas forcément ressource à ce moment-là pour l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. Mais je dirais qu'entre 4 et 5 personnes que j'ai déjà accompagnées où la violence était avérée ou se passait pendant notre accompagnement.

**D'accord.**

Et qu'on n'était pas sur du travail de psycho trauma, c'est-à-dire des violences subies avant nos accompagnements : c'était en cours. Ouais. J'en ai quelques-unes où c'était en cours et du coup, l'accompagnement était en cours. Après, j'ai aussi pas mal de personnes qui ont subi des violences, des femmes qui ont subi des violences, mais où ces violences se sont passées avant nos accompagnements. Finalement, du coup, on ramasse les pots cassés de ces situations-là et ça a pu créer des comorbidités ou des troubles psychiques par la suite.

**Et du coup, c'était bien dans le cadre de votre travail en réhabilitation psychosociale ?**

Ouais. En fait, on a cet accompagnement global en réhabilitation et en tant qu'ergothérapeute. On vient sur la table souvent avec les psychos violences conjugales, des traumatismes ou ce genre de choses. Et derrière, on a un accompagnement qui se crée, en tout cas principalement avec les psychologues, sur cet aspect comment gérer mon traumatisme derrière et comment se trouve-t-il cette psychose en arrière ? Après, pour les personnes que j'ai accompagnées qui étaient... où on va dire que la violence se passait pendant l'accompagnement. On a fait beaucoup de prophylaxies avec elles pour les accompagner pour les démarches à la gendarmerie, les conseiller sur les associations qu'elles pouvaient solliciter en cas de besoin, la mise à disposition, et de toute façon, la disponibilité permanente qu'on a aussi sur nos équipes par le téléphone ou par des entretiens pour rediscuter de ça avec elles. Encore une fois, ce travail partenarial qu'on essaie de mettre en place fait qu'on va vers le CIDFF, on va vers la police, etc., pour essayer de proposer un accompagnement et d'orienter vers des professionnels.

**D'accord. Et vous sauriez me dire, c'était quoi comme type de violence ? Si c'était plutôt physique, psychologique...?**

La personne que j'ai accompagnée où a été marqué l'idée d'aller porter plainte et de contacter le CIDFF, c'était de la violence physique. Euh... Violences conjugales c'est encore vachement banalisé finalement pour les personnes qu'on a accompagnées. Parce qu'en fait, cette violence avec le trouble psychique fait qu'il y a de la violence verbale presque continuellement. Et du coup, de la violence verbale dans une relation intime, conjugale, ça ne les marque pas tant que ça, malheureusement. C'est plutôt quand c'était des cas de violence physique où on est intervenu et où du coup on a aidé la personne à faire des démarches.

**Ok oui. Est-ce que vous avez reçu une formation spécifique pour ce public ?**

Absolument pas. C'est pour ça que du coup, on oriente... Comme on les voit régulièrement plusieurs fois dans la semaine et qu'on représente le soin, il y a une relation de confiance qui se

créée avec elles. Du coup, on est souvent les premiers à réceptionner ces choses-là parce que la personne ne s'est pas présentée à un groupe thérapeutique, elle ne s'est pas présentée à un entretien, puis quand on appelle et qu'on questionne, c'est là qu'on découvre fortement qu'il y a eu des violences la veille, qu'il y a eu consommation d'alcool, etc. Du coup, non, on n'est pas formé, en tout cas, moi, je ne suis pas formé sur l'accompagnement des personnes avec des violences conjugales. Mais après, derrière nos réseaux, les connaissances qu'on a aussi personnelles, fait qu'on arrive à débloquer les situations et qu'on arrive à envoyer vers des partenaires. Et du coup, partenaires qui, eux, prennent la main dans le cadre des démarches plus judiciaires en lien avec les violences.

**Oui, c'est ça. Donc vous avez réussi à vous adapter, à rediriger quand vous pensez que c'est pas...**

C'est ça. Vraiment, la partie gestion judiciaire, c'est toujours... On a toujours passé la main. Après, on a même aussi un service au [lieu de travail], un service qualité. En fait, on peut solliciter quand on a des questions juridiques. Mais après, nous, on travaille surtout à la suite de ces violences, à comment ces personnes vont, comment elles ont changé leur quotidien si elles l'ont changé à cause de la violence. Et souvent, très souvent, elles changent leur quotidien. On travaille à l'estime de soi. Enfin c'est des choses aussi qui derrière... En fait, la violence engendre des difficultés psychiques, en tout cas un moins bien au niveau psychique.

**Oui. Ben justement, ça découle un peu jusqu'à ma question suivante. C'était comment les violences subies, elles vont impacter la vie quotidienne de ces femmes-là ?**

Eh ben moi, les personnes que j'ai rencontrées, c'était souvent baisse de l'estime de soi, quoi qu'il se passe, augmentation des consommations toxiques, alcool, tabac, drogue. C'est-à-dire que c'est un public fragile qui est plus sujet aux addictions. Et du coup, le traumatisme lié à la violence ajoute encore plus cette consommation. Le repli social est extrême. C'est déjà des populations où, avec le trouble psychique, il y a des difficultés d'aller sur l'extérieur. Et là, du coup, on constate que c'est encore plus majoré en fait. Les personnes qui ont beaucoup plus de mal à aller sur l'extérieur, par peur de recroiser l'agresseur et aussi par manque de confiance en soi, où derrière, il peut s'installer une forme de dépression qui, derrière, va engendrer la baisse de participation à la vie sociale. Donc moi, les personnes que j'ai rencontrées, c'est souvent ça : consommation toxique, estime de soi qui est en baisse et aussi fréquentation des lieux publics, participation sociale.

**Du coup, si je comprends bien, il y avait aussi des impacts sur tout ce qui est santé mentale, en dehors...**

Très clairement. Oui, oui. Il y a un impact fort sur la santé mentale, avec l'apparition des fois de... On peut accompagner ces personnes pour un trouble psychique et du coup, il y a un autre trouble qui s'ajoute en lien avec la violence qui peut en découler. Et on a aussi pas mal de femmes que j'ai pu rencontrer qui, finalement, recroisent leur agresseur ou reprennent contact avec lui. Et du coup, sont dans une forme de culpabilité intense. Parce qu'elles refréquentent l'agresseur et parce qu'en même temps... Là, j'ai en tête une personne que j'ai accompagnée. Quand on lui a posé la question si elle revoyait son agresseur qui était son conjoint, la réponse, c'est oui, je le revois mais en même temps, je n'ai que lui et donc si je ne vois plus lui, en fait, je n'ai plus personne avec qui communiquer. Parce que du coup, il y a aussi la schizophrénie qui crée l'isolement social.

**Oui. Ah bah oui, aussi. Associé à ça...**

Mais ça reste... Allez-y, terminez.

**Non, j'allais dire, c'est sûr que les violences associées à des troubles psychiques, c'est forcément pas évident à gérer en même temps.**

Ouais. Ouais, c'est ça. Et ces personnes-là, en fait, du coup, culpabilisent énormément de recroiser ou de refréquenter l'agresseur. Pour la personne que j'ai en tête, qui a fini par retirer sa plainte, en fait, finalement, en pensant qu'elle allait mettre son agresseur en difficulté. Donc il y a aussi cette loyauté, en fait, envers l'agresseur. Mais parce que derrière, elles ont peu de contacts avec d'autres personnes et elles ont peu de ressources à solliciter.

**Oui je vois. Là, je vais vous embêter un petit peu. Est-ce que vous pourriez me donner une définition de ce qu'est l'équilibre occupationnel pour vous. Et du coup, inversement, ce qu'est le déséquilibre occupationnel ?**

Alors l'équilibre occupationnel, pour moi, c'est déjà un équilibre qui est individuel et propre à chaque personne. C'est un équilibre entre toutes ses activités de vie quotidienne, soins personnels, loisirs, productivité. L'équilibre, encore une fois, qui est propre à chacun donc on n'est pas du tout sur une répartition journalière. Mais en tout cas, on est satisfait de nos activités, on arrive à trouver du temps, assez de temps pour ses soins personnels, assez de temps pour se recréer via ses loisirs et aussi une utilité sociale vers nos activités de productivité.

Donc un déséquilibre, pour moi, c'est quand une personne ne se sent pas bien dans son fonctionnement de vie, a la sensation d'être soit isolée, soit de manquer d'activités où elle contribue au fonctionnement de la cité, ou de temps pour consacrer à ses soins du corps, etc. Et ça, c'est quelque chose qu'on retrouve énormément dans les personnes avec un trouble psychique et aussi quand ils subissent ces violences, parce que le repli sur soi, la perte d'intérêt dans ses activités type se faire à manger, prendre soin de son corps... c'est souvent quelque chose qu'on retrouve avec eux.

**Oui, donc c'était ma question d'après, c'était quoi la particularité de l'équilibre ? Mais du coup, là, en l'occurrence, on comprend bien qu'il y avait un déséquilibre chez ces personnes-là qui entraînaient, comme vous avez dit tout à l'heure, tout ce qui était isolement, perte de motivation...**

C'est ça. Il y a déjà un déséquilibre, ou en tout cas un équilibre très précaire en lien avec le trouble psychique. C'est quelque chose que je bosse pas mal avec ces personnes-là, à essayer de retrouver du lien social, etc. Et du coup, la violence fait que ce parcours traumatique, ce moment traumatisant de leur vie, fait qu'il y a un nouveau déséquilibre qui se crée en lien, comme vous avez dit, avec l'isolement social.

Et là, la personne que j'ai en tête, par exemple, elle n'arrive plus à sortir de chez elle, elle n'arrive plus à se faire à manger, elle passe beaucoup de temps dans son canapé à fumer des cigarettes, et du coup, culpabilise d'avoir ce fonctionnement-là qui est pour un cercle vicieux qui s'installe.

**Oui. Et est-ce que vous avez identifié des facteurs aussi qui allaient influencer du coup cet équilibre des victimes ?**

Alors, des facteurs comment ? Protecteur ou plutôt déséquilibre ?

**Peu importe, les deux.**

Un facteur protecteur, je dirais quand même l'entourage, je pense. Le fait d'avoir un soutien social et un étayage social souvent c'est quand même aidant. Pour certaines personnes que j'ai pu rencontrer, quand il y a la famille qui peut être soutenante, qui peut accueillir la personne un petit temps si les violences ont eu lieu à domicile, sur lesquelles elle peut s'appuyer, c'est important. Je pense que aussi l'équipe de soins, elle est importante. En tout cas, nous, on est important pour ces personnes-là parce qu'on est souvent sollicités par elles quand il y a un problème ou quand ça va moins bien. Donc, je pense que l'étayage à la fois en santé mais aussi

un étayage familial ou amical important, ça permet quand même de, entre guillemets : c'est facteur protecteur pour éviter que ça aille plus loin avec un passage à l'acte ou autre.

Après, ben tout ce qui va être facteur aussi qui va favoriser ces violences conjugales, pour moi, le trouble psychique est malheureusement un facteur d'avoir plus de violences conjugales parce que c'est des personnes qui sont plutôt fragilisées. Ce sont des personnes qui sont dans un isolement social qui fait qu'elles peuvent facilement accorder leur confiance à autrui, qui sont aussi plus sujets à des violences au niveau de la population générale. Elles subissent plus de violences que la moyenne des autres personnes. Et donc, je pense que cette combinaison de trouble psychique, isolement, attachement facile, entre guillemets, à une personne, peu importe qui c'est, parce qu'on commence à échanger, du coup, je crée un peu de lien social.

Et ça, c'est extrêmement important pour les êtres humains, les êtres sociaux comme ça. Je pense que c'est aussi des facteurs qui font qu'il y a plus de chances d'avoir, de subir des violences.

**Oui. Et est-ce que vous utilisez peut-être certaines méthodes d'évaluation ou de suivi pour mesurer le rétablissement de l'équilibre occupationnel, mesurer s'il y a déséquilibre ?**

On fait un profil occupationnel avec ces personnes, c'est-à-dire qu'on fait un journée type demi-heure par demi-heure. On travaille sur comment sont organisées leurs journées. Derrière, on peut coter avec eux leurs plaisirs, leurs ressourcements, leurs connexions sociales, en tout cas qu'elles estiment par rapport à l'activité.

On cote aussi avec qui elles le font, où elles le font. Et derrière, en fait, on fait un bilan avec elles de comment elles perçoivent leurs journées. Là où il y a des activités où il y a beaucoup plus de connexions sociales, là où il y en a beaucoup moins, là où il y a du plaisir, là où il y a du ressourcement, parce que derrière, il y a aussi un travail motivationnel à faire avec elles.

Et du coup, quand il y a plaisir, c'est une activité qu'on va essayer de valoriser, qu'elles puissent essayer d'instaurer et de reproduire dans leur quotidien. On essaie aussi de faire un peu une balance avec les horaires, même si ce n'est pas très représentatif, mais que les personnes puissent... Quand elles nous disent « j'ai pas le temps pour venir à un groupe thérapeutique », et puis qu'elles se rendent compte qu'elles passent presque 4-5 heures dans la journée allongées sur le canapé. Ça permet aussi de remettre un peu en perspective et de se dire « finalement, je vais peut-être modifier l'organisation de mon quotidien pour allouer plus de temps à telle ou telle activité ». Et donc du coup, quand cet état des lieux est fait, on travaille avec elles sur des petits changements dans le quotidien, qui sont des tout petits changements, qui permettent

d'instaurer une dynamique de changement. Ça va être tout simplement « je change le parfum de mon gel douche », « je modifie l'heure à laquelle je me lave », que des petites choses comme ça, mais qui du coup vont être des petits changements qui vont permettre de plus gros changements après dans le quotidien.

Au moins, notre boulot, je trouve qu'il est autour de la prise de conscience. On sème une graine, on fait un état des lieux de comment fonctionnent ces personnes, et derrière en plus, c'est elles qui vont activer des leviers ou des envies et dire « ouais, j'aimerais même que ma journée ressemble plutôt à ça ». Donc comme on part de leurs besoins, en tout cas on fait l'état des lieux de leur fonctionnement et qu'après on va vers ce qu'elles aimeraient, généralement on a de l'adhésion et on arrive à faire bouger les choses.

### **Et ça, c'est réévalué régulièrement ou c'est fait une fois ?**

C'est réévalué en fonction du besoin. On fait un état des lieux , on instaure des changements, on instaure de plus gros changements. Si la personne décrit une satisfaction importante dans son fonctionnement et que la vie lui plaît comme elle l'a réalisé là, bon, ça on ne touche à rien. Si derrière, après changement, la satisfaction reste basse et que ce n'est pas satisfaisant dans la façon dont c'est organisé, on va réfléchir à nouveau. Et derrière, on peut faire aussi un état des lieux et refaire un équilibre occupationnel, en tout cas un profil occupationnel avec elle s'il y a un gros changement dans la vie. Là, je pense à des personnes qui, par exemple, vont vers de l'emploi. C'est une grosse modification de son temps, généralement, donc du coup, on retravaille avec eux sur l'organisation du quotidien et comment je peux répartir à nouveau mes tâches de vie quotidienne en y ajoutant l'emploi, par exemple.

### **OK. Et c'est issu d'un modèle conceptuel spécifique ?**

Oui, MCRO, MOH... Je pense que ça va être le modèle sur lequel on va activer...

### **Vous allez vous baser dessus et extraire ce dont vous avez besoin...**

Exactement.

### **Est-ce que vous pouvez me décrire un accompagnement un peu type, s'il y a, que vous avez déjà pu mettre en place avec ce public de femmes victimes de violences conjugales ?**

Il n'y a pas d'accompagnement type, en fait. Comme on est en équipe mobile et qu'on accompagne le rétablissement, le rétablissement étant individuel, on ne peut pas faire la même chose chez tout le monde. Un accompagnement type, on va dire que ce serait un adressage, une

première visite chez la personne. On fait un état des lieux ; enfin moi, j'essaie de questionner s'il y a des difficultés autour des activités de vie quotidienne, les envies de travailler, les envies de développer des loisirs ou autre.

D'ailleurs, c'est une première piste qui permet de détricoter un peu la pelote. Et donc, du coup, si derrière, il y a des plaintes au niveau fonctionnel et au niveau de l'autonomie du quotidien, derrière, soit on fait une MCRO, soit on fait une ELADEB. Et du coup, en découle des objectifs d'accompagnement et des envies de modifier certaines activités de vie quotidienne. Et derrière, on part là-dessus. Mais nous, nos accompagnements, ils n'ont pas forcément de fin. En tout cas, ils ont une fin quand on le définit avec l'utilisateur.

Ce n'est pas comme en rééducation fonctionnelle ou un protocole, telle chose à respecter, tant de temps de rééducation. Et après, la personne sort... En fait, leur rétablissement, il se fait en dents de scie. On va avoir des moins, puis mieux. Puis après, des moins biens liés à des parcours de vie, etc. Donc, le but, c'est toujours d'accompagner vers une vie plus satisfaisante pour eux. Et cette vie satisfaisante, ils ne peuvent pas vraiment la définir tant qu'ils n'ont pas expérimenté les choses dans leur vie.

C'est comme si moi je vous demandais là de décrire une vie satisfaisante pour vous. Généralement, c'est un peu compliqué, exactement, de décrire la chose. Et puis finalement, c'est en expérimentant qu'on se rend compte que ce que j'avais projeté, ce n'est pas du tout ça, ma vie satisfaisante. Donc du coup, il n'y a pas vraiment d'accompagnement type. Plutôt il y a toujours une phase évaluative où on fait le point sur les activités à travailler pour partir de leurs besoins et donc, du coup, d'obtenir de la motivation de leur part. Et après, derrière, les plans d'accompagnement, c'est soit travailler avec les partenaires, soit travailler au domicile. C'est de la visite, c'est des sorties sur l'extérieur avec eux.

**Et donc, je pense que ça répond un petit peu à la question suivante. C'était savoir si l'accompagnement de ce public-là, il est spécifique, ou c'est plutôt un accompagnement classique, entre guillemets, avec une notion de violence qui est à prendre en compte en plus ?**

Alors, vaste question aussi. Moi, je pense qu'on ne peut pas banaliser la violence et les conséquences de la violence avec un accompagnement qu'on pourrait dire « classique » par rapport au public que j'accompagne. Je pense qu'il y a quand même une spécificité à marquer, ne serait-ce que par les procédures judiciaires que ça va engendrer, les conséquences psychiques et sociales aussi que peuvent avoir les violences conjugales. On va dire qu'il y a des

recoupements qui se font par rapport à un trouble psychique en lien avec ce que je décrivais sur la perte d'estime de soi, d'isolement etc qui peuvent être des conséquences de la violence finalement. Si on parle vraiment de la violence en soi, non, je pense qu'on ne peut pas dire que c'est un accompagnement classique très clairement.

Il y a deux temps. Il y a le travail sur les conséquences qui se fait plus avec de la psychothérapie et un travail autour de l'équilibre occupationnel. Mais il y a aussi ce premier temps qui est la mise à l'abri, la gestion judiciaire de cette violence, les conséquences que peuvent avoir les violences sur ces femmes. Et ce n'est pas pour rien qu'il y a des dispositifs qui sont spécifiques pour l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales et dispositifs plus classiques pour les personnes avec un problème psy.

**Oui, c'est ça. Je vous embête une dernière fois avec une petite définition encore. Selon vous, qu'est-ce que ça désigne l'accompagnement psychosocial ?**

Pour moi l'accompagnement psychosocial, c'est de faire en sorte que les personnes qui ont un trouble psychique... En fait ce trouble psychique va avoir des conséquences sur tous les plans de la vie de la personne, que ce soit sur le plan personnel, sur son environnement, sur ses activités de vie quotidienne. Et quand on dit psychosocial, c'est quand on prend tout ça en compte. On prend la personne, comment elle est, comment elle se sent, qui elle est, quelles sont ses forces, quelles sont ses faiblesses, quelles sont ses difficultés dans le quotidien, quelles sont les choses où elle excelle, les choses qu'elle aime, les choses qu'elle n'aime pas... En fait on prend la personne dans son entièreté et derrière, on réfléchit avec elle sur les conséquences du handicap psychique ou de la violence, ou en tout cas du trauma qu'il peut y avoir dans son quotidien, avec ses activités de vie quotidienne, dans son environnement propre. Pour moi, l'aspect psychosocial, c'est une prise en charge holistique de la personne. On ne s'intéresse pas juste à la violence ou aux les conséquences psychiques de cette violence, mais on s'intéresse aussi aux conséquences environnementales et aussi dans ses activités de vie quotidienne.

**Ecoutez je vous rejoins sur la définition. Je vais juste rajouter quelques petites notions puisque j'ai défini ça dans ma partie théorique. Pour moi, l'accompagnement psychosocial, ce serait tout ce qui est sur le plan cognitif, émotionnel et social, comme le nom l'indique. L'objectif de l'accompagnement, ça va être de les renforcer, ces compétences, pour favoriser le bien-être mental, social... Et qui va aussi permettre de mieux faire face aux défis de la vie quotidienne donc le travail, les loisirs, faire les courses, etc. Et du coup, en ergothérapie, l'accompagnement psychosocial, ça favoriserait tout ce**

**qui est autonomie et aussi l'épanouissement, surtout dans la vie quotidienne. Et est-ce que du coup, après avoir ces petites notions en plus, je pense connaître la réponse, mais est-ce que vous considérez déjà avoir mis en place ce genre d'accompagnement ?**

Oui, c'est vrai que je n'ai pas bien précisé. Il y a des compétences qui sont en lien avec ce qu'on appelle des compétences psychosociales, qui sont des compétences cognitives, propres à la personne, qui sont des compétences aussi de communication, etc. Qui, du coup, permettent aux êtres humains de faire face à leurs défis quotidiens, on va dire, dans leur vie, et de trouver un sentiment d'épanouissement. Oui, très clairement, c'est quelque chose qu'on aborde avec eux. C'est quelque chose qu'on travaille avec eux. Ne serait-ce que sur notre département, on a une équipe spécialisée dans l'accompagnement des troubles cognitifs, qui, du coup, travaille à l'amélioration de ces compétences cognitives.

Nous, derrière, dans notre travail, on est vraiment centré sur la personne, ses activités, son environnement. Sur ce qu'elle aimerait atteindre comme objectif de vie, ce qu'elle aimerait faire comme activité et qu'elle ne fait peut-être pas, ce qu'elle aimerait améliorer dans son quotidien... Donc, forcément, on voit que ces compétences psychosociales servent le rétablissement et ne vont que dans le sens d'une amélioration de la qualité de vie de la personne, et l'amélioration de leur épanouissement, comme vous l'avez dit.

**Et comment vous pensez qu'actuellement, on pourrait un petit peu parler de tout ce qui est la complexité de l'accompagnement de ces femmes victimes de violences conjugales ? Dans le sens où, parfois, ça peut être un peu compliqué. Est-ce que vous, personnellement avez déjà eu des difficultés par rapport à ce public-là ?**

Les complications, elles sont plus liées au fait qu'il y a des hauts et des bas, au fait qu'il y a aussi souvent un sentiment de loyauté envers les agresseurs qui peut exister, surtout qu'il s'agit de violences conjugales. Et donc, du coup, comme je l'ai expliqué pour la personne que j'accompagne là, il y a aussi cette culpabilité de retourner vers l'agresseur, de retirer sa plainte, de ne peut-être pas aller au rendez-vous avec le médecin légiste. C'est quelque chose qui, en fait... La complexité est dans le sens où, nous, c'est très frustrant et c'est parfois démoralisant aussi de voir que les personnes, on les a accompagnées dans le fait de sortir de ces violences et de ce cercle vicieux. Que on a essayé de trouver des solutions d'hébergement extérieur, que on a accompagnées vers un dépôt de plainte, etc. En fait on voit que ça a eu d'énormes conséquences sur leur fonctionnement et que finalement, derrière, les personnes retournent vers le conjoint violent. C'est frustrant en tant que soignant, je pense surtout à ce niveau. Après,

encore une fois, on sème une graine, on va dire, on essaie de montrer que ce n'est pas normal et que ce n'est pas banal, en fait, ce qui s'est passé. C'est pour ça qu'on a fait toutes ces procédures-là et qu'on a accompagnées vers des professionnels compétents.

Après, malheureusement, la frustration est là, la peur aussi, en fait, de se dire que ça va potentiellement se reproduire et que du coup, comment ce sera la fois suivante et comment on sera alertés et qu'est-ce qu'on pourra proposer et répondre. Il y a aussi, quand on se déplace à domicile. Il y a aussi toutes ces choses-là qui restent en tête. C'est plus le côté dents de scie, en fait, avec des moins biens, on va vers quelque chose et là, ça y est, la personne va se dire que non ce n'est plus possible. Elle va sortir peut-être de ce carcan-là, puis en fait non. Du coup, elle y retourne parce qu'elle n'a pas d'autre solution, qu'elle ne peut pas communiquer avec d'autres personnes, qu'elle n'a plus d'autres liens sociaux. Donc elle repart avec lui, malheureusement. Et ça, c'est compliqué à gérer, en fait, parce qu'on est impuissants en tant que soignants.

**Oui, voilà, il y a un sentiment d'impuissance.**

Et je pense qu'on est au-delà, en fait, de notre rôle d'ergo, notre rôle d'infirmier ou notre rôle d'éducateur spécialisé. Cet accompagnement-là, il ne nous dépasse, et le manque de connaissances, le manque de compétences dans ce domaine-là, mais finalement, la personne qui nous sollicite, nous, fait que c'est frustrant, en fait. Ce n'est pas trop commun.

**Justement, je voulais vous demander, qu'est-ce que vous pensez de notre légitimité à intervenir dans cet accompagnement auprès de ces personnes-là ?**

Moi, je pense que la légitimité, elle est là quand il y a des conséquences psychiques liées à la violence conjugale, et que derrière, ces conséquences psychiques ont une conséquence sur le rétablissement et sur l'épanouissement dans la vie de la personne. Je pense qu'on a notre place à jouer dans ces moments-là. Je pense qu'on a encore plus de place dans le sens où on est des équipes mobiles d'intervention assez intensives, donc du coup, on peut être plus présents, il y a une relation de confiance qui se crée. On a aussi, finalement, comme on n'est pas de la justice, on a aussi ce rôle, ce regard un peu plus impartial sur la situation qu'on peut apporter à la personne, parce que du coup, nos propos ne serviront pas au jugement, etc. Je pense que notre place, elle est surtout là, en fait, c'est l'accompagnement de l'après et l'accompagnement de la conséquence psychique de la violence conjugale.

Après, très clairement, il faut aussi qu'il y ait une grosse place pour la justice, pour la police, pour le médecin légiste, etc. En fait, toutes les démarches, et même, j'ai envie de dire, les associations, qui peuvent accompagner, via les coups de parole aussi, la violence, nous, on n'aura pas forcément ça. Et oui, je pense que notre rôle il est clairement important et établi, parce que cette violence, elle fait partie de la vie de la personne. En tout cas, c'est un épisode de vie de la personne. Et dans cette volonté d'avoir une vision un peu globale du fonctionnement des gens, c'est important d'en avoir conscience et de pouvoir être présent pour eux.

**Et dernière petite question, je voulais savoir, vu que du coup, au cours de l'école d'ergo, on n'est pas vraiment formé à cette thématique. Dans quelle mesure une sensibilisation en amont, anticipée à tout ça, ça serait pertinent ou pas spécialement ?**

J'ai envie de dire que ce serait pertinent, mais ce serait pertinent comme toute comorbidité qu'on peut rencontrer dans notre professionnel, en fait. À l'école, on nous enseigne des bases de fonctionnement, des bases en neurologie, des bases en anatomie fonctionnelle, des bases en psychiatrie. Après, il faut juste, en fait, que dans notre vie professionnelle, en tant qu'ergo, on se renseigne, on lise, on accompagne aussi, et qu'on prenne bien conscience que tous ces événements de vie que les personnes peuvent rencontrer, vont avoir un impact sur leur fonctionnement, et vont avoir un impact sur leur autonomie.

Et donc du coup, il faut juste accepter que le handicap n'est pas que dû au trouble psychique, et les difficultés dans l'autonomie ne peuvent pas être que dues à un trouble, ou au handicap avéré. Le parcours de vie est aussi à prendre en compte dans l'accompagnement. Moi, je pense que, par rapport aux violences, au moins une sensibilisation sur les acteurs qui peuvent exister, et qui solliciter, quand on accompagne une personne, ou quand une personne qu'on a en soin, nous évoque ces violences, en fait. Avoir un peu des idées et des techniques de réaction, et savoir vers qui orienter la personne, finalement.

Parce que, accueillir, on va dire, la souffrance, accueillir les pleurs, accueillir la parole de la personne, c'est notre boulot, en fait. Le soin relationnel, il est aussi là en tant que professionnel de santé. Après, c'est juste d'avoir les billes aussi, et d'avoir un peu connaissance des partenaires qu'on peut solliciter dans le cas de ces violences.

**Oui, être capable de rediriger vers des personnes qui seront plus expertes dans ce domaine-là.**

C'est ça, et j'ai envie de dire, même, de ne pas hésiter à alerter, et à alerter les personnes de droit, quand on accueille quelqu'un dans son cabinet ou dans sa salle d'ergo, et qu'il y a ces plaintes, en tout cas, quand la personne rapporte des violences conjugales à domicile, qu'on puisse aussi, peut-être, ne pas la laisser repartir. Et, en fait, du coup, avoir aussi cette sensibilité à la situation d'urgence, que peuvent créer les violences conjugales.

**Ok. Ben, écoutez, j'ai terminé. Si vous avez des remarques, des questions, ou peu importe, je prends.**

Non, je pense que c'est un mémoire qui est intéressant. En plus, encore une fois, ça montre aussi l'accompagnement ergo qu'on peut avoir. Et, encore une fois, finalement, la cause de la limitation de participation, ou la cause du déséquilibre occupationnel, finalement, n'est pas tant importante que ça pour notre fonctionnement en ergothérapie. Le diagnostic, finalement, n'est pas très important. Ce qui est important, c'est les conséquences dans le quotidien. Je pense que ce mémoire, il s'inscrit parfaitement dans cette nouvelle dynamique de l'occupation et de l'assurance de l'occupation.

En fait, c'est un mémoire moderne. C'est bien. C'est bien de voir que ça bouge comme ça.

**C'est gentil, merci beaucoup en tous cas.**



**Institut de formation en Ergothérapie de  
Lorraine et Champagne-Ardenne**

04, rue des Sables

**DECLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT**

Je soussignée, Maïwenn Rodriguès

Certifie qu'il s'agit d'un travail original. Toutes les sources ont été indiquées dans leur totalité.

Je certifie n'avoir ni recopié, ni utilisé des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine. Les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites disciplinaires ainsi que devant les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le : 14/05/2025

**PROMOTION : 2022-2025**

**NOM ET PRENOM : RODRIGUES MAÏWENN**

**La place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales**

Les violences conjugales représentent un enjeu majeur de société, avec des conséquences importantes (physiques, psychologiques...) sur la vie des femmes qui en sont victimes. Les conséquences sont multiples telles que le repli social, l'anxiété ou encore la dépression. Par conséquent, ce mémoire explore le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement vers le rétablissement de l'équilibre occupationnel des femmes victimes de violences conjugales.

Pour répondre à cette question, cinq entretiens ont été réalisés avec des ergothérapeutes travaillant en service de santé mental ouvert afin d'explorer leur place et légitimité dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. Les résultats montrent que l'accompagnement psychosocial est un levier important dans le rétablissement de l'équilibre occupationnel, facilitant la reprise d'activités significatives, la reconstruction identitaire et l'autonomie.

L'ergothérapie se positionne ainsi comme un élément clé dans le parcours de soins global des victimes. Toutefois, son rôle reste encore insuffisamment valorisé et intégré dans les dispositifs de prise en charge. Une meilleure formation des ergothérapeutes et leur inclusion systématique dans ces dispositifs améliorerait l'accompagnement des victimes.

**Mots clés :** Ergothérapie – Femmes battues – Accompagnement – Violences – Equilibre occupationnel - Psychosocial

**The role of the occupational therapist in supporting women victims of domestic violence**

Domestic violence represents a major societal issue, with significant consequences (physical, psychological, etc.) on the lives of women who are victims. The consequences are numerous, including social withdrawal, anxiety, or even depression. Consequently, this thesis explores the role of occupational therapists in supporting women victims of domestic violence to restore occupational balance. To address this issue, five interviews were conducted with occupational therapists working in open mental health services to see into their role and legitimacy in supporting women victims of domestic violence. The results show that psychosocial support is an important lever in restoring occupational balance, facilitating the resumption of meaningful activities, identity reconstruction, and autonomy. Occupational therapy thus positions itself as a key element in the holistic care pathway for victims. However, its role remains insufficiently valued and integrated into care systems. Better training of occupational therapists and their systematic inclusion in these systems would improve support for victims.

**Keywords :** Occupational therapy – Battered women – Support – Violence – Occupational balance - Psychosocial

**MAÎTRE DE MEMOIRE : GLADYS GIACOMETTI**