



Ergothérapie et résilience : Accompagnement du soldat souffrant de stress post- traumatique

Mémoire d'initiation à la recherche



Image : G. NGUYEN <http://guillaume-nguyen.fr/stress-post-traumatique-quels-mecanismes-en-jeu/>



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e *TRUCHET* *Luc*

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à ... *FERRVILLE* Le ... *05/05/2021* signature

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-10092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Avant tout, je tiens à remercier les personnes qui m'ont soutenue lors de l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Tout d'abord, merci à Louise GERARDIN, mon maître de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils et son accompagnement durant cette année.

Je tiens également à remercier l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie La Musse pour leur accompagnement durant ces trois années de formation.

Je remercie mes amis et camarades de promotion pour leur bienveillance et leur soutien.

Enfin, je tiens plus particulièrement à remercier les membres de ma famille pour leur présence et leur réconfort tout au long de ce travail. Une pensée pour mes colocataires, aux heures passées ensemble à travailler, à se motiver et s'entraider. Merci surtout à toi Élise pour tes corrections et relectures et merci à Kewin pour ton soutien moral.

Sans la contribution de l'ensemble de ces personnes, ce travail aurait difficilement pu voir le jour.

Sommaire

Introduction	1
1 Cadre contextuel.....	2
2 Cadre conceptuel	4
2.1 Le stress post traumatique.....	4
2.1.1 Définition	4
2.1.2 Troubles associés.....	4
2.1.3 Les répercussions.....	5
2.1.4 Évaluations	6
2.1.5 Traitements	7
2.2 Prise en soin du soldat	8
2.2.1 Dispositif mis en place par l'armée.....	8
2.2.2 Structure de prise en charge dans l'armée.....	9
2.2.3 Plan d'action de prise en charge des troubles psychique dans les armées.....	10
2.3 Accompagnement en ergothérapie	10
2.3.1 Définition de l'ergothérapie	10
2.3.2 L'ergothérapie dans les forces armées.....	12
2.3.3 L'ergothérapie et le stress post traumatique	12
2.3.4 L'occupation	13
2.3.5 Le modèle MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels).....	14
2.4 La résilience : un concept pertinent pour la prise en charge en ergothérapie des soldats souffrants de SPT ?	15
2.4.1 Définition de la résilience	15
2.4.2 Stress post-traumatique et résilience.....	16
2.4.3 L'ergothérapie et la résilience	17
3 Question de recherche et hypothèse.....	18
4 Cadre expérimental.....	19
4.1 Justification de la recherche.....	19
4.1.1 Choix de l'outil de recherche.....	19
4.1.2 Retombées attendues	20
4.2 Objectif de la recherche	20
4.2.1 6.2.1 Objectif principal	20
4.2.2 6.2.2 Objectif secondaire.....	21

4.3	Méthodologie de la recherche	21
4.3.1	Design de la recherche.....	21
4.3.2	Lieu de la recherche	23
4.3.3	Population concernée.....	23
	Critère d'inclusion	24
	Critère d'exclusion	24
4.3.4	Calcul du nombre de participants nécessaire	24
4.3.5	Modalité de recrutement des participants	25
4.3.6	Randomisation	26
4.3.7	Évaluation des participants.....	29
4.3.8	Variables évaluées et méthodes d'évaluation	30
4.3.9	Recueil et protection des données	32
4.3.10	Méthodes statistiques envisagée et critères de jugement	33
4.4	Considération éthique et réglementaire	33
4.5	Organisation pratique de la recherche	34
4.5.1	Travail préparatoire de l'étude	34
4.5.2	Calendrier du projet.....	35
5	<i>Discussion</i>.....	35
5.1	Les biais de l'étude.....	35
5.2	Les limites de l'étude	36
5.3	Les perspectives envisagées	37
	<i>Conclusion</i>.....	39
	Bibliographie	
	Annexes	

Introduction

Le stress post-traumatique est un terme qui apparaît dans le système de classification des maladies psychiatriques en 1980. Cependant, des problèmes psychologiques du même ordre sont évoqués depuis l'antiquité. Tout au long de l'Histoire de nombreuses personnes y font référence dans leurs écrits, poèmes, pièces de théâtre telle que dans *Roméo et Juliette* (1590) où ils font état de rêves de batailles. Différentes terminologies sont utilisées : « névrose traumatique », « névrose de guerre », « hypnose des batailles », « l'obusite ». Avec l'évolution de sa terminologie vient en parallèle l'évolution de sa symptomatologie.

C'est après la guerre du Vietnam que la terminologie de stress post-traumatique est née. En effet, il y a eu 700 000 cas sur 3 millions de soldats envoyés. Ce grand nombre de personnes atteintes amène les psychiatres américains qui ont écrit le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) à remettre ce trouble dans leur manuel sous le nom de « Post Traumatique Stress Disorder ». Actuellement, cette terminologie est encore utilisée dans le monde entier.

Cette pathologie peut toucher toute personne, enfant comme adulte, qui a été exposée à un événement marquant, qu'elle en soit victime ou témoin, à la suite d'une annonce de mort violente, soudaine ou d'évènement grave (agressions physiques/sexuelles, catastrophe naturelle, combat militaire, accident...).

De nos jours, « la prévalence des TSPT [troubles du stress post-traumatique] serait de 5 à 12% dans la population générale » (Inserm). Cependant, ces chiffres pourraient être minimisés de par la méconnaissance ou mal connaissance de la symptomatologie échappant ainsi au diagnostic. Les données présentes varient selon la population, «on estime par exemple que près d'un quart des militaires qui ont participé à une guerre et concernés par ces troubles » (Inserm).

L'objectif de cette étude est donc de s'interroger sur l'impact d'une prise en charge en ergothérapie auprès de soldats souffrant de stress post-traumatique (SPT) basée sur le développement de la résilience afin de compenser leurs difficultés rencontrées au quotidien. Ainsi, comment l'ergothérapeute en utilisant le concept de résilience, peut permettre la diminution de la symptomatologie du stress post-traumatique et l'amélioration du rendement occupationnel.

Dans un premier temps, j'expliquerai les différents concepts évoqués dans ma thématique de recherche. Ainsi, j'aborderai les critères de diagnostic, ses troubles associés et ses répercussions, puis, la prise en charge des soldats au sein de l'armée,

et l'accompagnement en ergothérapie de cette population souffrante de SPT. Enfin, le concept de résilience sera défini et mis en lien avec la prise en charge du SPT.

Dans un second temps, une phase expérimentale sera réalisée. Je présenterai la question de recherche ainsi que l'hypothèse émise. Ensuite, viendra l'explication de la méthodologie utilisée et son analyse (biais, limites) afin d'y répondre. Pour finir, je présenterai les perspectives envisagées et émettrai mes conclusions sur ce travail.

1 Cadre contextuel

Le travail de fin d'étude que j'ai choisi est orienté vers les soldats blessés lors de guerres. Ce qui m'a amenée à étudier ce thème, c'est à la fois mon intérêt pour le corps médical des armées, ainsi qu'un cours sur les amputés durant lequel le professeur nous a raconté les débuts de prothèses en ergothérapie. Il nous a également expliqué que l'ergothérapie en France s'est fait connaître notamment grâce aux deux guerres mondiales. En effet, « *Les Occupational Therapists arrivent en France pour travailler à la Pitié-Salpêtrière et à l'hôpital des Invalides lors de la Première Guerre mondiale* » (Charret et al. 2017). Durant cette guerre, des ergothérapeutes américains venus en France avec l'armée américaine, aidaient les hommes atteints de syndrome post-commotionnel. Cependant, c'est à partir de la Seconde Guerre mondiale que naît le terme « ergothérapie » en 1943. De plus, « *l'organisation internationale autour de la santé facilite la reconnaissance de nouveaux métiers paramédicaux* » (Charret et al. 2017) ce qui a facilité l'arrivée de l'ergothérapie en France.

A la suite de ces recherches, mon envie de découvrir le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des soldats s'est confirmée. Pour cela, je me suis informée au travers d'articles et témoignages de soldats. Parmi ces témoignages, l'un d'eux évoquait le retour au domicile compliqué d'un soldat atteint de stress post-traumatique. Il n'avait pas été accompagné lors de son retour à domicile et se retrouvait seul face à ses angoisses, ses peurs... En poursuivant mes lectures, j'ai constaté que de nombreux soldats étaient dans le même cas. Cela m'a donc motivée dans mes recherches quant à l'intervention de l'ergothérapeute pour aider ces soldats.

J'ai commencé par chercher où pouvait exercer un ergothérapeute qui travaillait avec l'armée. En France, il peut exercer dans des Hôpitaux d'Institution des Armées (HIA). Par ailleurs, à travers le monde, l'exercice de l'ergothérapie pouvait varier. En

effet, dans « *The American Journal of Occupational Therapy* » publié en 2008, (Oakley et al, 2008) les ergothérapeutes peuvent exercer dans « *U.S Army ans U.S Public Health Service Comissioned Corps Disaster mental Health Response Team* » mais aussi durant des guerres (Iran, Afghanistan) ainsi que lors de catastrophes telles que des attentats (11 septembre 2001) et des ouragans (« *Florida Hurricanes 2004* », «*Hurricane Katrina 2005*»).

Ensuite, je me suis penchée sur les différentes pathologies autant physiques que psychiques dont pouvaient être atteints les soldats. Un soldat peut avoir subi un traumatisme psychique tel qu'un stress post-traumatique suite à un évènement traumatisant lié au combat et/ou bien physique en lien avec des engins explosifs ou d'autres armes. Au fur et à mesure de mes lectures, j'ai pu remarquer que de nombreux soldats souffraient de stress post-traumatique à la suite d'une de leur mission. Ce sujet m'a intéressée et j'ai voulu enrichir mes connaissances. Voici quelques chiffres sur les soldats souffrants de stress post-traumatique qui m'ont interpellée :

- « *Dix ans après la guerre du Vietnam, 15,2% des hommes présentaient un état de stress post-traumatique, contre 8,5% des femmes.*

- *10 à 30% des vétérans de guerre souffrent d'un état de stress post-traumatique au moins une fois dans leur vie* » (Dohrenwend et al, 2006).

- « *En 2013, 13,8% des personnes servant en Irak et en Afghanistan souffraient d'ESPT* » (Gradus, J. L., 2013).

Ces chiffres m'ont fait prendre conscience de l'importance du nombre de soldats touchés par cette pathologie et de la nécessité de leur prise en charge. C'est pourquoi, je me suis, dans un premier temps, renseignée sur la définition de ce terme, les traitements, les évaluations et les thérapies existantes. Cela m'a amenée à ma question de départ :

Dans quelle mesure l'ergothérapeute peut-il agir auprès des soldats souffrant de stress post-traumatique ?

2 Cadre conceptuel

2.1 Le stress post-traumatique

2.1.1 Définition

Le stress post-traumatique est un terme qui apparaît dans le système de classification des maladies psychiatriques en 1980 en Amérique dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). « *C'est un trouble mental qui peut survenir après un évènement traumatisant où il y a exposition à la mort, à des blessures graves [...]. Les évènements potentiellement traumatisants comprennent la guerre/le combat, les accidents majeurs, les catastrophes d'origine naturelle ou humaine et la violence interpersonnelle. Le TSPT peut toucher n'importe quelle personne [...]* » (Agence de la santé publique du Canada, 2020, page 4)

Le diagnostic du stress post-traumatique est réalisé lorsque les symptômes sont présents depuis plus d'un mois et engendre une altération du fonctionnement de la personne. Les symptômes comportent : la présence de souvenirs ou de cauchemars intrusifs, l'évitement de situations, de pensées rappelant la situation vécue, ainsi que des humeurs, des émotions négatives persistantes et une altération du niveau de réactivité et d'excitation de la personne (perturbation du sommeil, des comportements, des réactions...). Tous les critères du SPT sont exposés en Annexe I.

Il existe différentes expressions du stress post-traumatique qui se classe selon leur durée :

- Le SPT aigu qui est une persistance des signes de moins d'un mois
- Le SPT chronique qui dure plus de trois mois
- Le SPT différé qui lui apparaît plusieurs mois voire plusieurs années après

2.1.2 Troubles associés

Le stress post-traumatique peut être associé à divers problèmes tels que la dépression, l'anxiété, la consommation d'alcool et/ou de drogue.

Selon l'association des anciens combattants du Canada, près de la moitié des soldats souffrants de SPT chronique connaissent une phase de dépression. Elle peut être associée à de la culpabilité, de la honte ou des remords liés à l'évènement

traumatique. Elle peut être multi-symptomatique et peut comprendre un sentiment de désespoir, une baisse de moral, un manque d'énergie et/ou manque de motivation mais aussi une perte d'intérêt, de plaisir que ce soit dans les activités de vie quotidienne ou sexuelle. Cela peut aussi s'exprimer par des insomnies, des difficultés à se concentrer, à mémoriser et à faire des choix. La dépression peut aussi s'accompagner d'idées noires ou suicidaires.

Ensuite, l'anxiété pourrait être décrite « *comme un sentiment d'appréhension et de crainte face à l'éventualité d'un évènement désagréable* » (L'état de stress post-traumatique et le stress lié à la guerre, 2019). Elle est associée à des difficultés respiratoires, une accélération du rythme cardiaque, une tension musculaire...

La consommation d'alcool ou de drogue nuit aux capacités de fonctionnement de l'individu ainsi qu'à ses relations avec autrui. Cela peut engendrer des problèmes de finances, de violence mais aussi dans la vie professionnelle et dans les relations interpersonnelles. Il faut savoir que 50% des hommes et 25% des femmes souffrent de stress post-traumatique chronique. Cette consommation permet notamment aux personnes de faire diminuer leurs souffrances, leurs angoisses.

2.1.3 Les répercussions

Les répercussions du stress post-traumatique ont lieu dans différents domaines de la vie quotidienne tels que : les relations interpersonnelles, la vie professionnelle et familiale. Elles sont dues notamment à des incapacités à éprouver, exprimer des émotions qui entraînent un sentiment de rejet chez les membres de son entourage. Cependant, le soldat peut avoir recours à la colère comme processus de défense pour faire face à ses peurs ou vulnérabilités, ce qui peut renforcer ce rejet.

Les problèmes de dépression ou de troubles de sommeil entraînent une fatigue générale qui crée une irritabilité, une aigreur, des paroles blessantes ainsi qu'une baisse d'énergie générale touchant aussi l'entourage du soldat. Cela peut avoir des répercussions dans sa vie familiale et sociale. Elle peut s'isoler de son groupe d'appartenance, avoir de la difficulté à ressentir du plaisir ou de l'intérêt pour diverses activités. Cela peut engendrer également des conflits conjugaux.

Les personnes souffrant de stress post-traumatique peuvent avoir une attitude protectrice due à des événements ou situations qu'ils perçoivent comme dangereux mais qui ne le sont pas pour autrui. Cette attitude protectrice est due à une hyper vigilance, la personne devient extrêmement prudente pour des interventions de routine.

Pour ce qui est de la vie professionnelle, il peut y avoir des difficultés de gestion de la pression au travail, des performances, liées à des problèmes de concentration et de mémorisation. Le patient peut aussi présenter une addiction au travail qui lui permet de fuir les pensées désagréables liées à l'évènement traumatique.

Les troubles du sommeil, les évitements, l'altération des cognitions et les reviviscences peuvent avoir un impact sur le rendement occupationnel de la personne. Effectivement, une fatigue, des troubles de la concentration, l'évitement de situation qui rappelle l'évènement traumatique, peuvent être présents et ainsi altérer voire empêcher la réalisation d'occupation.

2.1.4 Évaluations

Il existe différentes échelles d'évaluation et/ou de diagnostic du stress post-traumatique, les plus couramment utilisées vont être présentées ci-après.

La plus reconnue est la CAPS-5, elle a été développée par Blake et al. en 1990. Elle évalue la fréquence et l'intensité de chaque symptôme en utilisant un questionnaire. La CAPS permet d'évaluer les critères tels que la fréquence, l'intensité, la sévérité et l'incidence des symptômes sur le fonctionnement de la personne ainsi que l'amélioration du patient dans son ensemble.

Ensuite, il y a la PCL-5 (Post traumatic stress disorder checklist for dsm-5) qui a été créée par Weathers et al. en 2013. Cette échelle permet de repérer les évolutions dans le temps des changements de symptômes, mais aussi de dépister et poser un diagnostic provisoire d'ESPT (Épisode de stress post-traumatique). Ce test existe en plusieurs versions et notamment une version destinée aux militaires (PCL-M).

L'échelle IES-R (Impact of Event Scale-Revised) est créée en 1979 par Horowitz et al. puis complétée par Weiss et Marmar en 1997. L'IES-R permet de mesurer le stress post-traumatique subjectif après une situation traumatique. Elle

évalue les symptômes d'intrusion, les comportements d'évitement, l'hyperréactivité neurovégétative. Un des avantages de ce test est sa rapidité de passation (5 à 10 minutes). Il s'effectue en auto-évaluation et s'adresse à une population adulte.

2.1.5 Traitements

Selon Wissam El-Hage, les thérapies les plus appropriées pour venir en aide aux patients souffrant de stress post-traumatique sont les psychothérapies centrées sur le trauma telle que : la thérapie cognitive-comportementales (TCC), la thérapie d'exposition prolongée (TEP), l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR), la thérapie des processus cognitif (TPC) et la thérapie brève électrique. Ces thérapies sont les plus reconnues et les plus efficaces. Il existe aussi l'hypnose et la thérapie narrative même si leur efficacité est moins avérée (El-Hage, 2018).

Il peut y être ajouté de la psychoéducation pour aider le patient à mieux comprendre sa pathologie.

2.1.5.1 Traitements médicamenteux

Les traitements médicamenteux ne sont pas des traitements de première ligne, ils doivent être utilisés en complément de thérapies. Il existe différents médicaments utilisés tels que les antidépresseurs qui sont reconnus comme efficaces et utilisés en cas de comorbidité dépressive, notamment avec de la sertraline ou de la paroxétine qui sont indiquées en France. Il y a aussi la fluoxétine ou la venlafaxine qui sont indiquées à l'international.

Ensuite, « *l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques peut être nécessaire afin de réduire les effets délétères du syndrome de reviviscence et de restaurer le sommeil* » (El-Hage, 2018). Enfin l'hydroxyzine est indiquée pour la gestion de l'anxiété ou du sommeil.

2.1.5.2 Recommandations HAS pour le traitement du stress post-traumatique :

Les objectifs évoqués pour le stress post-traumatique par la HAS sont de « *diminuer les symptômes, les comorbidités et les incapacités après un événement traumatique ; [de] réduire le niveau de détresse et prévenir les récives à long terme ; [d']améliorer le fonctionnement et la qualité de vie [et d']obtenir le minimum d'effets indésirables des traitements.* » (HAS, 2007)

Le traitement concerne l'EPST et les comorbidités qui peuvent y être associées. Le patient doit être informé sur son trouble et ses droits et doit avoir un soutien psychosocial pendant le traitement.

Il existe deux psychothérapies structurées recommandées : la Thérapie Cognitive-Comportementale (TCC) et la désensibilisation avec mouvement oculaire (EMDR : Eye movement desensitization and reprocessing). L'hypnose est parfois utilisée pour lutter contre certains symptômes tels que la douleur, l'anxiété et les cauchemars.

Le traitement médicamenteux « *est indiqué dans les formes chroniques durant depuis plus d'un an (dépression quasi systématiquement associée).* »

- *La paroxétine est la seule molécule ayant une AMM dans cette indication.*
- *En cas d'échec de la paroxétine, un avis spécialisé est nécessaire : les médicaments utilisés dans l'ESPT (hors AMM) sont les autres ISRS (fluoxétine, fluvoxamine, sertraline) ou les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, imipramine).*

Si les problèmes de sommeil sont importants, un traitement hypnotique de courte durée peut être proposé » (HAS, 2007).

2.2 Prise en soin du soldat

2.2.1 Dispositif mis en place par l'armée

2.2.1.1 SAS de fin de mission

L'armée a mis en place des sas de fin de mission, le but étant la récupération mentale et physique de chaque soldat avant leur retour sur le territoire français pour qu'ils soient le plus serein possible. Ce dispositif est mis en place pour les opérations

extérieures. « *Le premier objectif est de clôturer la mission en incitant le retour à soi et permettre, par-là, une distanciation progressive entre le militaire et son groupe d'appartenance tout en satisfaisant un besoin de reconnaissance. [...] Le deuxième objectif est d'accélérer le retour à la « normale » [...] Enfin, le troisième objectif du sas de fin de mission est de clarifier les situations individuelles en permettant aux personnes qui le souhaitent de rencontrer un psychologue, quelle qu'en soit la raison [...]. Cette possibilité permet de prévenir des difficultés psychologiques en orientant vers une prise en charge au retour si nécessaire* » (Cahier du RETEX, 2016).

2.2.1.2 Stage CREBAT

L'armée organise aussi les stages CREBAT (Centre de Réentraînement des Blessés de l'Armée de Terre) mis en place depuis 2014. Leur objectif est « *d'améliorer, par le sport, la motivation des blessés, leur bien-être et leur estime de soi* » (Ministère des Armées, 2015) par l'activité physique. « *Ces stages permettent aux blessés, souffrant principalement de stress post-traumatique, de redécouvrir le « métier » à travers des activités sportives et militaires* » (Ministère des Armées, 2015). Durant ce stage, l'esprit d'équipe, la cohésion et le dépassement de soi sont mis en avant.

2.2.1.3 Écoute défense

L'armée a mis en place le dispositif « Écoute Défense » qui est une plateforme téléphonique gratuite de psychologues du SSA. C'est un lieu d'orientation, d'accueil et d'écoute. Elle a été créée pour les soldats, vétérans et leur famille, ou un membre civil de la défense qui aurait subi ou été témoin d'un traumatisme psychique. Elle est accessible tous les jours, 24h/24h.

2.2.2 Structure de prise en charge dans l'armée

Le service de santé des armées (SSA) met à disposition des soldats le SIMPA (Service d'Intervention Médicaux-psychologique des Armées). Il est composé de plusieurs cellules de détection du syndrome de stress post traumatique : la Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'Armée de Terre (CISPAT), le Service médical de

psychologie clinique appliquée à l'aéronautique (SMPCAA) pour l'Armée de l'Air, le Service de Psychologie de la Marine (SPM) et la section psychologie soutien intervention (PSI) pour la gendarmerie.

2.2.3 Plan d'action de prise en charge des troubles psychiques dans les armées

L'armée axe sa prise en charge du stress post-traumatique selon neuf axes qui doivent prendre en compte à la fois la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale du patient. Parmi ces axes :

- « Renforcer la formation pratique des médecins d'unité au diagnostic et au traitement des troubles psychiques post-traumatiques ;
- Faciliter l'accès aux soins appropriés dans un parcours de soins coordonnés par le médecin d'unité ;
- Définir les rôles respectifs, sur le terrain, des psychiatres du SSA et des psychologues institutionnels ;
- Renforcer la sensibilisation et la formation des militaires sur le stress opérationnel et les troubles psychiques post-traumatiques ;
- Améliorer la réponse aux besoins spécifiques d'accompagnement social du militaire et de sa famille ; [...] » (Ministère de la défense et des anciens combattants, 2012).

2.3 Accompagnement en ergothérapie

2.3.1 Définition de l'ergothérapie

Étymologiquement, ergothérapie vient du grec « ergon » qui signifie activité, et du mot « therapeia » qui se traduit par le soin. L'ergothérapeute utilise la thérapie par l'activité pour l'activité en prenant en compte les habitudes de vie et l'environnement de la personne. « *L'objectif de l'ergothérapie (occupational therapy) est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome*

et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement.”(ANFE,s.d).

L'ergothérapeute en psychiatrie soutient le patient pour qu'il soit autonome dans la communauté. Pour cela, il cherche à récupérer ou développer ses fonctions exécutives, affectives et sociales pour pouvoir vivre un quotidien satisfaisant. Selon l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, les objectifs de l'ergothérapeute sont d'«*améliorer ou [de] recouvrer sa capacité à établir des relations satisfaisantes avec les autres ; accroître ses capacités d'adaptation à la vie en société ; développer ou restaurer son autonomie dans les activités quotidiennes [...] ; développer ses ressources personnelles et ses intérêts ; connaître et accepter ses limites ; regagner sa confiance en soi et exprimer ses sentiments.*» (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009).

Pour atteindre ces objectifs, l'ergothérapeute doit dans un premier temps, réaliser une évaluation du patient lui permettant de centrer son intervention sur celui-ci, ses besoins, ses intérêts et ses objectifs. En effet, grâce à ces évaluations « *l'ergothérapeute obtient des informations relatives aux forces et aux difficultés de la personne de même qu'à sa perception d'elle-même. L'ergothérapeute s'intéresse aussi au contexte de vie de même qu'aux rôles et aux tâches particulières de la personne [...]*» (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009).

Ensuite, l'ergothérapeute met en place des activités significatives pour le patient qui servent de levier thérapeutique en leur redonnant confiance en eux et leur permettre d'exprimer leurs émotions ou sentiments. Selon Trombly (cité dans Meyer, 2013), « *les activités sont significatives si elles ont de l'intérêt ou de l'importance dans la vie d'une personne. [...] [Elles] doivent être en relation avec les intérêts de l'utilisateur et avoir un but intelligible par lui pour l'intervention dont il est l'objet* ». L'ergothérapeute vise le rétablissement des capacités fonctionnelles physiques et psychiques, et à s'adapter à ses limites fonctionnelles. « *Il guide également son client dans la reprise de ses occupations et de ses rôles tels qu'il les accomplissait avant l'apparition de la maladie ou la réapparition de ses symptômes* » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009).

2.3.2 L'ergothérapie dans les forces armées

L'ergothérapeute travaille depuis longtemps avec les forces armées, puisque c'est avec les guerres mondiales que l'ergothérapie est née en France.

Selon la CAOT, « *les ergothérapeutes travaillent au sein de la collectivité militaire pour fournir des soins holistiques axés sur le patient afin de faciliter la réintégration d'activités significatives et le retour au service actif ou la transition vers la vie civile* » (CAOT, 2016).

L'ergothérapeute agit à la fois sur les problèmes de santé physique et mentale du soldat ayant un impact sur la vie quotidienne. Ses interventions « *aident à promouvoir la résilience, la santé mentale et le bien-être, le bien-être physique et la raison d'être. En tant que membres d'une équipe interprofessionnelle de soins de santé primaire se concentrant sur une occupation significative ainsi que sur des rôles et des routines qui comptent, les ergothérapeutes aident à répondre aux besoins en matière de soins des membres des FAC [force armée canadienne] et des vétérans* » (CAOT, 2016). Ils permettent de mettre en place de nouvelles structures quotidiennes en lien avec l'adaptation, l'hygiène, le sommeil...

2.3.3 L'ergothérapie et le stress post traumatique

Dans le cadre de la prise en soin du patient ayant un stress post-traumatique, l'ergothérapeute met en place des stratégies pratiques visant la participation aux activités significatives des patients. Il fait partie des traitements non pharmacologiques indiqués au patient qui visent à minimiser l'impact du STP sur la vie quotidienne et le développement du plein potentiel du patient. Cependant, il n'existe pas de recommandation de l'HAS à ce jour sur la prise en soin des patients atteints de stress post traumatique en ergothérapie.

Selon les études de M. GERARDI (Gerardi, 2017) et de N.C. Kerr (Kerr et al, 2020), l'accompagnement en ergothérapie auprès des personnes atteintes de stress post-traumatique abordera le développement de compétences de la vie quotidienne pour ainsi améliorer sa qualité de vie et sa confiance en soi. Le thérapeute peut également aider le patient dans la compréhension de sa pathologie pour pouvoir mieux la gérer au quotidien et ainsi adopter des stratégies. L'ergothérapeute va développer

la participation et l'engagement dans des occupations et des activités significatives pour le patient. Enfin, il veillera au développement de rôle, d'habitudes et de routines professionnelles. Une des approches en ergothérapie sera donc basée sur le maintien d'une identité de soldat pour éviter le développement du rôle de malade, ce qui nécessite de la part du professionnel une connaissance du milieu militaire et de son fonctionnement. Une autre approche de l'ergothérapeute pourra être orientée sur une intervention précise fondée sur les occupations du patient. L'ergothérapeute peut également agir sur la réintégration du patient dans les milieux professionnels et sociaux. Pour cela, il peut axer son intervention sur : la gestion du stress et de la colère, sur sa capacité d'adaptation, sur l'autorégulation des pensées, des sensations, des émotions et des actions, le renouvellement d'efficacité personnelle...

2.3.4 L'occupation

Le terme occupation est au cœur de l'ergothérapie, en effet, en anglais ergothérapie se nomme "*occupational therapy*". C'est pourquoi, nous allons définir ce terme : selon Sylvie Meyer, l'occupation est « *un groupe d'activités, culturellement dénommée, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisir* » (Meyer, 2013).

Toujours selon Sylvie Meyer, le but de l'ergothérapeute est de favoriser la participation dans les occupations, qui permet d'améliorer le bien-être des patients. Pour elle, l'occupation c'est ce que font les gens (usuellement ou inhabituellement) de façon intentionnelle, que ce soit en individuel ou en groupe dans un environnement physique, social et culturel. Les occupations peuvent changer au fil du temps, elles demandent des habilités et des fonctions corporelles et les renforcent. Les occupations modifient l'environnement et sont influencées par lui. Elles contribuent à la société, elles transmettent et fabriquent la culture, elles organisent la vie tout en conférant des identités sociales et personnelles à chacun.

Cependant, chez les soldats souffrant de SPT, les symptômes tels que la reviviscence ou les troubles du sommeil peuvent avoir un impact sur la participation et le rendement dans les occupations et activités de la vie quotidienne. Ainsi, pour évaluer le rendement et la satisfaction du patient dans les occupations,

l'ergothérapeute peut utiliser des outils spécifiques comme la MCRO issue du modèle MCREO.

2.3.5 Le modèle MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels)

Le modèle MCREO a été élaboré par l'Association Canadienne des ergothérapeutes afin de clarifier le rôle des ergothérapeutes. Ce modèle « *est basé sur une approche centrée sur la personne dans le but d'établir des objectifs de traitement et évaluer les changements dans la performance et la satisfaction perdues lors d'un traitement en réadaptation. Il met en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses activités ou occupations, le sens qu'elle donne à sa vie et à sa santé* » (Law et al. cité dans J-M. Claire et L. Rouault, 2017). C'est l'interaction de ces trois éléments qui détermine le rendement occupationnel d'une personne, leur manière de réaliser leurs occupations. Le rendement occupationnel est défini comme étant la possibilité de choisir, d'organiser et de réaliser des occupations qui sont significatives (Law, Polatajko, Baptise, Townsend, 2002).

Ce modèle permet de promouvoir l'occupation qui a un intérêt central pour l'ergothérapie. En effet, les occupations ont un potentiel thérapeutique. Elles « *affectent la santé et le bien-être des personnes, donnent un cadre temporel et structurant, donnent un sens à la vie. Ces occupations sont singulières en fonction de la personne et du contexte dans lequel elles sont effectuées* » (J-M. Claire et L. Rouault, 2017).

L'évaluation au travers de ce modèle se réalise grâce à la MCRO (Mesure canadienne du rendement occupationnel). Elle permet l'identification des problèmes, leur pondération et leur cotation par ordre d'importance. Cela permet de mettre en avant les problématiques du patient aux niveaux des soins personnels, de la productivité et des loisirs, selon son rendement et sa satisfaction dans ces activités. C'est une évaluation subjective sous forme d'entretien semi-structuré de la performance et de la satisfaction du patient dans les occupations qui sont importantes pour lui. L'outil d'évaluation s'effectue en cinq étapes, la première consiste à identifier les difficultés de rendement occupationnel grâce à l'entrevue. Ensuite, il y a la cotation par la personne sur une échelle de dix points de l'importance des difficultés identifiées précédemment. Puis, le patient doit sélectionner les cinq problèmes les plus

importants et par la suite coter son rendement et sa satisfaction actuelle sur une échelle (10 points pour chaque).

2.4 La résilience : un concept pertinent pour la prise en charge en ergothérapie des soldats souffrants de SPT ?

2.4.1 Définition de la résilience

Le terme résilience a plusieurs définitions selon le domaine dans lequel il est utilisé. De plus, il n'y a pas de consensus trouvé sur la définition de la résilience, chaque auteur a sa définition. Thomassen (Babi et al, 2020) explique que la résilience en psychologie est une caractéristique propre à chaque individu. Ce n'est pas une compétence qui est innée, cependant toute personne peut la développer ou la renforcer. Bonanno & Mancini (Blackburn et al, 2016) déclarent que la résilience est « *la capacité à gérer avec succès des événements stressants tout en conservant son fonctionnement normal* ». Selon Babi et al. (Babi et al. 2020), la résilience est la capacité d'une personne à s'adapter positivement, avec succès aux expériences difficiles de la vie. C'est la capacité de revenir à un état « normal » à la suite d'un traumatisme. Elle permet d'accélérer ou de faciliter une guérison (ex : cancer), mais aussi de créer un sentiment de bien-être chez la personne et d'assurer une bonne santé. D'après Zvizdi (Babi et al. 2020) « *La résilience représente en fait la force de gérer et de faire face à un problème et de continuer à vivre normalement* ».

Il existe plusieurs types de résilience expliqués par Jakovljevi et Hicks (Babi et al, 2020) : psychologique, spirituelle, primaire, secondaire et tertiaire. Les résiliences psychologiques et spirituelles mettent en jeu des mécanismes de défense qui permettent de vaincre la vulnérabilité tels que : « *l'espoir, l'activité, le but et le sens, la communauté, la gratitude et la joie* ». Pour ce qui est de la résilience primaire, elle « *permet une bonne santé et un bien-être physique, psychologique, social et spirituel, la résilience secondaire permet la guérison et le rétablissement personnel et la résilience tertiaire permet une vie de qualité et un sentiment de bien-être malgré la maladie chronique* ».

Ensuite, selon Ayesha S. Ahmed (Ahmed, 2007) les facteurs facilitants la résilience sont « *[l']estime de soi, [l']auto-efficacité, le sens de l'humour, [l']autosuffisance, le sens de la maîtrise, [l']optimisme, les capacités interpersonnelles*

telles que les compétences sociales, la capacité à résoudre les problèmes et le contrôle des impulsions, la sécurité... »

Pour cette étude, une définition de la résilience inspirée des différents auteurs évoqués ci-dessus, a été déterminée. Elle met en avant les caractéristiques suivantes :

- Compétence propre d'un individu qui peut être développée chez tout un chacun
- Capacité d'un individu à faire face à un événement traumatique et à le surmonter

Pour évaluer la résilience, l'échelle d'évaluation la plus utilisée est l'échelle Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) de Connor et Davidson (2003). Elle possède 25 points de mesure, coté de 0 (rarement vrai) à 4 (vrai presque tout le temps) qui représentent les expériences que la personne a vécu durant le mois. Cela permet d'évaluer la capacité d'un individu à faire face au stress. Les résultats vont de 0 à 100, plus le score est proche de 100, plus il indique une grande résilience.

2.4.2 Stress post-traumatique et résilience

Dès lors, il peut être intéressant de se demander quel est l'intérêt de la résilience dans le SPT. En effet, la résilience permet de faire face à des événements traumatisants et de continuer à vivre « normalement ». Les personnes souffrant de stress post-traumatique ont vécu un ou des événement(s) qui ont bouleversé leur vie et qui engendrent des conséquences néfastes au quotidien. Le développement de la résilience chez cette population permettrait de surmonter ce traumatisme et de pouvoir vivre avec, de s'adapter et ainsi de permettre un fonctionnement normal et un sentiment de bien-être.

Différentes études ont démontré l'effet de la résilience sur le stress post-traumatique. En effet, d'après les études de Green et al, Connell et al. Zerach et al. (Babi et al. 2020) « *les symptômes du SSPT [Syndrome de Stress Post-Traumatique] sont négativement corrélés avec les émotions, ce qui dépend souvent de la résilience, laquelle est inversement proportionnelle à l'apparition du SSPT et joue donc un rôle important dans le traitement des troubles anxieux, de la dépression et de la réaction au stress* ». De plus, les études de Robert H. Pietrzak et al. (Pietrzak et al. 2009) suggèrent que les interventions visant à renforcer la résilience psychologique et le

soutien social post-déploiement peuvent contribuer à réduire la gravité du stress traumatique et des symptômes dépressifs chez les vétérans. Enfin, Laura Blackburn et Gina P. Owens (Blackburn et al. 2016) ont démontré une corrélation négative entre la gravité des symptômes du SSPT et la résilience, les individus les plus résilients présentant des niveaux plus faibles de SSPT et d'autres problèmes de santé mentale, comme la consommation d'alcool et la dépression. Ainsi, les vétérans ayant un niveau de résilience plus élevé étaient moins vulnérables à la gravité des symptômes du SSPT.

2.4.3 L'ergothérapie et la résilience

Nous pouvons nous interroger sur le rôle de l'ergothérapie sur l'amélioration de la résilience des patients. Tout d'abord, comme dit précédemment « *l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* » (ANFE, s.d). L'ergothérapeute centre sa pratique sur l'environnement, la personne, les activités et sa performance. Il permet l'adaptation de la personne dans l'environnement mais aussi vis-à-vis des situations de vie, grâce à ses ressources et ses habiletés.

Selon Mme Thibeault (Thibeault, 2016), il existe cinq types d'activités permettant de se reconstruire auprès, notamment, de personnes ayant vécu un traumatisme et ainsi de développer la résilience d'un individu :

- Activité de centration : activité répétitive, réalisée avec dynamisme qui permet d'évacuer sa nervosité, des pensées obsédantes.
- Activité de contemplation : se réfère aux activités de prière, de méditation ou d'observation
- Activité de création : activité de production, de création de beauté que ce soit pour autrui ou pour soi.
- Activité de contribution : permettre à la personne de redonner, d'être productif envers la société ou son entourage.
- Activité de communion : renforcer le lien d'appartenance de la personne, que ce soit envers ses origines, sa famille et nous reliant au vivant.

Ces différentes activités serviront de banque de données que l'individu pourra utiliser dans son quotidien selon ses besoins. De plus, toujours selon Mme Thibeault (Thibeault, 2016), ces activités doivent être intentionnelles pour qu'elles soient le plus efficaces possible. Elles permettraient d'améliorer la santé psychologique des individus et de nourrir leur esprit pour ainsi devenir résilient.

De surcroît, Case-Smith et O'Brien (2010) suggèrent que les activités intentionnelles ou significatives participent au développement de la résilience chez les individus.

Selon Trombly (S.Meyer, 2013) créateur du concept d'activité intentionnelle (ayant un but) déclare que *« les activités sont intentionnelles parce qu'elles permettent d'organiser le comportement dans la vie de tous les jours [...], si elles facilitent l'exercice de performances ou d'habilités à récupérer. »*

La personne a aussi besoin de réaliser des activités significatives, c'est à dire, des activités qui *« ont de l'intérêt ou de l'importance dans la vie d'une personne [...] et [qui vont] avoir un but intelligible par lui. »* (S.Meyer, 2013).

Ainsi l'ergothérapeute au travers de différentes activités peut développer la résilience d'un individu.

3 Question de recherche et hypothèse

Au regard de ces concepts, le soldat atteint de stress post-traumatique présente de nombreux troubles impactant sa vie quotidienne : la réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien des réductions de la participation à ces mêmes activités, la perturbation négative sur la cognition et l'humeur... La prise en charge en ergothérapie de patients atteints de stress post-traumatique reste peu évaluée, notamment au regard du développement de la résilience de cette population. Néanmoins, si l'on se réfère aux définitions de l'ergothérapie, nous pouvons établir la place de l'ergothérapeute dans le développement de la résilience du soldat atteint de stress post-traumatique. Ainsi ma question de recherche est :

Quel impact une prise en charge en ergothérapie basée sur le développement de la résilience peut-elle avoir sur le rendement occupationnel chez les soldats atteint de stress post-traumatique ?

Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai émis l'hypothèse suivante :
Le développement de la résilience en ergothérapie permet d'améliorer le rendement occupationnel des soldats souffrant de stress post-traumatique.
Afin de répondre à mon hypothèse, une méthode expérimentale hypothético-déductive sera employée, l'outil de recherche utilisé devra permettre de valider ou non l'hypothèse émise.

4 Cadre expérimental

4.1 Justification de la recherche

4.1.1 Choix de l'outil de recherche

Au regard des différents écrits, la résilience semble un outil intéressant pour diminuer la symptomatologie du stress post-traumatique. Cependant, il n'existe pas ou peu d'études en ergothérapie auprès de cette population. De plus, la résilience est un axe d'approche très peu utilisé en ergothérapie. Néanmoins, les études menées chez les personnes souffrant de stress post-traumatique basées sur le renforcement de la résilience, présentent des résultats encourageants et validés par la recherche. Ces derniers incitent ainsi à continuer la recherche dans ce domaine. C'est pourquoi la conception d'un protocole de recherche a été choisie.

« Le protocole de recherche est un document rédigé par le chercheur dans lequel il décrit les différentes phases d'une étude de recherche. Ce document doit décrire également les règles qui seront observées dans les relations entre le chercheur, les pouvoirs publics et la population concernée par l'étude. Ainsi, le protocole de recherche est un engagement, un cahier des charges, une convention, un guide qui dicte les règles de conduite du chercheur pendant tout le processus du travail de recherche.

Puisque l'étude n'est pas encore réalisée mais que tout ce qui doit se faire est annoncé à l'avance, le protocole de recherche est considéré comme un projet » (Bossali et al. 2015).

Dans ce protocole, j'ai décidé de réaliser une étude comparative entre un groupe de soldats souffrant de SPT et bénéficiant d'une prise en charge en ergothérapie et un groupe témoin ayant une prise en charge standard dans le corps médical des armées. Les notions théoriques évoquées précédemment ainsi que l'expérience personnelle acquise en stage m'ont permis de rédiger ce protocole.

Cependant, il ne sera pas soumis à l'expérimentation. En effet, la loi Jardé (décret 2016-1537 datant du 16 novembre 2016) ne permet pas la recherche impliquant la personne humaine.

4.1.2 Retombées attendues

Dans un premier temps, cette étude vise une amélioration du tableau clinique des soldats présentant un stress post-traumatique et ainsi d'élargir l'offre de soins proposée à cette population.

Des bénéfices peuvent être notamment attendus dans le rendement occupationnel. Également dans le développement de la confiance et de l'estime de soi qui participerait à la diminution des symptômes de dépression qui peuvent être associés au SPT. Une diminution de l'isolement social, du stress et/ou de l'anxiété est aussi attendues.

Ensuite, cette étude permettrait d'agrémenter la littérature et la pratique de l'ergothérapie pour des patients atteints de SPT par le biais du développement de leur résilience. Si les résultats montrent des effets positifs, cette pratique pourra être développée dans la prise en charge du stress post-traumatique.

4.2 Objectif de la recherche

L'objectif de cette recherche est de mettre en évidence ou non l'intérêt de l'utilisation du renforcement de la résilience dans la prise en charge de soldats souffrant de SPT.

4.2.1 Objectif principal

Mesurer l'impact d'une intervention en ergothérapie basée sur le développement de la résilience sur le rendement occupationnel chez le soldat souffrant de stress post-traumatique.

4.2.2 Objectifs secondaires

Les concepts vus précédemment ont mis en avant de nombreuses conséquences liées au SPT notamment l'évitement de situation qui ravive les souvenirs traumatiques. Cette reviviscence de souvenirs engendre du stress voire de l'anxiété chez le soldat. L'isolement social lié aux troubles de l'humeur, du comportement ou de la dépression, diminue les contacts sociaux et peuvent entraîner un rejet ou des conflits avec l'entourage. Cet isolement social avec l'entourage mais aussi avec le reste de l'unité ou du régiment peut influencer une baisse de l'estime de soi et un repli sur soi. De plus, le SPT peut être associé à de la dépression ou de l'anxiété qui peuvent renforcer l'isolement.

Ces différents facteurs (évitement, isolement, baisse de l'estime de soi, stress) ont un impact sur la participation aux activités.

Mes objectifs secondaires sont donc :

- Diminuer l'isolement social
- Réduire les symptômes de la dépression
- Diminuer le stress voire l'anxiété
- Améliorer la confiance en soi / estime de soi
- Augmenter la satisfaction dans les occupations

4.3 Méthodologie de la recherche

4.3.1 Design de la recherche

Cette étude est un essai, ainsi il permet d'évaluer l'efficacité ou la tolérance d'un traitement médicamenteux, d'une intervention ou d'une stratégie thérapeutique, ici se sera une intervention. Cet essai est contrôlé, il contient donc un groupe contrôle et un groupe expérimental qui divergent en raison de l'intervention reçue, cela permet une comparaison. De plus, cet essai est randomisé, c'est-à-dire qu'il y a un tirage au sort pour répartir les patients dans les deux groupes. Ensuite, cet essai contrôlé et randomisé est effectué en simple aveugle ainsi l'évaluateur ne connaît pas le groupe d'appartenance de chaque patient, cela permet d'éviter d'ajouter un biais. Enfin, cette étude est mixte (données qualitatives et quantitatives) et interventionnelle car elle a pour objectif de tester une hypothèse et qu'elle fait intervenir le chercheur.

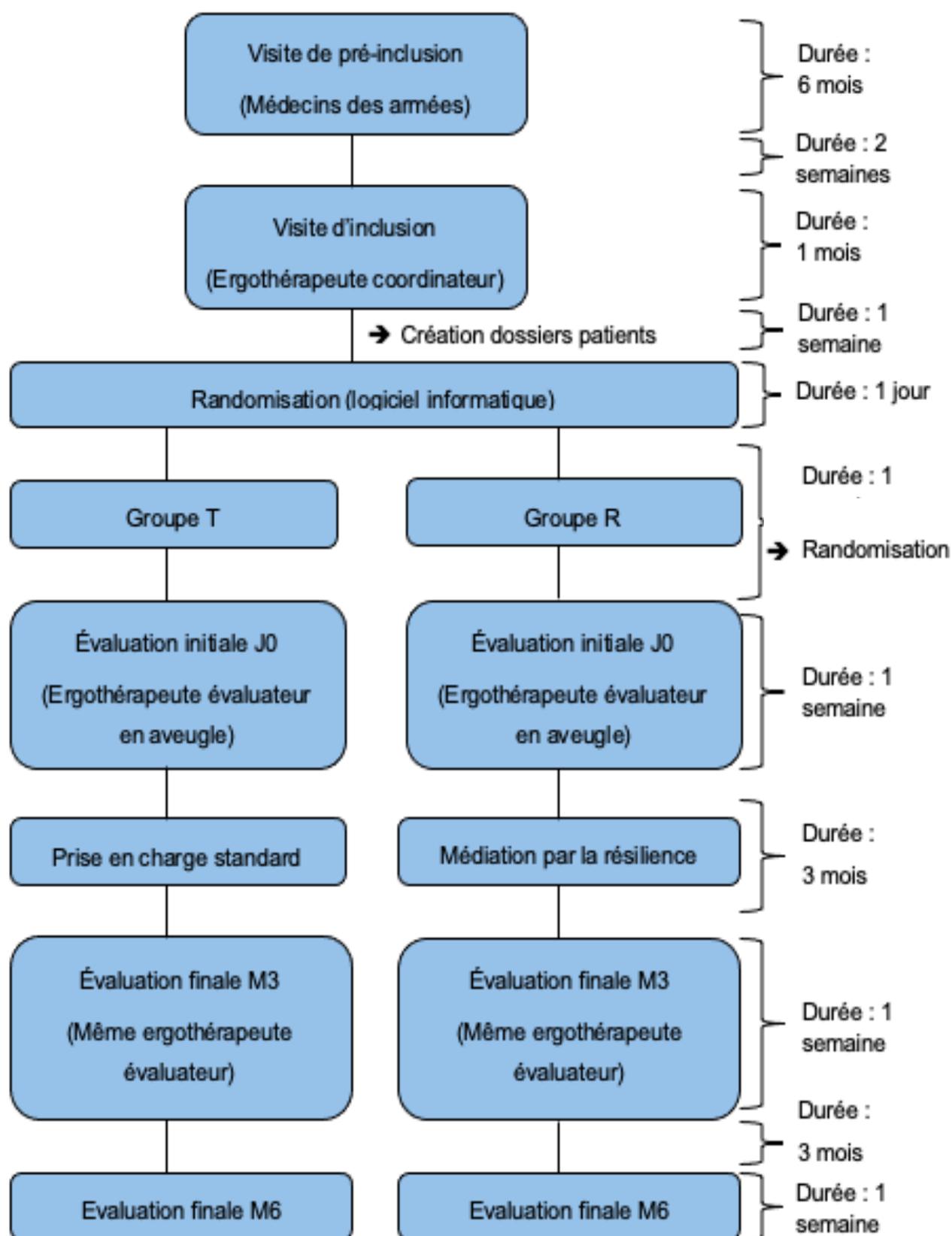


Figure 1 : Schéma de l'étude

4.3.2 Lieu de la recherche

L'étude se déroulera dans plusieurs HIA, elle est ainsi multicentrique. En effet, aux vues des critères de sélection et du nombre de participants nécessaires à la recherche (50 personnes), ce nombre de participants ne sera sûrement pas atteint si on se limite à un seul lieu d'investigation. De plus, si l'étude se réalise dans un seul hôpital avec des patients recruté dans tous les hôpitaux des armées de France, cela créé une rupture du patient avec son environnement et un isolement social, ainsi ce serait en désaccord avec les objectifs de la recherche

4.3.3 Population concernée

Cette étude concerne les soldats souffrant de stress post-traumatique. Pour limiter les biais lors de la réalisation de l'étude des critères d'inclusion et d'exclusion sont requis.

Dans un premier temps, l'étude s'adresse aux soldats étant diagnostiqués de SPT selon les critères du DSM-5. Ce diagnostic est posé par un médecin ou un psychiatre. Le diagnostic de stress post-traumatique peut être posé à tout âge, avec un minimum de 17,5 ans et un maximum de 66 ans pour exercer dans l'armée (selon les différents corps de métier). C'est pourquoi, cette étude s'adresse à tout soldat en activité âgé de 18 à 66 ans. L'âge de 18 ans a été choisi pour faciliter les démarches car la personne pourra prendre des décisions seule sans l'accord de ses parents. Dans cette étude, sont admis les hommes comme les femmes.

Pour participer à cette étude, il est nécessaire pour le patient de savoir lire et parler français. En effet, certains documents ou évaluations doivent être lus et remplis par le patient. De plus, les différentes sessions de cette étude seront faites en langue française.

Ensuite, pour intégrer cette étude, il faut que le patient soit volontaire, d'où un formulaire de consentement à remplir et à signer par ce dernier.

Ajouter au diagnostic de SPT réalisé par un professionnel compétent, il est nécessaire d'exclure la présence d'addiction chez le patient. En effet, l'addiction à un produit ou substance peut faire partie des troubles associés et pourrait compromettre la participation d'un point de vue cognitif, fausser les résultats et donc inclure des biais dans l'étude.

Enfin, les patients devront être hospitalisés en HIA (Hôpital des Institutions des Armées) pour dans un premier temps permettre le recrutement à l'étude et ensuite pour garantir un environnement identique pour tous les patients et ainsi réduire les biais liés à l'environnement de vie de la personne.

<p>Critère d'inclusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Homme et Femme - Être soldat - Diagnostic de SPT posé selon les critères de diagnostic du DSM-5 - Fiche de consentement remplie et signée - Age : 18 ans à 66 ans - Être en faculté de lire, comprendre et parler la langue française - Patient hospitalisé en HIA
<p>Critère d'exclusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de comorbidité d'addiction - Personne ne présentant pas un niveau de lecture de cinquième à sixième année - Le patient ne doit pas participer à une autre étude en simultané

4.3.4 Calcul du nombre de participants nécessaires

Pour établir le nombre de sujets nécessaires à cette étude, il a été effectué une moyenne des différentes études réalisées sur des personnes atteintes de SPT (8, 51, 64, 39, 3). Il en ressort un nombre de 25 participants nécessaires pour cette étude. De plus, dans ces différentes études, la totalité des participants bénéficiaient de la médiation. En partant du principe que cette étude est comparative, j'ai fait le choix de sélectionner 50 participants soit 25 par groupe.

4.3.5 Modalité de recrutement des participants

En partant du fait que l'ergothérapeute doit agir sur prescription médicale et que les soldats sont suivis dans les hôpitaux des institutions des armées (HIA) et par le biais du service d'intervention médico psychologique des armées (SIMPA), il semble essentiel que le recrutement des soldats se fasse par le biais des médecins des armées. Une lettre d'information de l'étude sera donc adressée à ces différents médecins. (Annexe III)

Ensuite, l'avantage d'effectuer le recrutement par des médecins permet de mettre en avant les critères d'inclusion et d'exclusion des soldats.

De plus, les médecins du SIMPA sont des spécialistes des différentes pathologies que peut subir un soldat, il pourra donc plus aisément identifier et diagnostiquer les soldats souffrant de SPT et donc de les orienter vers une visite de pré-inclusion pour ceux qui répondent aux critères.

A- La visite de pré-inclusion

La visite de pré-inclusion est effectuée par les médecins de l'armée. L'objectif étant de vérifier les critères d'éligibilité de la personne ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion. Elle permet aussi de présenter l'étude au patient.

A la fin de cette visite, il sera remis au patient un bilan attestant du diagnostic et l'exclusion de comorbidité addictologique afin d'être transmis par la suite à l'ergothérapeute pour la visite d'inclusion ainsi qu'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive.

Suite à cette visite un temps de réflexion est alloué au patient pour qu'il prenne sa décision. S'il est intéressé, le médecin coordinateur pourra alors l'orienter vers l'ergothérapeute coordinateur et ainsi définir avec lui la date du prochain rendez-vous pour la visite d'inclusion.

B- La visite d'inclusion

La visite d'inclusion (Annexe IV) est réalisée par l'ergothérapeute coordinateur, il a comme rôle d'effectuer la sélection finale des participants. Le but de cette visite est de présenter plus précisément l'étude avec l'exposition des objectifs de celle-ci ainsi que son déroulement. Un rappel du cadre, des règles et des modalités de confidentialité sera fait.

A la fin de cet entretien, le formulaire de consentement devra être signé par le patient s'il souhaite participer à l'étude (Annexe V). Les inclusions seront réalisées au fur et mesure de l'étude, dès que 10 patients ont été recrutés, l'étude pourra débuter pour eux, ainsi un groupe T et un groupe R avec 5 patients chacun seront créés. Le fait d'inclure les patients dans l'étude au fur et mesure permettra de réduire le temps d'attente et d'éviter la perte potentielle de participants à l'étude.

4.3.6 Randomisation

Une fois le consentement signé, la randomisation détermine le groupe d'étude dans lequel sera inclus le patient.

Le processus de randomisation est un tirage au sort des patients. Il sera centralisé par un logiciel informatique dédié et permettra ainsi d'éviter les biais de sélections, cela augmente aussi la probabilité que les deux groupes soient identiques.

A- Groupe T

Le groupe A servira de groupe témoin. Les patients qui intégreront ce groupe devront réaliser les évaluations initiales et finales. Ils effectueront une prise en charge habituelle par le corps médical des armées (expliquer en amont dans le cadre conceptuel). Le groupe témoin ne bénéficiera pas d'atelier médiation basé sur le renforcement de la résilience. En effet, cette étude est exploratoire, c'est-à-dire, qu'elle permet de collecter des informations permettant de définir les techniques, outils et méthodes les plus adaptés pour répondre à la problématique posée. Donc il faut la comparer à un groupe de référence, ici le groupe témoin.

B- Groupe R

Le groupe R devra lui aussi passer toutes les évaluations, cependant il bénéficiera d'ateliers en ergothérapie basés sur le renforcement de la résilience d'une durée de 3 mois à hauteur de deux séances hebdomadaires soit 24 ateliers.

L'aptitude d'apprendre et de mémoriser tout au long de notre vie repose sur une capacité de notre cerveau appelée : plasticité cérébrale. « Elle sous-tend les capacités du cerveau à modifier son organisation structurale (histologique et anatomique) et fonctionnelle en réponse à une lésion » (Deroide et al, 2010). De plus, selon Libé-Philippot, « *La plasticité cérébrale est au cœur du développement de notre cerveau, de l'apprentissage. Elle participe à la "sculpture" de notre cerveau, en fonction de nos expériences et de notre environnement* » (Libé-philippot, 2017). Il explique dans son écrit que pour qu'un apprentissage se fixe dans le cerveau et donc que celui-ci se retrouve modifié, 3 mois d'apprentissage sont impératifs. C'est pourquoi l'étude se déroulera sur 3 mois.

Les séances se dérouleront à heures fixes et sur les mêmes jours de la semaine pour permettre la ritualisation. En effet, la vie de soldat dans une base étant très ritualisée, cela va permettre de retrouver ce fonctionnement.

Ensuite, les séances s'effectueront sur des temps matinaux pour favoriser la concentration et éviter la fatigue. En effet, si les séances s'effectuent l'après-midi le patient peut être en phase de digestion, il peut avoir cumulé de la fatigue des activités réalisées le matin et donc ses capacités de concentration et d'attention ne seront pas optimales.

Les ateliers se dérouleront dans différents lieux au sein des locaux des HIA selon les besoins : la salle d'ergothérapie, la cuisine thérapeutique, la salle de sport ou en extérieur. Selon l'agencement de l'hôpital ces salles peuvent être présentes sur un même lieu ou sur différents lieux.

Les intervenants présents pour cette étude sont l'ergothérapeute coordinateur accompagné par un psychologue. L'ergothérapeute aura le rôle d'animer et de diriger les ateliers. Le psychologue quant à lui aura un rôle d'observateur et de renfort principalement, néanmoins, il coanimera certains ateliers et apportera son savoir tout au long de cette étude.

Les ateliers seront réalisés par petits groupes de cinq patients. La composition de petits groupes permet d'instaurer une dynamique de groupe et de favoriser les

interactions sociales. L'un des objectifs secondaires étant de diminuer l'isolement social, la notion de groupe va permettre de faire référence à la vie militaire, à l'unité, au régiment d'appartenance du soldat et une cohésion de groupe pourra être favorisée. En effet, c'est une valeur essentielle chez le soldat. Le nombre de cinq personnes par groupe a été fixé pour permettre de faire cinq groupes et ainsi éviter un déséquilibre dans les groupes de recherche.

Pour répartir les participants en groupes, une randomisation sera effectuée pour permettre une distribution aléatoire des soldats. Cette randomisation sera aussi effectuée dans le groupe témoin et réalisée par un logiciel informatique.

Les participants devront avoir en leur possession une tenue de sport pour la réalisation des ateliers sport et la porter le cas échéant. Cette tenue devra être adaptée au sport et au climat. Les patients seront prévenus à l'avance de la séance afin de prévoir la tenue adéquate.

Les ateliers seront menés selon les principes de prise en charge suivants :

- Présence d'un cadre thérapeutique adapté à chacun pour qu'il soit contenant et rassurant (Martin, 2001).
- Expliquer l'intérêt et les consignes pour chaque atelier afin qu'il soit réalisé en toute sécurité.
- Valoriser le soldat : encouragement, mise en valeur de son travail, félicitations pour les efforts fournis, etc.
- Permettre l'autonomie et le plaisir
- Utiliser un vocabulaire compréhensible par tous

Le contenu des séances sera établi au regard de mon expérience personnelle notamment lors des différents stages et des différents lectures effectués. La construction des ateliers est proposée dans le but de répondre aux objectifs de l'étude, les ateliers sont donc créés pour développer la résilience des soldats et ainsi permettre d'augmenter leur satisfaction dans la participation aux activités. C'est pourquoi, les ateliers proposés sont basés sur des activités de centration, de contemplation, de création, de contribution et de communion. Les activités proposées tendent à répondre aux objectifs fixés pour cette étude.

4.3.7 Évaluation des participants

L'évaluation des participants s'effectuera par un ergothérapeute. L'étude se déroulant en simple aveugle pour éviter les biais d'interprétation de l'évaluateur, celui-ci sera donc un ergothérapeute différent de ceux qui interviennent lors des ateliers. Il ne saura qu'à la fin de l'étude quelle était la répartition des soldats, lorsque toutes les passations d'examen seront réalisées pour l'analyse des résultats. L'examineur reste le même tout au long de l'étude pour éviter des biais de passation.

A- Évaluation initiale à J0

Cette évaluation initiale concerne les 50 soldats recrutés, ce sera un ergothérapeute qui fera la passation. Cet ergothérapeute sera responsable de faire les trois évaluations prévues de cette étude et n'aura pas accès aux informations de randomisation des patients, c'est un évaluateur externe en aveugle. Cette visite permettra de faire le point sur les difficultés rencontrées par le patient et d'apprendre à le connaître, d'identifier ses ressources et ses limites. Elle permettra aussi d'évaluer les répercussions et les conséquences du SPT chez les patients. En effet, une pathologie peut s'exprimer différemment d'un individu à l'autre. A la suite de cette visite la répartition des patients sera effectuée.

B- Évaluation au 3^{ème} mois

Cette évaluation sera réalisée par le même professionnel que l'évaluation initiale à J0, elle réévaluera la totalité des participants trois mois après leur début de prise en charge, ce qui correspond pour le groupe R à la fin des ateliers dispensés. Cette visite a pour but de constater l'évolution des paramètres évalués.

C- Évaluations au 6^{ème} mois

L'évaluation du 6^{ème} mois sera identique aux deux précédentes, tous les participants doivent la faire. Elle permettra de se rendre compte du maintien ou non des paramètres.

4.3.8 Variables évaluées et méthodes d'évaluation

L'objectif principal de cette étude est de mesurer l'impact du développement de la résilience sur le rendement occupationnel chez les soldats souffrant de stress post-traumatique. Ainsi les éléments principaux évalués sont le développement de la résilience et le rendement occupationnel.

Ensuite, pour vérifier que les différents objectifs secondaires sont atteints, il semble pertinent d'évaluer la confiance en soi, l'isolement social, la satisfaction dans la participation aux activités et les symptômes dépressifs

Les différents outils d'évaluation sont présentés ci-dessous :

- **MCRO (Mesure Canadien du Rendement Occupationnel)** : a pour but d'«identifier les occupations ou activités que la personne perçoit comme limitant ou affectant sa performance dans la vie quotidienne et pour lesquelles elle souhaite voir des améliorations, et déceler les changements de perception au fil du temps » (CANTIN, 2018). Les domaines de la vie quotidienne évalués sont les soins personnels, la productivité et les loisirs. Cette évaluation est réalisée grâce un entretien semi-structuré, et dure environ 30 à 40 min en moyenne. Elle est composée de 5 étapes, dans un premier temps il y a l'identification des difficultés occupationnelles, puis l'estimation de l'importance des difficultés identifiées (sur une échelle de 10). Ensuite, il y a l'établissement de 5 difficultés les plus importantes avec une cotation de son rendement et de sa satisfaction dans celles-ci. Pour terminer, il faut procéder à une réévaluation de la personne à la fin de l'intervention.
- **CAPS-5** : l'échelle CAPS-5 est la plus reconnue pour le trouble du stress post-traumatique a été développée par Blake et al. en 1990. Elle évalue la fréquence et l'intensité de chaque symptôme en utilisant des questions. Cette échelle évalue les 17 symptômes décrits dans le DSM-3-R et 8 caractéristiques associées. C'est une interview structurée qui possède 30 items qui correspondent aux critères du DSM-5 pour l'ESPT. Lors de l'évaluation il faut choisir entre deux versions de cette échelle. En effet, la formule 1 est une version où il faut se baser sur le mois précédent ou sur le mois qui a suivi le trauma, c'est la version diagnostic actuel et à vie. Dans la formule 2, il faut se baser sur la semaine précédente, c'est la version condition symptomatique sur une semaine. Cette version permet d'évaluer la condition actuelle de l'ESPT.

Tandis que la formule 1 permet d'établir un diagnostic actuel mais aussi à vie. La CAPS selon le National center for PTSD permet d'évaluer les critères suivants : « a) la fréquence et l'intensité de chaque symptôme, b) l'incidence des symptômes sur le fonctionnement social et professionnel du patient, c) la sévérité globale de l'ensemble des symptômes, d) l'amélioration globale du patient depuis le début et e) la validité des scores obtenus ». Cette échelle a une durée de passation de 45 à 60 minutes et doit être réalisée par un clinicien. Ici c'est la formule 2 de ce test qui sera utilisée pour pouvoir ainsi établir un état des lieux de la pathologie dans l'instant présent et ainsi pouvoir comparer l'évaluation durant l'étude. La formule 1 ne nous permettrait pas de voir l'évolution sur du court terme.

- **CD-RISC** : cette échelle de résilience a été élaborée par K.Connor et J.Davidson en 2003 et permet d'évaluer les facteurs de protection concourant à la résilience. Elle est composée de 25 items qui sont évalués grâce à une échelle de Likert en 5 points (0=pas du tout, 4= pratiquement tout le temps). Ces items sont répartis en 5 dimensions qui évaluent plusieurs aspects de la résilience « tels que le sentiment d'efficacité personnelle, la tolérance à l'égard de l'affect négatif, la capacité d'adaptation et d'acceptation à l'égard des changements ainsi que la perception du soutien social reçu » (ÉVISSA, 2018). Cette échelle est payante, l'accès à son contenu n'a donc pas été possible. Il faudra donc ajouter dans le budget un coût d'achat pour cette évaluation.
- **Échelle de Rosenberg** : publié en 1965, ce test est l'un des plus utilisés dans le domaine de l'évaluation de l'estime de soi. Cette échelle permet une évaluation de l'estime de soi globale de la personne et permet de témoigner la perception qu'a le patient de lui-même. Elle comprend 10 items mesurés sur une échelle de 1 (tout à fait en désaccord) à 4 (tout à fait en accord). A la suite de cette passation un score entre 10 et 40 est obtenu, plus le chiffre est faible plus l'estime de soi l'est aussi.
- **Beck Depression Inventory (BDI)** : questionnaire d'autoévaluation comportant 21 items qui mesurent les aptitudes et les symptômes caractéristiques de la dépression. Il prend environ 10 minutes de passation. C'est l'analyse de la somme des scores obtenus pour chaque item qui permet de définir la présence ou non de symptômes dépressifs ainsi que leur intensité.

- **Échelle de stress perçu (PSS-10)** : mise au point par Cohen et al en 1983 revue en 1988. Elle permet d'évaluer la perception globale de la personne sur les situations de sa vie vécues comme stressantes en prenant en compte leur fréquence. C'est un auto-questionnaire destiné au patient, son temps de passation est relativement rapide (5 minutes environ). La PSS est composée de 10 items. Pour chaque item, le patient doit estimer la fréquence d'apparition sur le mois écoulé. L'échelle de fréquence varie de « jamais » (0) à « très souvent » (4). Il faut faire attention car certains items sont inversés dans la cotation.
- **UCLA Loneliness** : américaine, elle « a été développée par Russell [en 1996] pour évaluer les sentiments subjectifs de la solitude ou l'isolement social » (Schmit et al, 2011). Elle est composée de 20 items basés sur un échelle de 1 à 4 (1= jamais, 2= rarement, 3= souvent, 4= toujours). Les scores varient entre 20 et 80, plus le score est élevé plus l'isolement de la personne est perçu comme important. C'est un auto-questionnaire qui se réalise en 5 minutes. Cette échelle de mesure n'est pas disponible en version française, une traduction sera donc effectuée.

4.3.9 Recueil et protection des données

Un dossier sera ouvert pour chaque patient de l'étude. Il sera consultable par l'ergothérapeute, le psychologue, le médecin investigateur ainsi que l'ergothérapeute évaluateur. Ce dossier devra être stocké sur un serveur sécurisé et son accès sécurisé par un mot de passe. Dans ce dossier, il y aura les différentes informations recueillies sur le patient comme le certificat médical, ses évaluations, son formulaire de consentement et la traçabilité des visites et ateliers effectués ainsi que les observations faites par les thérapeutes durant celles-ci (rédiger à chaque fin de séance).

Une fois l'étude terminée, les données recueillies seront rendues anonymes lors de la publication des résultats, elles ne doivent en aucun cas rendre identifiable un patient.

4.3.10 Méthodes statistiques envisagées et critères de jugement

Les données recueillies lors des différentes évaluations seront analysées statistiquement et par comparaison entre l'évaluation initiale (J0) et les évaluations finales (M3 et M6).

Le but étant d'analyser l'évolution de la symptomatologie du SPT, du rendement occupationnel, de la satisfaction dans la participation aux activités, de l'isolement social, l'estime de soi, des symptômes dépressifs, de la résilience et de la gestion du stress.

Les critères de jugement permettant de valider ou rejeter l'hypothèse seront les suivants :

- Évolution favorable du score de la MCRO
- Évolution favorable du score de l'échelle de Rosenberg
- Évolution favorable du score du CD-RISC
- Évolution favorable du score du CAPS-5
- Évolution favorable du score du BDI
- Évolution favorable du score du PSS-10
- Évolution favorable du score de l'UCLA
- Évolution favorable du score de l'index de dépression de Beck

4.4 Considération éthique et réglementaire

Il n'existe pas de conditions règlementaires quant à la pratique de thérapies basées sur la résilience ainsi que des dispositions relatives à la qualification des intervenants. Cependant, pour la réalisation des ateliers de relaxation et de méditation, l'ergothérapeute coordinateur et animateur des ateliers devra attester d'une qualification spécifique : formation à l'instruction du protocole de thérapie cognitive basé sur la pleine conscience ainsi qu'une formation en relaxation. De plus, l'ergothérapeute évaluateur devra être formé à la passation de la MCRO.

Afin de garantir les droits de la personne, les participants doivent être volontaires pour participer à cette étude, les patients sont en droit de se retirer à tout moment de l'étude et ce même si celle-ci est en cours (comme stipulé dans le formulaire de consentement). Ainsi, l'arrêt de l'étude peut se faire selon la volonté du patient mais elle peut aussi se faire par décision médicale due au non-respect du protocole (ex : addiction substance(s)). L'exclusion d'un patient de l'étude est de rigueur s'il participe à deux études simultanément (cf critère inclusion/ exclusion).

Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, les patients peuvent être informés, à leur demande, des résultats globaux de la recherche.

Tout professionnel médical participant à l'étude est soumis au respect du secret professionnel. C'est pourquoi, ils devront prendre les précautions nécessaires pour assurer la confidentialité des informations. Ainsi, les données recueillies sur les participants pendant cette étude et à son issue devront être rendues anonymes.

L'étude menée est une étude de catégorie 1, c'est à dire une recherche ne portant pas sur des médicaments et présentant un haut risque interventionnel. Elle est donc soumise à la loi Jardé et donc à l'approbation du comité d'éthique CPP (Comité de Protection des Personnes) et à l'autorisation de l'ANSM.

A la suite de cette étude, tous les documents relatifs à la recherche devront être conservés et archivés pour une durée de 15 ans minimum (protocole, observation, formulaires, évaluations, dossier patient...). Néanmoins, les données appartiennent à la personne, elle peut demander leur destruction.

4.5 Organisation pratique de la recherche

4.5.1 Travail préparatoire de l'étude

Le travail préparatoire de l'étude consiste à réaliser différentes tâches. Dans un premier temps, il faut faire émerger la thématique de la recherche, ensuite l'organiser que ce soit le recrutement des centres investigateurs, la recherche de financements, le recrutement des professionnels, les démarches administratives, etc. En parallèle, il faut aussi préparer le cœur de l'étude : la prise en charge avec son déroulé et ses outils d'évaluations.

4.5.2 Calendrier du projet

Ci-dessous, le calendrier prévisionnel du projet :

- Travail préparatoire : Année 2021- début année 2022
- Début de l'étude : Avril 2022
- Début des inclusions : Avril 2022
- Durée de la période d'inclusion : 8 mois
- Début du suivi : Décembre 2022
- Durée du suivi et de la participation de chaque sujet : 7 mois
- Fin de l'étude : Mars 2024
- Durée totale de l'étude : 15 mois

Un schéma récapitulatif de la planification de l'étude est présenté en Annexe XI.

5 Discussion

5.1 Les biais de l'étude

Cette étude n'a certes pas été expérimentée mais elle possède tout de même certains biais qui pourront influencer les résultats, il est donc important de les identifier pour pouvoir les prendre en considération.

Le premier biais se situe au niveau du choix de la taille de l'échantillon. En effet, la taille de l'échantillon a été réalisée en se basant sur quelques travaux existants et en faisant la moyenne de ceux-ci. Théoriquement, un échantillon se définit de manière statistique en fonction de la puissance de l'étude choisie.

Ensuite, un biais est aussi présent dans le choix de certains modes d'évaluations. Effectivement, une échelle d'évaluation utilisée n'est pas standardisée par manque d'évaluations spécifiques françaises, les résultats ne seront donc pas normés et pourront être contestés.

L'étude menée compare deux groupes : l'un dispose d'ateliers en ergothérapie basés sur le renforcement de la résilience et l'autre d'une prise en charge habituelle. Les ateliers proposés pour le groupe R sont réalisés en parallèle de leur suivi habituel. Nous pouvons donc supposer que le dispositif de prise en charge habituelle influence aussi les résultats de l'étude.

De plus, d'un point de vue éthique, nous pouvons nous poser la question de privation d'accès à un dispositif qui potentiellement montre plus de bénéfice que de dommage. Nous pouvons nous demander si les résultats obtenus sont liés à une prise en charge supplémentaire ou au dispositif lui-même. Pour supprimer ce biais une étude comparative pourra être envisagée entre deux dispositifs différents, si les résultats de cette étude sont positifs. Cette étude pourra être comparée au dispositif décrit par G. Barucq (Barucq, 2014) qui est une étude basée sur la médiation par le surf proposée aux soldats. Elle a mis en avant un développement de la résilience, le renforcement des émotions positives et la création de liens sociaux.

Ce protocole met en jeu différentes professions, il est pluri professionnel (psychologue et médecin des armées). Toutefois, il a été réalisé sans prise de contact avec eux par manque de temps. Cependant, une collaboration avec ces professionnels aurait été intéressante pour avoir leur point de vue, leur pratique, et leur besoin pour mener à bien ce protocole.

Enfin, un biais de performance est présent. En effet, étant donné que l'étude se réalise dans différents lieux, il peut y avoir une différence lors des réalisations des interventions car elles ne sont pas effectuées par les mêmes thérapeutes ni dans le même environnement.

5.2 Les limites de l'étude

Durant l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche, des limites ont pu être mises en avant.

Premièrement, la bibliographie traitant de la prise en charge en ergothérapie auprès des soldats atteints de stress post-traumatique est pauvre et d'autant plus si cette intervention est basée sur le renforcement de la résilience. En effet, il s'agit d'une pratique peu commune en ergothérapie.

Ensuite, lors de mes recherches, j'ai constaté un manque d'évaluations françaises normées et standardisées notamment celles traitant du stress post-traumatique chez les militaires et de l'isolement social. En effet, des échelles d'évaluations anglaises auraient été très intéressantes à utiliser pour cette étude, malheureusement elles n'étaient pas traduites ni standardisées en français. Ce manque d'outil d'évaluation est un frein pour cette étude et a créé des biais.

De plus, du fait du nombre limité d'écrits, une partie des ateliers proposés est issue de mon expérience personnelle. Ainsi, le contenu des ateliers peut manquer de données dites de « terrain ». Il est donc possible qu'il y ait des limites liées à la réalisation des ateliers, notamment leur faisabilité et leur adaptation à la population cible.

Par ailleurs, aux vues des coûts financiers, des moyens humains, organisationnels, temporels et matériels de cette étude, il se pose la question de sa faisabilité. Étant donné qu'il faille mobiliser ou embaucher du personnel, acheter le matériel nécessaire aux ateliers, trouver un lieu qui puisse accueillir les patients ainsi que le temps de réalisation des ateliers et celui de passation des évaluations (qui peuvent avoir un certain coût d'obtention).

La notion d'éthique abordée précédemment dans les biais peut être aussi une limite. En effet, le CPP pourrait refuser la réalisation de ce protocole car elle impose une privation d'accès à des soins potentiellement bénéfiques aux patients et met en jeu l'éthique.

De plus, pour faire passer les évaluations l'ergothérapeute désigné devra être formé à la MCRO et l'ergothérapeute coordinateur devra être formé à la méditation et à la relaxation. Ces critères de formation peuvent rendre les recrutements des ergothérapeutes plus difficiles. Ainsi, s'il n'y a pas d'ergothérapeute formé, il faudra un temps de formation supplémentaire et un coût financier supplémentaires.

Quant aux résultats de cette étude, ils seront difficilement généralisables à l'ensemble de la population militaire ou civil souffrant de SPT. Effectivement, la taille de l'échantillon est insuffisante (25 soldats bénéficient d'une prise en charge en ergothérapie basée sur le renforcement de la résilience).

En dernier lieu, l'hypothèse émise ne pourra être réfutée ou validée en raison du fait que ce protocole n'a pas pu être expérimenté.

5.3 Les perspectives envisagées

À la suite de l'analyse faite des biais et des limites de ce protocole de recherche, certains axes de recherche peuvent être envisagés afin d'approfondir les résultats de cette étude.

Dans un premier temps, le protocole pourrait être pré-testé sur un groupe de cinq soldats souffrant de SPT. Cela permettra de s'assurer que les ateliers proposés soient réalisables et adaptés à la population. De plus, prendre un petit échantillon supprimera le biais de performance lié au fait que cette étude s'effectue dans plusieurs lieux.

Par la suite, il serait intéressant de contacter des ergothérapeutes qui ont déjà travaillé avec cette population pour échanger avec eux, leur présenter ce protocole et par la suite avoir leur retour (points positifs, axes d'amélioration) et ainsi faire des ajustements si nécessaire selon leurs recommandations. Il serait aussi pertinent de contacter des médecins et psychologues travaillant avec cette population pour échanger sur leur pratique et ainsi mieux adapter leur intervention dans ce protocole.

Suite à cela, ce protocole qui aura peut-être subi quelques réajustements pourra être présenté au CPP pour obtenir les autorisations nécessaires à sa mise en pratique. Si le CPP donne son autorisation cela permettrait d'obtenir des données aussi bien qualitatives que quantitatives, et ainsi valider ou réfuter l'hypothèse de recherche.

Une fois le déroulement de l'étude effectué et l'analyse des résultats terminée, une communication sur l'étude commencera. Cette communication passera par le biais de la rédaction d'un article scientifique, de congrès ou de conférences (que ça soit en ergothérapie ou auprès d'autres professions). Elle permettra de donner de la visibilité à l'ergothérapie et montre l'implication de cette profession dans la recherche. Elle sera aussi adressée aux soldats qui en ont fait la demande ainsi qu'aux professionnels impliqués dans ce protocole.

Si les résultats de l'étude sont bénéfiques pour les patients et que l'hypothèse émise est validée, il pourrait être intéressant de réaliser l'étude sur un échantillon plus large, sur une durée supérieure et que celle-ci puisse être comparée avec un autre dispositif utilisé chez les soldats souffrant de SPT.

Conclusion

Le stress post-traumatique est une maladie psychologique de plus en plus évoquée depuis les divers attentats et guerres qui ont touché le Monde. Cette pathologie touche aussi bien les témoins que les victimes d'évènement traumatisant, elle peut apparaître à tout âge. Cependant, nous ne sommes pas tous à égalité devant le risque de développement de cette maladie. En effet, certaines professions sont amenées à être plus souvent confrontées à la violence, aux guerres, aux attentats. Ainsi les soldats sont plus à risque pour développer un SPT en comparaison à la population générale.

Le SPT est une réaction émotionnelle à un évènement traumatisant qui a comme principaux symptômes la reviviscence, l'évitement, l'hypervigilance, des troubles de la cognition et de l'humeur et des troubles du sommeil. Ils ont des répercussions sur la vie quotidienne et notamment dans le rendement occupationnel.

L'ergothérapeute, de par ses compétences, est apte à développer le rendement occupationnel chez le soldat souffrant de SPT. Afin d'accomplir cela, il peut utiliser une médiation par l'activité ainsi que par le développement de la résilience qui est la capacité d'un individu à rebondir psychologiquement après un évènement traumatisant.

Le but de ce travail d'initiation à la recherche a été de s'interroger sur l'impact d'une prise en charge en ergothérapie basée sur le développement de la résilience sur le rendement occupationnel du soldat souffrant de SPT. Pour cela, un protocole de recherche a été créé, néanmoins, c'est son expérimentation qui permettra de définir si cette prise en charge permet l'amélioration ou non du rendement occupationnel. Si elle le permet, cela favorisera l'enrichissement des interventions à proposer en ergothérapie.

D'un point de vue personnel, ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'accroître mes connaissances sur le sujet. La création de ce protocole a été une expérience enrichissante personnellement et professionnellement. Ce travail d'initiation à la recherche m'a montré que la pratique en ergothérapie n'est pas figée et qu'il est important de la faire évoluer, il est donc primordial d'ouvrir sa pratique vers de nouvelles pistes d'intervention, et ainsi aider au mieux les personnes accompagnées en ergothérapie.

Enfin, il serait aussi intéressant, de par les limites d'outils d'évaluations, de s'interroger sur les démarches à effectuer pour permettre la traduction, la

standardisation et la validation d'outils étrangers ou bien les démarches nécessaires à la création d'un nouvel outil d'évaluation. Par la suite, il serait intéressant de s'interroger sur le rôle que pourrait avoir le développement de la résilience auprès de la population générale et ses effets sur le long terme pour les patients.

Bibliographie

Livres :

- Meyer, S (2013). *De l'activité à la participation* (1^{re} édition). De Boeck Supérieur
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie- Introduction aux concept fondamentaux* (2e Edition). De Boeck Supérieur
- Pierce, D (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur

Articles :

- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience : A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195-216. <https://doi.org/10.1177/1524838005277438>
- Ahmed, A. S. (2007). Post-traumatic stress disorder, resilience and vulnerability. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(5), 369-375. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003236>
- Babić R, Babić M, Rastović P, Ćurlin M, Šimić J, Mandić K, Pavlović K. (2020) Resilience in Health and Illness. *Psychiatr Danub*, 32(2), 226-232. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32970640/>
- Blackburn, L., & Owens, G. P. (2016). Rumination, Resilience, and Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Among Veterans of Iraq and Afghanistan. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25(2), 197-209. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1107174>
- Bossali, F., Ndziessi, G., Paraiso Moussilao, N., Ouendo, E., Napo Koura, F., Houinato, D. .. & Assori-Itoua-Ngaporo. (2015). Le protocole de recherche : étape indispensable du processus de recherche garantissant la validité des résultats. *Hegel*, 1(1), 23-28. <https://doi.org/10.4267/2042/56336>
- Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>

- Crocq, L. (2006). Troubles du sommeil et cauchemars dans les états de stress post-traumatiques. *Médecine du Sommeil*, 3(7), 2328. [https://doi.org/10.1016/S1769-4493\(06\)70115-7](https://doi.org/10.1016/S1769-4493(06)70115-7)
- Danion, J. (2010). Neuropsychologie et psychiatrie, ou les vertus de la pluridisciplinarité. *Revue de neuropsychologie*, 1(1), 10-10. <https://doi.org/10.3917/rne.021.0010>
- Deroide, N., Nih, L. R., Tran Dinh, R. Y., Lévy, B., & Kubis, N. (2010). Plasticité cérébrale : De la théorie à la pratique dans le traitement de l'accident vasculaire cérébral. *La Revue de médecine interne*, 31(7), 486-492. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2009.08.014>
- El-Hage, W. (2018). Prise en charge des troubles post-traumatiques. *Rhizome*, 3(3-4), 10-11. <https://doi.org/10.3917/rhiz.069.0010>
- Ellsworth, P. D., Sinnott, M. W., Laedtke, M. E., & McPhee, S. D. (1993). Utilization of Occupational Therapy in Combat Stress Control during the Persian Gulf War. *Military Medicine*, 158(6), 381385. <https://doi.org/10.1093/milmed/158.6.381>
- Forbes, D., Pedlar, D., Adler, A. B., Bennett, C., Bryant, R., Busuttil, W., Cooper, J., Creamer, M. C., Fear, N. T., Greenberg, N., Heber, A., Hinton, M., Hopwood, M., Jetly, R., Lawrence-Wood, E., McFarlane, A., Metcalf, O., O'Donnell, M., Phelps, A., . . . Wessely, S. (2019). Treatment of military-related post-traumatic stress disorder: Challenges, innovations, and the way forward. *International Review of Psychiatry*, 31(1), 95–110. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1595545>
- Fritz, C. E. (2006). *Definitions and Background*. 60(6), 8.
- Hoover, J. A. B. (1996). Diversional Occupational Therapy in World War I : A Need for Purpose in Occupations. *American Journal of Occupational Therapy*, 50(10), 881885. <https://doi.org/10.5014/ajot.50.10.881>
- Kerr, N. C., Ashby, S., Gerardi, S. M., & Lane, S. J. (2020). Occupational therapy for military personnel and military veterans experiencing post-traumatic stress disorder : A scoping

- review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67(5), 479497.
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12684>
- Martin, M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. *Cahiers de psychologie clinique*, n° 17(2), 103120.
 - Mascarel, P., Poirot, I., Lardinois, M., Debien, C., & Vaiva, G. (2019). Les troubles du sommeil et leur traitement dans le trouble stress post-traumatique. *La Presse Médicale*, 48(10), 10511058. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.08.002>
 - Montz, R., Gonzales, F., Bash, D. S., & Carney, A. (2008). Occupational Therapy Role on the Battlefield: An Overview of Combat and Operational Stress and Upper Extremity Rehabilitation. *Journal of Hand Therapy*, 21(2), 130136.
<https://doi.org/10.1197/j.jht.2007.12.008>
 - Nathan, P. (2017). Le stress post-traumatique : Le comprendre pour le prévenir et éviter le handicap. *Sécurité et stratégie*, 26(2), 13. <https://doi.org/10.3917/sestr.026.0013>
 - Oakley, F., Caswell, S., & Parks, R. (2008). Occupational Therapists' Role on U.S. Army and U.S. Public Health Service Commissioned Corps Disaster Mental Health Response Teams. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(3), 361364.
<https://doi.org/10.5014/ajot.62.3.361>
 - Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Morgan, C. A., & Southwick, S. M. (2010). Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom : The role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *Journal of Affective Disorders*, 120(13), 188192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.015>
 - Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., & Southwick, S. M. (2009). Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress

and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression and Anxiety*, 26(8), 745751. <https://doi.org/10.1002/da.20558>

- Schmit, S., Chauchard, E., Chabrol, H., & Sejourne, N. (2011). Évaluation des caractéristiques sociales, des stratégies de coping, de l'estime de soi et de la symptomatologie dépressive en relation avec la dépendance aux jeux vidéo en ligne chez les adolescents et les jeunes adultes. *L'Encéphale*, 37(3), 217223. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.06.006>

- Torchalla, I., Killoran, J., Fisher, D., & Bahen, M. (2019). Trauma-Focused Treatment for Individuals with Posttraumatic Stress Disorder : The Role of Occupational Therapy. *Occupational Therapy in Mental Health*, 35(4), 386406. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2018.1510800>

Autres :

- Agence de santé publique du Canada. (2020). *Cadre fédéral relatif au trouble stress post-traumatique (TSPT) : Reconnaissance, collaboration et soutien*. [https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2020/20-](https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2020/20-09/publications.gc.ca/collections/collection_2020/aspc-phac/HP10-34-2020-fra.pdf)

[09/publications.gc.ca/collections/collection_2020/aspc-phac/HP10-34-2020-fra.pdf](https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2020/20-09/publications.gc.ca/collections/collection_2020/aspc-phac/HP10-34-2020-fra.pdf)

- Anciens Combattants Canada. (2016). *État de stress post-traumatique - Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension*. Consulté 13 septembre 2020, à l'adresse https://www.veterans.gc.ca/pdf/dispen/eeg/ptsd-mar2016_f.pdf

- Anciens Combattants Canada. (2019). *L'État de stress post-traumatique (ESPT) et le stress lié à la guerre*. Consulté 13 septembre 2020, à l'adresse <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health/ptsd-warstress>

- Barucq, G. (2014). Le Surf contre le Stress Post-Traumatique des Soldats. *Blog Surf Prevention*. Consulté 7 mai 2021, à l'adresse <https://blog.surf-prevention.com/2014/10/05/surf-stress-post-traumatique/>

- Beck Depression Inventory (BDI). (2020). *American Psychological Association*. Consulté 28 avril 2021, à l'adresse <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/beck-depression>
- Boucher, F. & Côté-Ouimet, M. (2019). *Présentation de l'outil pour développer la résilience personnelle : Grille des 5 « C »*. Consulté 20 avril 2021, à l'adresse https://www.psychopap.com/wp-content/uploads/2020/03/outil_resilience_v2.pdf
- Building your resilience. (2012). *American Psychological Association*. Consulté 20 avril 2021, à l'adresse <https://www.apa.org/topics/resilience>
- Cantin, S. (2018). *Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)—Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. *ORVIS*. Consulté 28 avril 2021, à l'adresse <http://www.inlb.qc.ca/professionnels-recherche/mcro-fiche-orvis/>
- CAOT. (2016). *Canadian Armed Forces and Veterans—Canadian Association of Occupational Therapists*. *Association canadienne des ergothérapeutes*. Consulté 11 janvier 2021, à l'adresse https://caot.ca/site/adv/CAFandVeterans?language=fr_FR&nav=sidebar&fbclid=IwAROCvqraYqf_59HLYkDNpJ1Oj9t2whjIJ802jxW7k8XsZYP8AO_NYxAoMhE
- Chiffres sur l'Etat de Stress Post-Traumatique en Europe, USA. (s. d.). *Barends Psychology Practice*. Consulté 13 septembre 2020, à l'adresse <https://barendspsychology.com/fr/chiffres-sur-letat-de-stress-post-traumatique/>
- Gerardi, S. M. (2017). *Development of a consensus-based occupational therapy - Treatment template for veterans with combat-related posttraumatic stress disorder: a delphi study*. *School of occupational therapy college of health sciences*. 152p. <https://twu-ir.tdl.org/bitstream/handle/11274/9382/2017Gerardi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hébert, M. (2018). *CD-RISC. EVISSA*. <https://martinehebert.ugam.ca/wp-content/uploads/sites/145/EVISSA-M-7.-CD-RISC.pdf>

- Janet, P. (s. d.). III – La période des continuateurs (1900-1980) : Du shell shock à la névrose de guerre. Dans : L. Crocq, *Histoire du Trauma* 6p. <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/croqcHistoireDuTrauma.pdf>
- Langevin, V., Boini, S., François, M. & Riou, A. (2015). Perceived Stress Scale (PSS). Echelle de stress perçu. Risques psychosociaux : outils d'évaluation. *INRS – Références en Santé au travail*, 143, 102-104. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%204>
- Les cahiers du RETEX. (2016). Le sas de fin de mission - Théorie et pratiques CDEF - DREX. <https://www.penseemiliterre.fr/ressources/30085/58/cahierjanv2016.pdf>
- Libé-Philippot, B. (2017). *La plasticité cérébrale au cœur de l'apprentissage*. Médiapart. Consulté le 31 mars 2021 à l'adresse <https://blogs.mediapart.fr/baptiste-libe-philippot/blog/010817/la-plasticite-cerebrale-au-coeur-de-lapprentissage>
- Ministère de la défense. (2013). Plan d'action « Troubles psychiques post traumatiques dans les forces armées » 2013-2015. *Direction Centrale, Service de santé des Armées*.
- Ministères des Armées. (2010). Les légionnaires décompressent à Chypre. *Actualités*. Consulté 11 janvier 2021, à l'adresse <https://www.defense.gouv.fr/actualites/articles/les-legionnaires-decompressent-a-chypre>
- Ministères des Armées. (2015). Les victimes de stress post-traumatique participent au 5e stage CREBAT. *Actualités*. Consulté 11 janvier 2021, à l'adresse <https://www.defense.gouv.fr/actualites/memoire-et-culture/les-victimes-de-stress-post-traumatique-participent-au-5e-stage-crebat>
- Ministères des Armées. (2018). Mon parcours de soins. *Infos blessés familles*. Consulté 11 janvier 2021, à l'adresse <https://www.defense.gouv.fr/blesses/militaire-blesse/mon-parcours-de-soins/mon-parcours-de-soins>

- Nguyen, G. (2019,). Stress post-traumatique : Quels mécanismes en jeu ? *Guillaume Nguyen, psychologue psychothérapeute*. <http://guillaume-nguyen.fr/stress-post-traumatique-quels-mecanismes-en-jeu/>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). L'ergothérapie en santé mentale. *Chroniques de l'ergothérapie*. Consulté 11 janvier 2021, à l'adresse <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergotherapie-en-sante-mentale.html>
- Pecoul, D. (2016). Échelle d'estime de soi. *Institut Français d'EMDR*. Consulté 28 avril 2021, à l'adresse <https://www.ifemdr.fr/echelle-destime-de-soi/>
- Pecoul, D. (2019). Les échelles pour le TSPT. *Institut Francais d'EMDR*. Consulté 28 avril 2021, à l'adresse <https://www.ifemdr.fr/les-echelles-pour-le-tspt/>
- Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-IV. (1993). *International Society for Traumatic Stress Studies*. Consulté 28 avril 2021, à l'adresse <https://istss.org/clinical-resources/assessing-trauma/ptsd-checklist-dsm-5/ptsd-checklist-dsm-iv>
- Russel, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3). *Report Measures for Love and Compassion Research: Loneliness and Interpersonal Problems, Fetzer Institute*. [https://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self Measures for Loneliness and Interpersonal Problems VERSION 3 UCLA LONELINESS.pdf](https://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self%20Measures%20for%20Loneliness%20and%20Interpersonal%20Problems%20VERSION%203%20UCLA%20LONELINESS.pdf)
- Staniliou, A. & Feinstein, A. (2021). Trouble de stress post-traumatique (TSPT). *L'Encyclopédie Canadienne*. Consulté 13 septembre 2020, à l'adresse <https://thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/post-traumatic-stress-disorder-ptsd-in-canada>
- Stress post-traumatique : Généralités (s. d.). *APSAM*. Consulté 20 avril 2021, à l'adresse <https://www.apsam.com/clientele/services-de-prevention-des-incendies/stress-post-traumatique/generalites>

- Troubles du stress post-traumatique. (s. d.). *Inserm - La science pour la santé*. Consulté 20 avril 2021, à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-stress-post-traumatique>

- Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). *U.S. Department Veterans Affairs*. Consulté 8 mai 2021, à l'adresse <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp>

ANNEXES

ANNEXE I : CRITERES DE DIAGNOSTIC DU STRESS POST-TRAUMATIQUE DSM-5.....	I
ANNEXE II : SYNOPSIS DU PROTOCOLE DE RECHERCHE.....	V
ANNEXE III : COURRIER D'INFORMATION AUX MÉDECINS DES ARMÉES.....	VII
ANNEXE IV : VISITE D'INCLUSION.....	IX
ANNEXE V : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	XI
ANNEXE VI : FICHE PROJET.....	XII
ANNEXE VII : DÉROULÉ DES ATELIERS 1 À 5.....	XIII
ANNEXE VIII : RECAPITULATIF DU CALENDRIER DE L'ÉTUDE	XVIII
ANNEXE IX : MCRO.....	XIX
ANNEXE X : CAPS-5.....	XXIII
ANNEXE XI : ECHELLE DE ROSENBERG.....	XLV
ANNEXE XII : INDEX DE DEPRESSION DE BECK	XLVI
ANNEXE XIII : UCLA LONELINESS VERSION 3- VERSION ANGLAISE.....	XLIX
ANNEXE XIV : UCLA LONELINESS VERSION 3- TRADUCTION NON STANDARDISÉE.....	LII
ANNEXE XV : PSS-10	LV

ANNEXE I : CRITERES DE DIAGNOSTIC DU STRESS POST-TRAUMATIQUE DSM-5

- **Critères A** : a été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou encore à une agression sexuelle d'une (ou plusieurs) des manières suivantes :

1. A vécu directement l'événement traumatisant ;
2. A été le témoin, en personne, de l'événement traumatisant.
3. A appris qu'un membre de sa famille ou un ami proche a été victime de l'événement traumatisant. Dans les cas de la mort d'un membre de la famille ou d'un ami, ou d'une menace de mort à l'égard de ces personnes, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
4. Être exposé de manière répétée ou extrême à des détails horrifiants d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences faites à des enfants).

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Remarque : Les réactions émotionnelles à l'événement traumatisant (p. ex., la peur, le désespoir, l'horreur) ne font plus partie du critère A.

- **Critères B** : présence d'au moins un des symptômes d'intrusion suivants associés à l'événement traumatisant, qui sont apparus après que l'événement traumatisant s'est produit :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement traumatisant.
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse.
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'image) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel).

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant.

5. Réactivité physiologique marquée lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatisant.

- **Critères C** : évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatisant, ayant débuté après que celui-ci s'est produit, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés.

2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (gens, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés.

- **Critères D** : perturbations négatives sur la cognition et l'humeur associées à l'événement traumatisant, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants de l'événement traumatisant (typiquement attribuable à une amnésie dissociative et pas à d'autres facteurs comme une blessure à la tête, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;

2. Croyances ou attentes négatives, à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, persistantes et exagérées (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde est un endroit tout à fait dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente »).

3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui.

4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiments de détachement ou de marginalisation par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

- **Critère E** : profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à l'événement traumatisant, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des gens ou des objets ;
2. Comportement irresponsable ou destructeur ;
3. Hypervigilance ;
4. Étonnement démesuré ;
5. Problèmes de concentration ;
6. Troubles du sommeil (par exemple : difficulté à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

- **Critère F** : la perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

- **Critère G** : la perturbation entraîne, sur le plan clinique, une détresse ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

- **Critère H** : la perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

S'il y a lieu, précisez :

Avec symptômes dissociatifs : les symptômes de la personne satisfont aux critères d'ESPT et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. **Dépersonnalisation** : sentiment persistant ou récurrent d'une personne d'être détachée de ses propres processus mentaux ou de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti).

2. **Déréalisation** : sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

S'il y a lieu, précisez :

Avec manifestation différée : s'il n'y a pas satisfaction de tous les critères de diagnostic au moins six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

ANNEXE II : SYNOPSIS DU PROTOCOLE DE RECHERCHE

Titre de l'étude	Impact d'une prise en charge en ergothérapie basée sur le développement de la résilience sur le rendement occupationnel du soldat souffrant de SPT
Responsable scientifique	XXXXX, Ergothérapeute
Justification- Contexte	<p>De nombreux soldats souffrant de SPT présentent des répercussions dans différents domaines de la vie quotidienne notamment le rendement occupationnel. Cependant, cette population reste peu étudiée en ergothérapie ainsi que les interventions basées sur le développement de la résilience.</p> <p>Néanmoins, la place de l'ergothérapie est légitime auprès de celles-ci car des restrictions occupationnelles sont mises en avant. En effet, si on se réfère à la définition de l'ergothérapie ses objectifs sont de maintenir, restaurer et permettre l'activité et les occupations.</p> <p>Dans le cas du SPT, plusieurs études reconnues scientifiquement ont montré que le développement de la résilience chez des personnes atteintes de SPT avait des effets positifs sur la symptomatologie (troubles de l'humeur, de la cognition, reviviscence, etc.). Cependant, en ergothérapie cet axe de prise en charge est peu abordé. Toutefois par le biais des activités, il est possible de développer la résilience d'un individu. Ainsi, le développement de la résilience semble un outil intéressant pour améliorer le rendement occupationnel et encourage à continuer la recherche auprès des soldats.</p>
Méthodologie	Étude comparative, multicentrique, mixte, interventionnelle, randomisée en simple aveugle.
Objectif principal	Mesurer l'impact d'une intervention en ergothérapie basée sur le développement de la résilience sur le

	rendement occupationnel chez le soldat souffrant de SPT.
Objectifs secondaires	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer l'isolement social - Réduire les symptômes de la dépression - Diminuer le stress voire l'anxiété - Améliorer la confiance en soi / estime de soi - Augmenter la satisfaction dans les occupations
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Homme et Femme - Être soldat - Diagnostic de SPT posé selon les critères de diagnostic du DSM-5 - Fiche de consentement remplie et signée - Age : 18 ans à 66 ans - Être en faculté de lire, comprendre et parler la langue française - Patient hospitalisé en HIA
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de comorbidité d'addiction - Personne ne présentant pas un niveau de lecture de cinquième à sixième année - Le patient ne doit pas participer à une autre étude en simultané
Déroulement de l'étude	Cette étude est comparative ainsi elle comprend le groupe T qui effectue une prise en charge habituelle et le groupe R qui bénéficie de 24 ateliers en ergothérapie basés sur le développement de la résilience. Ces ateliers ont lieu deux fois par semaine pendant 3 mois. L'ensemble des participants seront suivis pendant 6 mois à hauteur d'une évaluation tous les 3 mois.
Nombre de participants nécessaires	25 patients sont présents dans chaque groupe, soit 50 patients au total sont nécessaires à l'étude.
Durée prévue de l'étude	Durée prévue de l'inclusion = 8 mois Durée prévue de suivi = 7 mois Durée totale de l'étude = 15 mois

Retombées attendues	<ul style="list-style-type: none">- Amélioration du tableau clinique des soldats présentant un stress post-traumatique et ainsi élargir l'offre de soins proposée à cette population.- Évolution favorable du rendement occupationnel.- Le développement de la confiance et de l'estime de soi qui participerait à la diminution des symptômes de dépression qui peuvent être associés au SPT. Une diminution de l'isolement social, du stress et/ou de l'anxiété est aussi attendue.- Développer la prise en charge de patient atteint de stress post-traumatique en ergothérapie.
----------------------------	--

ANNEXE III : COURIER D'INFORMATION AUX MÉDECINS DES ARMÉES

Monsieur, Madame,

Par le biais de ce courrier, je vous informe qu'une étude sera menée auprès de soldats souffrant de stress post-traumatique (SPT), âgés de 18 ans à 66 ans, en vue d'une éventuelle prise en charge en ergothérapie. Cette étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en ergothérapie.

Le but de cette étude est d'évaluer l'impact d'un dispositif de médiations basé sur le renforcement de la résilience sur les soldats souffrant de SPT et sur l'impact sur le rendement occupationnel. Il est proposé à vos patients diagnostiqués atteints de stress post-traumatique de participer à des séances d'ergothérapie de ce contexte. L'entrée à cette étude se fait par le biais de critères d'inclusion et d'exclusion, la participation y est libre et gratuite.

Cette étude est composée de plusieurs temps : temps d'évaluation (initial et final) et mise en place du dispositif de médiation par la résilience. Elle sera composée de 24 ateliers répartis sur 3 mois, ce qui implique 2 séances par semaine. Cette étude mobilisera 50 participants répartis en deux groupes : un groupe témoin et un groupe expérimental.

Je compte sur votre aide pour informer les potentiels patients de cette étude ainsi que de son déroulé. Dans un second temps de savoir s'il serait intéressé pour y participer. Si tel est le cas, une prescription médicale devra être rédigé par vos soins ainsi qu'un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive pour pouvoir participer à l'étude. En effet, l'ergothérapie se pratique exclusivement sous ordonnance médicale.

Je reste à votre disposition, à celle des familles et des patients si vous souhaitez davantage d'informations sur l'étude réalisé. Vous pourrez me contacter par téléphone au XX.XX.XX.XX.XX.XX ou bien par email au XXXX@gmail.com.

Veuillez agréer Monsieur, Madame, mes salutations les plus sincères.

XXX, Ergothérapeute

ANNEXE IV : VISITE D'INCLUSION

Lieu : Salle close dans le lieu d'exercice de l'ergothérapeute (choix de la salle par l'ergothérapeute)

Personnes présentes : le soldat et l'ergothérapeute

Objectif : Présentation de l'étude au soldat

→ Présentation réciproque du praticien et du soldat.

Présentation de l'étude :

« Dans le cadre d'un travail de fin d'étude en ergothérapie, une étude est réalisée auprès de soldats souffrant de stress post-traumatique (SPT). Elle vise à améliorer les symptômes du SPT tels que la satisfaction dans la participation aux activités au travers du développement de la résilience. »

→ Expliquer si besoin ce qu'est la résilience : la résilience est la capacité à gérer avec succès des événements stressants tout en conservant son fonctionnement normal. Elle représente en fait la force de gérer et de faire face à un problème, à un traumatisme et de continuer à vivre normalement, à le surmonter.

« Le médecin vous a informé de la réalisation de cette étude. Êtes-vous intéressé pour y participer ? »

« Je vais donc vous décrire les objectifs de l'étude et de son déroulé. »

Objectif de l'étude :

« L'objectif principal de cette étude est de déterminer si le renforcement de la résilience en ergothérapie permet d'améliorer le rendement occupationnel chez les soldats souffrant de stress post traumatique ».

« À la suite de cet objectif découlent des objectifs secondaires. En effet, le stress post-traumatique n'a pas une, mais, des répercussions dans la vie quotidienne, notamment la reviviscence de souvenirs qui entraînent un stress important chez la personne. Ainsi qu'un isolement social qui peut être lié à des troubles de l'humeur, du comportement ou bien à une dépression, qui peuvent engendrer des conflits avec l'entourage, un rejet mais aussi un repli sur soi. C'est pourquoi, cette étude va aussi déterminer si le dispositif mis en place permettra ou non de réduire l'isolement social, les symptômes de la dépression, mais aussi amélioration de la confiance en soi/ l'estime de soi, la satisfaction dans la participation aux activités et de la gestion du stress. »

Déroulement de l'étude :

« Dans un premier, il faut recruter le nombre de soldats nécessaire à la réalisation de l'étude, ensuite chaque soldat sera réparti dans entre les deux groupes de l'étude. Un groupe bénéficiera de médiation en ergothérapie basée sur le renforcement de la résilience et l'autre groupe de soldats est dit « témoin » bénéficiera d'un suivi habituel dans les forces armées. »

« Dans chacun des groupes, 3 temps seront dissociés : en premier lieu il y aura une évaluation initiale, ensuite une participation aux différents ateliers pour le groupe basé sur la résilience ou bien une prise en charge habituelle pour l'autre groupe, et pour finir une évaluation initiale qui permettra de comparer les résultats obtenus avec les différents groupes, avant et après les interventions. Pour le groupe bénéficiant de la prise en charge en ergothérapie basé sur la résilience, le planning est réparti en 24 séances bihebdomadaires. »

Participation et confidentialité :

« La participation à cette étude est libre et gratuite. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Si vous participez à cette étude, et qu'en cours de réalisation vous changiez d'avis, vous êtes libre de partir à n'importe quel moment, cependant il faut en informer le médecin coordinateur. »

« Pour ce qui est des données récoltées au cours de cette étude, elles seront uniquement utilisées dans un but d'analyse et dans les publications qui pourront en découler. Votre identité sera protégée, les données recueillies seront anonymisées et les données personnelles seront confidentielles. L'accès à vos résultats concernant l'étude sera possible une fois celle-ci terminée. »

« Si vous souhaitez participez à cette étude, nous vous demandons de bien vouloir signer le formulaire de consentement. »

- ➔ Demander au soldat s'il a des questions et s'assurer de la compréhension du déroulement de l'étude avant de lui faire signer le formulaire de consentement.
- ➔ Signature du formulaire de consentement en Annexe V

ANNEXE V : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Accepte librement et volontairement de participer à l'étude intitulée : « Impact de la prise en charge en ergothérapie basée sur le renforcement de la résilience sur le rendement occupationnel chez les soldat souffrant de stress post-traumatique », certifie que (Nom et Prénom de l'ergothérapeute), ergothérapeute nous a proposé de participer à l'étude.

Le médecin investigateur ainsi que l'ergothérapeute coordinateur m'ont informé des objectifs, du déroulé et des modalités de l'étude. Ils m'ont aussi précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Lors de l'entretien avec l'ergothérapeute j'ai pu exprimer mes différentes interrogations et recevoir une réponse adaptée.

Il m'a été précisé qu'il m'était possible de me retirer à tout moment, mon consentement à participer à cette étude quelle que soient mes raisons et sans aucune responsabilité, cependant je m'engage à en informer le médecin investigateur.

En signant ce document, j'accepte de participer à cette étude clinique dans les conditions décrites ci-dessus.

Patient

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

Investigateur

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

ANNEXE VI : FICHE PROJET

Cadre de l'activité :

- Nombre total de séances : 24 séances
- Durée : 1h
- Temporalité : 2 fois par semaine, le matin pendant 3 mois
- Lieu : hôpitaux des institutions des armées, salle d'ergothérapie, cuisine thérapeutique, salle de sport, ou de relaxation

Intervenants :

- Ergothérapeute : il anime les séances, fixe le cadre, les règles, explique les consignes.
- Psychologue : il est observateur et peut servir de renfort à l'ergothérapeute si besoin (co animateur ou gestionnaire de crise). Il apporte son savoir sur le psychisme et son fonctionnement, il intervient en cas d'imprévu pour gérer un patient en souffrance et qui aurait besoin d'être mis à l'écart pour s'apaiser.

Le rôle de chacun se fixe en amont des séances.

Nombre de participants : 5 patients par groupe

Équipement nécessaire aux participants : tenue de sport

Principes de prise en charge :

- Présence d'un cadre thérapeutique adapté à chacun pour qu'il soit contenant et rassurant.
- Expliquer l'intérêt et les consignes pour chaque atelier afin qu'il soit réalisé en sécurité.
- Valoriser le soldat : encouragement, mise en valeur de son travail, félicitation pour les efforts fournis, etc.
- Permettre l'autonomie et la prise de plaisir.
- Utiliser un vocabulaire compréhensible par tous.

Préparation des ateliers : choix de l'environnement de l'activité, aménagement de celui-ci, préparation du matériel nécessaire.

ANNEXE VII : DÉROULÉ DES ATELIERS 1 À 5

ATELIER 1	
Lieu : Salle d'ergothérapie	
Introduction (Durée : 10min)	
<ul style="list-style-type: none"> - Présentation des thérapeutes - Présentation des patients - Présentation générale du déroulé du dispositif - Explication du cadre et des règles - Présentation des lieux 	
Aborder le stress post-traumatique (SPT) (Durée : 40 min)	
<p><u>Objectifs</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Approfondir les connaissances sur le SPT et ses répercussions - Permettre à tous les participants d'avoir les mêmes notions et définitions - Inciter à l'échange autour de la pathologie - Évoquer leur vécu par rapport à cette pathologie <p><u>Matériel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tableau - Feutres - Post-it 	<p><u>Contenu</u> :</p> <p style="padding-left: 20px;">➔ Réalisation d'un brainstorming</p> <p>Chaque participant énonce des mots autour du SPT. Les différents mots évoqués par les patients serviront de base d'échange et d'apport théorique sur la pathologie et ses répercussions/ conséquences au quotidien.</p> <p>Puis il sera intéressant de rassembler les différents mots par thématiques pour montrer les liens existants.</p> <p><u>Adaptation</u> : si les patients n'osent pas parler, il est possible de le faire sous forme écrite avec l'utilisation de post-it.</p>
Rangement et temps de verbalisation (Durée : 10min)	
<p><u>Objectif</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbaliser son ressenti, son vécu sur la séance 	<p><u>Contenu</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remercier les patients pour leur participation - Verbalisation - Demander au patient de ramener une tenue de sport pour la prochaine séance.

ATELIER 2	
Lieu : extérieur	
Introduction (Durée : 5 min)	
Retour sur l'atelier précédent et présentation de l'atelier du jour.	
Préparation (Durée : 5 min)	
Les patients vont se mettre en tenue de sport dans le vestiaire.	
Activité sport (Durée : 30min)	
<u>Objectifs :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le bien-être - Entretenir les capacités physiques - Évacuer l'anxiété, le stress - Favoriser la cohésion de groupe - Être à l'écoute de son corps - Être dans le moment présent - Permettre le dépassement de ses limites 	<u>Contenu :</u> <p style="text-align: center;">➔ Séance de fractionné :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 min échauffement - 10 min fractionné = 10 fois 30 secondes de course rapide et 30 secondes de course de récupération - 10 min course de récupération et étirements
Rangement et temps de verbalisation (Durée : 20 min)	
<u>Objectif :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Verbaliser son ressenti 	<u>Contenu :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Remerciement pour la séance effectuée, temps de verbalisation - Les patients vont se changer et se doucher

ATELIER 3	
Lieu : salle d'ergothérapie	
Introduction (Durée : 10 min)	
Retour sur l'atelier précédent et présentation de l'atelier du jour.	
Méditation : Manger en pleine conscience (Durée : 40min)	
<u>Objectifs :</u> - Mettre en lien les sensations, les pensées et les émotions - Faire prendre conscience des pensées automatiques - Diminuer le stress, l'anxiété - Développer la concentration et l'attention	<u>Contenu :</u> Faire goûter en aveugle un raisin au patient. Pour cela, il faut réaliser différentes étapes : 1- Analyser avec le toucher (doigts) 2- Analyser avec l'odorat 3- Analyser avec l'ouïe (écouter les bruits qu'émettent l'aliment) 4 – Analyser avec le goût Pour chaque étape interroger chacun sur son ressenti. Ensuite, refaire le même exercice les yeux ouverts et comparer les deux expériences. Identifier la boucle sensation, pensée et émotion. Identification pensée automatique puis faire le lien avec les actions automatiques. Demander à chacun de choisir une activité qu'il effectue automatiquement et lui demander pour la prochaine séance d'analyser celle-ci comme il vient de le faire.
<u>Matériel :</u> - Chaises - Raisins sec	
Rangement et temps de verbalisation (Durée : 10min)	
<u>Objectif :</u> - Verbaliser son ressenti	<u>Contenu :</u> - Remerciement pour la séance effectuée, temps de verbalisation - Rappel exercice à faire chez soi

ATELIER 4	
Lieu : Salle d'ergothérapie	
Introduction (Durée : 10 min)	
Retour sur l'atelier précédent et présentation de l'atelier du jour.	
Éducation au sommeil (Durée : 40min)	
<u>Objectifs :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les connaissances sur le sommeil - Acquérir des savoirs pour favoriser le sommeil - Partager son vécu, son expérience - Être à l'écoute des autres - Permettre l'application au quotidien des conseils transmis 	<u>Contenu :</u> <p>Les troubles du sommeil sont un facteur de développement et d'entretien du SPT. Il comporte : cauchemars, réveil nocturne, reviviscence de l'évènement. Ils impliquent la survenue d'altérations des capacités attentionnelles et des fonctions cognitives parmi lesquelles les capacités de jugement et d'attention.</p> <p>-> Questionner les patients sur cette problématique et la fréquence de celle-ci.</p> <p>-> Aborder les règles hygiéno-diététiques du sommeil</p> <p>-> Conseils en lien avec la relaxation et la méditation pour aider à l'endormissement.</p>
Rangement et temps de verbalisation (Durée : 10 min)	
<u>Objectif :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Verbaliser son ressenti 	<u>Contenu :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Remerciement pour la séance effectuée, temps de verbalisation

ATELIER 5	
Lieu : Salle d'ergothérapie	
Introduction (Durée : 10 min)	
Retour sur l'atelier précédent ainsi que sur l'exercice demandé en méditation et présentation de l'atelier du jour.	
Relaxation (Durée : 40min)	
<u>Objectifs :</u> - Diminuer le stress, l'anxiété - Permettre le lâcher prise - Être à l'écoute de son corps - Prendre conscience de son corps et de ses pensées - Réduire les tensions musculaires - Permettre un sommeil plus profond et réparateur <u>Matériel :</u> - Tapis - Couverture	<u>Contenu :</u> Utilisation de la technique de relaxation de Jacobson.
Rangement et temps de verbalisation (Durée : 10 min)	
<u>Objectif :</u> - Verbaliser son ressenti	<u>Contenu :</u> - Remerciement pour la séance effectuée, temps de verbalisation

ANNEXE VIII : RECAPITULATIF DU CALENDRIER DE L'ETUDE

Année 2021												Année 2022												Année 2023												Année 2024	
J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F
Travail méthodologique- Création du protocole																																					
Recrutement des centres investigateurs																																					
Recherche de financements																																					
Autorisations																																					
												Dérroulement de l'étude																									
												Inclusion												Séances et évaluations													
																								Analyses des résultats													
																																				Publications - Communications	



La mesure canadienne du rendement occupationnel

La **Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)** soutient et contribue à l'excellence d'une pratique ergothérapique centrée sur le client, fondée sur l'occupation. La MCRO est une mesure individualisée élaborée pour déceler les changements perçus par le client dans son rendement occupationnel, au fil du temps. La MCRO a été conçue pour servir de mesure de résultats. Et comme telle, elle doit être administrée au début de la prestation des services afin d'établir les objectifs de l'intervention, puis à nouveau à des intervalles pertinents de façon à déterminer les progrès et les résultats.

La MCRO permet de :

- déterminer les domaines problématiques du rendement occupationnel;
- fournir une échelle de grandeur quant aux priorités du client concernant son rendement occupationnel;
- évaluer le rendement et le sentiment de satisfaction associés aux difficultés identifiées;
- servir d'assise pour déterminer des objectifs ergothérapiques; et
- mesurer les changements perçus par le client quant à son rendement occupationnel durant l'intervention ergothérapique.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT

Nom du client : _____

Date de naissance du client : ____/____/____

Évaluation initiale : ____/____/____ Réévaluation : ____/____/____

Nom du thérapeute : _____

L'administration de la MCRO est constituée de 5 étapes :

1. Définition du problème — identifier la nature des difficultés. L'identification d'une difficulté se définit ainsi : une occupation qu'une personne **VEUT RÉALISER, DOIT RÉALISER** ou **DEVRAIT RÉALISER** mais **N'ARRIVE PAS À RÉALISER** ou **NE RÉALISE PAS À SA PROPRE SATISFACTION**.
2. Lorsque les difficultés spécifiques quant au rendement occupationnel ont été cernées, le client doit les coter en fonction de l'**IMPORTANT** qu'elles revêtent dans sa vie. L'importance est cotée à partir d'une échelle à dix échelons. **La cote 1 = pas important du tout**
La cote 10 = extrêmement important.
3. Demander au client de choisir jusqu'à cinq difficultés qui lui semblent les plus urgentes à traiter ou les plus importantes selon les cotes attribuées.
4. Cotation : du **RENDEMENT** (comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?) et le sentiment de **SATISFACTION** (dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement?)
5. Déterminer une date pour la réévaluation.

LES SOINS PERSONNELS

Ils comprennent les occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner. Dans la MCRO, nous mesurons trois aspects concernant les soins personnels : l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire.

L'hygiène personnelle

La mobilité fonctionnelle

La vie communautaire

L'IMPORTANT

Elle inclut les occupations visant à la préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres ou à développer ses habiletés personnelles. La MCRO mesure trois types d'activités productives : le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu.

IMPORTANCE

Le travail rémunéré ou non

La gestion du foyer

Le travail scolaire et le jeu

LES LOISIRS

Ils regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive. La MCRO comprend les activités récréatives paisibles, les loisirs actifs et la vie sociale.

IMPORTANCE

Les activités récréatives paisibles

Les loisirs actifs

La vie sociale

COTATION

RENDEMENT (Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?)

1 = Incapable d'exécuter l'activité ←————→ 10 = Capable d'exécuter parfaitement l'activité

SATISFACTION Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement? 1 = Pas satisfait du tout ←————→ 10 = Extrêmement satisfait

1^{er} TEMPS (évaluation initiale) : ____ / ____ / ____ 2^e TEMPS (réévaluation) : ____ / ____ / ____

Difficultés quant au rendement occupationnel	Impt	Rendement T ₁	Satisfaction T ₁	Rendement T ₂	Satisfaction T ₂
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		Cote totale Rendement T ₁	Cote totale Satisfaction T ₁	Cote totale Rendement T ₂	Cote totale Satisfaction T ₂
COTE TOTALE					
		Cote totale rendement T ₁	Cote totale satisfaction T ₁	Cote totale rendement T ₂	Cote totale satisfaction T ₂
COTE MOYENNE (Total des cotes / nombre de difficulté)					
				Changement dans le rendement	Changement dans la satisfaction
CHANGEMENT DANS LA COTATION (T₂ - T₁)					

NOTES SUPPLÉMENTAIRES ET OBSERVATIONS

Évaluation initiale

Réévaluation

Instructions

Administration

1. Identifiez un événement traumatique de référence pouvant servir de base à l'investigation des symptômes présentés. Administrez l'*Inventaire des Événements de Vie* ou toute autre méthode structurée et validée empiriquement (voir en p. 6). L'événement traumatique de référence peut impliquer un événement unique (e.g. "l'accident") ou des événements multiples et reliés (e.g. "les pires moments de vos expériences militaires").
2. Lisez les questions, mot pour mot, une à la fois et dans l'ordre présenté :
 - a. Utilisez les mots propres du répondant pour identifier l'événement traumatique de référence ou pour décrire des symptômes spécifiques.
 - b. Rephrasez les questions standardisées pour affirmer une information rapportée précédemment, mais retournez au verbatim des questions aussitôt que possible. Par exemple, l'investigation à l'item 20 peut débuter ainsi : "Vous avez déjà mentionné avoir des problèmes de sommeil. Quels sont ces problèmes ?"
 - c. Si vous n'avez pas suffisamment d'information après avoir utilisé toutes les questions usuelles, continuez librement. Lors d'une telle situation, le fait de répéter souvent la question initiale aide le répondant à se focaliser.
 - d. Au besoin, demandez des exemples spécifiques ou amenez le répondant à élaborer, même si de telles questions ne sont pas explicitement fournies.
3. De manière générale, NE SUGGÉREZ PAS de réponse. Si un répondant a une forte difficulté à comprendre une question, il peut être nécessaire de procurer un bref exemple pour clarifier et illustrer. Cependant, cela ne doit être que rarement fait et seulement après que le répondant ait reçu suffisamment d'opportunités pour répondre spontanément.
4. NE LISEZ PAS les descriptions des échelles d'évaluation au répondant. Elles ne sont là que pour vous, l'évaluateur, car une utilisation appropriée requiert un

jugement clinique et une compréhension complète des conventions de cotation du CAPS-5.

5. Complétez l'évaluation aussi efficacement que possible de manière à ne pas fatiguer le répondant. Voici des stratégies utiles :
 - a. Soyez complètement familier avec le CAPS-5 pour que les questions se déroulent facilement.
 - b. Demandez le moins de questions possibles afin d'obtenir suffisamment d'informations pour valider une cotation valide.
 - c. Minimisez la prise de notes et écrivez pendant que le répondant parle pour éviter de longues pauses.
 - d. Prenez charge de l'entrevue. Soyez respectueux, mais fermes quant à garder le répondant à la tâche, à passer d'une question à l'autre, à insister pour obtenir des exemples ou à faire ressortir toute contradiction.

Cotation

1. Tout comme avec les versions précédentes du CAPS, la cotation de la sévérité des symptômes au CAPS-5 est basée sur la fréquence et l'intensité des symptômes, sauf pour les items 8 (amnésie) et 12 (intérêt réduit) qui sont basés sur la quantité et l'intensité. Cependant, les items du CAPS-5 sont cotés à l'aide d'un score unique de sévérité, contrairement aux versions précédentes du CAPS qui requéraient des scores séparés pour la fréquence et l'intensité à chaque item, qui étaient soit additionnés pour créer un score de sévérité des symptômes ou soit combinés selon des règles variées de cotation pour fournir un score duel (présent/absent) pour les symptômes. Au CAPS-5, le clinicien combine l'information quant à la fréquence et à l'intensité pour créer un score unique de sévérité. Dépendamment de l'item, la fréquence est cotée selon le nombre d'occurrences (combien de fois au cours du dernier mois) ou selon le pourcentage de temps (combien de temps au cours du dernier mois). L'intensité est cotée selon une échelle en 4 points : *Minimale*, *Clairement Présente*, *Prononcée* et *Extrême*. L'intensité et la sévérité sont des concepts reliés mais différents. L'intensité réfère la force d'une occurrence typique d'un symptôme. La sévérité réfère au poids total d'un symptôme lors d'une certaine période, et représente une combinaison de l'intensité et de la fréquence. Cela est similaire à l'approche d'évaluation de quantité/fréquence pour la consommation

alcoolique. De manière générale, les descriptifs de la cotation de l'intensité correspondent aux descriptifs fournis et doivent être interprétés et employés de la même manière, sauf que toute cotation de sévérité requière une considération simultanée de l'intensité et de la fréquence. Conséquemment, avant de prendre en considération la fréquence, une cotation d'intensité de *Minimale* correspond à une cotation de sévérité de *Léger/sous-le-seuil*, *Clairement Présente* correspond à *Modéré/au-seuil*, *Prononcé* correspond à *Sévère/franchement élevée*, et *Extrême* correspond à *Extrême/incapacitant*.

2. **Une échelle de cotation en 5 points pour la sévérité du CAPS-5 est employée pour tous les symptômes.** Les descriptifs de cette échelle de cotation doivent être interprétés et utilisés ainsi :

0 Absent Le répondant nie le problème ou la réponse du répondant n'est pas conforme au critère symptomatique du DSM-5.

1 Léger/sous le seuil Le répondant décrit un problème qui est consistant avec le critère symptomatique, mais cela n'est pas suffisamment sévère pour être considéré significatif au plan clinique. Le problème ne satisfait pas le critère symptomatique du DSM-5 et, conséquemment, ne tend pas vers un diagnostic de SPT.

2 Modéré/au seuil Le répondant décrit un problème significatif au plan clinique. Le problème satisfait le critère symptomatique du DSM-5 et, conséquemment, tend vers un diagnostic de SPT. Le problème serait la cible d'une intervention. Cette cotation requiert une fréquence minimale de 2 fois par mois ou *parfois* (20-30% du temps) EN SUS d'un minimum d'intensité de *Clairement Présente*.

3 Sévère/élevé Le répondant décrit un problème qui est bien au-delà du seuil de signification clinique. Ce problème est difficilement gérable et parfois submergeant, et il serait une cible proéminente pour une intervention. Cette cotation requiert une fréquence minimale de 2 fois par semaine ou de *la plupart du temps* (50-60% du temps) EN SUS d'une intensité minimale de *Prononcée*.

4 Extrême/incapacitant Le répondant décrit un symptôme dramatique, bien au-delà du seuil de signification clinique. Le problème est omniprésent, incontrôlable et submergeant, et il serait une cible prioritaire pour une intervention.

3. De manière générale, ne choisissez une cote de sévérité que si la fréquence et l'intensité minimales pour cette cotation sont toutes deux présentes. Cependant, vous pouvez exercer votre jugement clinique en choisissant une certaine cote de sévérité si la fréquence rapportée est quelque peu plus basse que requise alors que l'intensité est plus élevée. Par exemple, vous pouvez indiquer une cote de sévérité de *Modéré/au-seuil* si un symptôme survient 1 fois par mois (plutôt que 2 fois par mois tel que requis) tant et aussi longtemps que l'intensité est cotée *Prononcée* ou *Extrême* (plutôt que *Clairement Présent* tel que requis). De la même manière, vous pouvez choisir une cote de sévérité de *Sévère/franchement-élevée* si un symptôme survient 1 fois par semaine (plutôt que 2 fois par semaine tel que requis) tant et aussi longtemps que l'intensité est cotée *Extrême* (plutôt que *Prononcée* tel que requis). Si vous ne pouvez choisir entre deux cotes de sévérité, indiquez la plus basse.
4. Vous devez établir que, non seulement un symptôme rencontre le critère du DSM-5 au plan phénoménologique, mais est aussi fonctionnellement relié à l'événement traumatique de référence ; par exemple, il a été précipité par cet événement ou s'est aggravé suite à cet événement. Les items 1-8 et 10 (reviviscence, évitement délibéré, amnésie et blâme) du CAPS-5 sont liés à l'événement traumatique de référence de manière inhérente. **Évaluez la relation au traumatisme (RT) des items 9, 11-20 et 29-30 en employant l'échelle RT d'évaluation et de cotation. Il y a été coté RT :**
- a. **Définitif** = le symptôme peut être clairement attribué à l'événement traumatique de référence car (1) il y a une altération évidente du niveau de fonctionnement pré-traumatique et /ou le répondant attribue avec confiance ce symptôme à l'événement traumatique de référence.
 - b. **Probable** = le symptôme est probablement lié à l'événement traumatique de référence, mais une connexion inéquivoque ne peut être avancée. Les situations favorisant ce type de cotation sont les suivantes : (1) il semble y avoir une altération du fonctionnement pré-traumatique, mais cela n'est aussi évident que pour la cote "Définitif" ; (2) le répondant attribue un lien causal entre le symptôme et l'événement traumatique de référence, mais avec moins de confiance que pour une cote "Définitif" ; ou (3) il semble y avoir une relation fonctionnelle entre le symptôme et des symptômes inhérents au traumatisme tels que les symptômes de

reviviscence (e.g. l'engourdissement ou le désengagement s'intensifie lorsque la reviviscence augmente).

c. **Improbable** = le symptôme peut être attribué à une cause autre que l'événement traumatique de référence car (1) il y a un lien fonctionnel clair avec cette autre cause et /ou (2) le répondant attribue avec confiance la cause à une autre situation et rejette un lien avec l'événement traumatique de référence. Comme il peut être difficile de rejeter complètement un lien fonctionnel entre un symptôme et l'événement traumatique de référence, une cote "Improbable" ne devrait être employée que si l'évidence disponible pointe fortement vers une cause autre que l'événement traumatique de référence. NOTE : Les symptômes avec une cote TR "Improbable" ne doivent pas être considérés vers un diagnostic d'ESPT ou être inclus dans le score total du CAPS-5 pour la sévérité des symptômes.

5. **Au CAPS-5, le score total de la sévérité des symptômes** est calculé en additionnant les cotes de sévérité des items 1-20. NOTE : les scores de sévérité pour les deux symptômes dissociatifs (items 29 et 30) ne doivent pas être inclus dans le calcul du score total de la sévérité des symptômes au CAPS-5.
6. **Au CAPS-5, les scores de sévérité par regroupement de symptômes** sont calculés en additionnant les scores de sévérité des items individuels pour les symptômes contenus dans chaque regroupement du DSM-5. Ainsi, le score de sévérité du Critère B (reviviscence) est la somme des scores de sévérité individuels pour les items 1 à 5 ; celui du Critère C (éviter) est la somme des scores des items 6 et 7 ; celui du Critère D (altérations négatives des cognitions et de l'humeur) est la somme des scores des items 8 à 14 ; celui du Critère E (suractivation) est la somme des scores des items 15 à 20. Un score de sévérité peut aussi être calculé pour le regroupement de symptômes dissociatifs en additionnant les scores aux items 29 et 30.
7. **Un diagnostic d'ESPT** est déterminé, en un premier temps, en dichotomisant chaque symptôme en tant que "présent" ou "absent", puis en suivant la règle diagnostic du DSM-5. Un symptôme est considéré présent seulement si son score de sévérité est coté "2=Modéré/au-seuil" ou est plus élevé. En sus, les items 9 et 11-20 possèdent le prérequis de l'échelle RT, soit d'être relié à l'événement traumatique de référence selon une cote "Définitif" ou "Probable".

Liste d'événements potentiellement traumatiques

(tiré du CAPS pour le DSM-IV)

Nom: _____ Dossier : no. _____

Évaluateur: _____ Date: _____

Instructions :

- (1) Indiquez le(s) chiffre(s) correspondant(s) aux événements traumatiques que vous avez vécus.
- (2) Encerclez celui qui fut le plus difficile pour vous.

1. Catastrophe naturelle (inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.) ____
2. Incendie ou explosion ____
3. Accident de la route (accident de voiture ou de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion, etc.) ____
4. Accident grave au travail, à domicile ou pendant des occupations de loisirs ____
5. Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiation, etc.) ____
6. Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pieds, etc.) ____
7. Attaque à main armée (avoir été menacé ou blessé par une arme à feu, un couteau, une bombe, etc.) ____
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, accomplir tout acte sexuel par la force ou sous menaces) ____
9. Autre expérience sexuelle non désirée et désagréable (abus sexuel dans l'enfance) ____
10. Participation à un conflit armé ou présence dans une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil) ____
11. Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.) ____
12. Maladie ou blessure mettant la vie en danger ____
13. Souffrances humaines intenses ____
14. Mort violente (homicide, suicide, etc.) ____
15. Mort subite et inattendue d'un proche ____
16. Blessure grave, dommage ou mort causé par vous à quelqu'un ____
17. Toute autre expérience très stressante (négligence sévère dans l'enfance, etc.) ____
18. Autre (précisez) : _____

CAPS-5

Nom du répondant : _____

Dossier : no. _____

Nom de l'évaluateur: _____

Date: _____

Administrez l'*Inventaire des événements de vie* ou toute autre méthode structurée de sélection des événements traumatiques telle que la *Liste d'événements potentiellement traumatiques* (CAPS pour le DSM-IV) (voir p. 6).

Critère A : Être exposé à la mort d'une personne, à la possibilité de mort, à une blessure sérieuse ou à de la violence sexuelle, d'une ou plusieurs manières :

1. Faire l'expérience directe d'un événement traumatique.
2. Être témoin, en personne, d'un événement traumatique vécu par autrui.
3. Apprendre qu'un événement traumatique est arrivé à un membre de sa famille proche ou à un ami proche. Dans le cas de mort ou de la possibilité de mort d'un membre de famille proche ou d'un ami proche, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
4. Faire l'expérience d'une exposition répétée ou extrême à des détails aversifs liés à un ou des événements traumatiques (e.g. des secouristes ramassant des restes humains, des policiers exposés à répétition à des détails liés à des abus d'enfants, etc.). Note : le critère A4 ne s'applique pas à une exposition via les médias électroniques, la télévision, des films ou des images, à moins que cette exposition ne soit reliée au travail.

Je vais vous poser des questions quant aux expériences stressantes que vous avez identifiées comme ayant été vécues sur le questionnaire. D'abord, je vais vous demander de me décrire brièvement l'événement que vous avez identifié comme ayant été le pire pour vous. Puis, je vais vous demander comment cet événement vous a affecté au cours du dernier mois. De manière générale, je n'ai pas besoin de beaucoup d'information - juste assez pour que je comprenne le problème que vous avez pu avoir. Si vous devenez dérangé quand nous abordons différentes questions, veuillez m'en informer de manière à ce que nous puissions ralentir et en parler. Également, laissez-moi savoir si vous avez quelque question ou si vous ne comprenez pas quelque chose. Avez-vous des questions avant que nous commençons ?

L'événement que vous avez identifié comme ayant été le plus difficile est ... (nommez-le). J'aimerais que vous me décriviez brièvement ce qui s'est produit.

Événement traumatique de référence (spécifiez) : **Que s'est-il passé?** (Quel âge aviez-vous ? En quoi avez-vous été impliqué ? Qui d'autre fut impliqué ? Est-ce que quelqu'un a été sérieusement blessé ou tué ? Est-ce que la vie de quelqu'un a été mise en danger ? Combien de fois est-ce que cela s'est produit ?)

Type d'exposition : Vécu _____ Témoin _____ Appris _____ Exposition à des détails aversifs _____

Vie menacée ? NON OUI (soi ___ autrui ___)

Blessure sérieuse ? NON OUI (soi ___ autrui ___)

Violence sexuelle ? NON OUI (soi ___ autrui ___)

Le Critère A, est-il rencontré ? NON PROBABLEMENT OUI

Pour le reste de l'entrevue, j'aimerais que vous gardiez cet événement (nommez-le) en tête alors que je vais vous poser des questions sur divers problèmes qu'il aurait pu vous causer. Vous pouvez avoir eu certains de ces problèmes auparavant, mais, pour cette entrevue, nous allons focaliser seulement sur le dernier mois. Pour chaque problème, je vais vous demander si vous l'avez eu au cours du dernier mois et, si oui, combien de fois et avec quelle intensité cela vous a dérangé.

Critère B : Présence de symptômes intrusifs, associés à l'événement traumatique et ayant débuté après la survenue de cet événement, tel que déterminé par 1 (ou plus) des symptômes suivants :

1. (B1) Souvenirs récurrents, involontaires et intrusifs de l'événement traumatique. Note : Chez les enfants de moins de 6 ans, des jeux répétitifs peuvent survenir dans lesquels des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.

Au cours du mois dernier, avez-vous eu des souvenirs indésirables de cet événement alors que vous étiez éveillé, donc sans compter les rêves ? (Cotez 0=Absent si seulement lors de rêves)

Comment cela se passe-t-il quand vous commencez à vous souvenir de cet événement ?

Si non clair ; **Est-ce que ces souvenirs sont indésirables ou est-ce que vous pensez à cet événement volontairement ?** (Cotez 0=Absent à moins que perçus comme involontaires intrusifs)

Jusqu'à quel point ces souvenirs vous dérangent ? Êtes-vous capable de les sortir de votre tête et de penser à autre chose ?

Encercler : Détresse = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Combien de fois avez-vous eu de tels souvenirs au cours du mois dernier ? Nombre de fois _____

Encercler : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité de la détresse

Modéré = au moins 2 fois par mois / détresse clairement présente, un peu de difficulté à chasser les souvenirs

Sévère = au moins 2 fois par semaine / détresse prononcée, difficulté considérable à chasser les souvenirs

2. (B2) Rêves récurrents et troublants dont le contenu et/ou l'affect est relié à l'événement traumatique.

Note : Chez les enfants, il peut y avoir des cauchemars sans contenu identifiable.

Au cours du mois dernier, avez-vous fait des rêves déplaisants liés à cet événement (nommez-le) ? Décrivez un rêve typique.

Si non clair ; **Est-ce que ces rêves vous réveillent ?**

Si oui ; **Comment vous sentez-vous quand vous vous éveillez ?** Si non-retour au sommeil ; **Combien d'heures de sommeil perdez-vous ?**

Jusqu'à quel point ces rêves vous dérangent ?

Encercler : Détresse = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Combien de fois avez-vous eu de tels rêves au cours du mois dernier ? Nombre de fois _____

Encercler : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité de la détresse

Modéré = au moins 2 fois par mois / détresse clairement présente, moins d'une heure de sommeil perdue

Sévère = au moins 2 fois par semaine / détresse prononcée, plus d'une heure de sommeil perdue

3. (B3) Réactions dissociatives (e.g. flash-back) lors desquels la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir selon un continuum, avec une forme extrême de perte complète de conscience de l'environnement.) Note : Chez les enfants, un agir reproduisant l'événement traumatique peut survenir.

Au cours du mois dernier, y a-t-il eu des moments lors desquels vous avez agi ou vous vous êtes senti soudainement comme si l'événement se reproduisait dans la réalité ? Si non clair ; **Cela diffère d'y penser ou d'y rêver ; là, je parle de flash-back, soit quand vous vous sentez comme si vous étiez au moment de cet événement, à le revivre.**

Jusqu'à quel point avez-vous l'impression que cet événement survient à nouveau? (Êtes-vous confus quant à où vous êtes réellement ?)

Que faites-vous quand cela survient? (Est-ce que d'autres remarquent votre comportement ? Que disent-ils ?)

Combien de temps cela dure-t-il ?

Encercler : Dissociation = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Combien de fois cela s'est-il produit au cours du mois dernier ? Nombre de fois _____

Encercler : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité de la dissociation

Modéré = au moins 2 fois par mois / qualité dissociative clairement présente, rétention possible d'une certaine conscience de l'environnement mais revécu de l'événement clairement distinct des pensées et des souvenirs

Sévère = au moins 2 fois semaine / qualité dissociative prononcée, avec un revécu vivide (e.g. images, sons, odeurs, etc.)

4. (B4) Détresse psychologique, intense ou prolongée, à l'exposition à des indices, internes ou externes, symbolisant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

Au cours du mois dernier, êtes-vous devenu troublé émotionnellement quand quelque chose vous a rappelé cet événement ?

Quelles choses provoquent ces rappels et vous troublent ?

Êtes-vous capable de vous calmer quand cela arrive ? (Combien de temps cela prend-t-il ?)

Encercler : Détresse = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Combien de fois cela s'est-il produit au cours du mois dernier ? Nombre de fois _____

Encercler : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité de la détresse

Modéré = au moins 2 fois par mois / détresse clairement présente, certaine difficulté à récupérer

Sévère = au moins 2 fois par semaine / détresse prononcée, difficulté considérable à récupérer

5. (B5) Réactions physiologiques marquées à l'exposition d'indices, internes ou externes, symbolisant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

Au cours du mois dernier, avez-vous eu des réactions physiques quand quelque chose vous a rappelé cet événement ? Pouvez-vous me donner des exemples ? (Est-ce que votre cœur se débat ou votre respiration change ? Qu'en est-il de la sudation ou de devenir vraiment tendu ou trembler ?)

Quelles choses vous rappelant l'événement ont provoqué ces réactions?

Combien de temps ça vous prend pour récupérer ?

Encercler : Réactivité physiologique = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Combien de fois cela s'est-il produit au cours du mois dernier ? Nombre de fois _____

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité de l'activation physiologique

Modéré = au moins 2 fois par mois / réactivité clairement présente, certaine difficulté à récupérer

Sévère = au moins 2 fois par semaine / réactivité prononcée, difficulté considérable à récupérer

Critère C : Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique, ayant débuté après la survenue de cet événement, tel que déterminé par 1 (ou plus) des symptômes suivants :

6. (C1) Évitement ou efforts d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments dysphoriques concernant ou associés à l'événement traumatique.

Au cours du mois dernier, avez-vous essayé d'éviter des pensées ou des sentiments à propos de cet événement ?

Quels genres de pensées ou de sentiments évitez-vous ?

Jusqu'à quel point avez-vous essayé d'éviter ces pensées ou sentiments ? (Que faites-vous alors ?)

Encerclez : Évitement = Minimal Clairement présent Prononcé Extrême

Combien de fois cela s'est-il produit au cours du mois dernier ? Nombre de fois _____

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité de l'évitement

Modéré = au moins 2 fois par mois / évitement clairement présent

Sévère = au moins 2 fois par semaine / évitement prononcé

7. (C2) Évitement ou efforts d'évitement des rappels extérieurs (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui activent des souvenirs, pensées ou sentiments troublants concernant ou associés à l'événement traumatique.

Au cours du mois dernier, avez-vous essayé d'éviter des choses qui vous rappellent cet événement, telles que des personnes, endroits ou situations ?

Quelles choses évitez-vous ?

Jusqu'à quel point avez-vous essayé d'éviter ces rappels ? (Avez-vous à planifier ou à changer vos activités pour les éviter ?)

Si non clair ; En général, jusqu'à quel point est-ce un problème pour vous ? Comment les choses seraient différentes si vous n'aviez pas à éviter ces rappels ?

Encerclez : Évitement = Minimal Clairement présent Prononcé Extrême

Combien de fois cela s'est-il produit au cours du mois dernier ? Nombre de fois _____

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité de l'évitement

Modéré = au moins 2 fois par mois / évitement clairement présent

Sévère = au moins 2 fois par semaine / évitement prononcé

Critère D : Altérations négatives de cognitions et de l'humeur, associées à l'événement traumatique et ayant débuté après la survenue de cet événement, tel que déterminé par 2 (ou plus) des symptômes suivants :

8. (D1) Inhabilité à se souvenir d'un aspect important de l'événement traumatique (typiquement due à une amnésie dissociative et non à des facteurs tels qu'un traumatisme crânien, l'alcool ou la drogue).

Au cours du mois dernier, avez-vous eu des difficultés à vous souvenir d'aspects de cet événement ? (Avez-vous l'impression qu'il vous manque des parties mémorielles de cet événement ?)

De quelles parties de l'événement avez-vous eu de la difficulté à vous rappeler ?

Avez-vous l'impression que vous devriez pouvoir vous souvenir de ces choses ?

Si non clair ; **Pourquoi pensez-vous que vous ne le pouvez ? Avez-vous eu un traumatisme crânien lors de l'événement ? Avez-vous perdu connaissance ? Étiez-vous intoxiqué par l'alcool ou la drogue ?** (Cotez 0=Absent si cela est dû à un traumatisme crânien ou à une intoxication lors de l'événement.)

Si cela est toujours non clair ; **Est-ce seulement un oubli normal ? Ou pensez-vous que vous auriez pu la bloquer de vos pensées parce qu'il serait trop douloureux de vous en souvenir ?** (Cotez 0=Absent si cela est dû seulement à un oubli normal.)

Encerclez : Difficulté à se souvenir = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Au cours du mois dernier, combien de parties importantes de l'événement avez-vous eu de la difficulté à vous souvenir ? (De quels aspects vous souvenez-vous toujours ?) Nombre de fois ____

Seriez-vous capable de vous rappeler de ces choses si vous essayiez ?

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = quantité de l'événement non rappelé / intensité de l'incapacité à se rappeler

Modéré = au moins 1 aspect important / difficulté à se souvenir clairement présente, certain rappel possible avec effort

Sévère = plusieurs aspects importants / difficulté prononcée à se souvenir, peu de rappel même avec effort

9. (D2) Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées, face à soi, autrui ou ce monde (e.g. "Je suis une mauvaise personne", "On ne peut faire confiance à personne", "Il y a du danger partout", "Mon système nerveux est endommagé à jamais").

Au cours du mois dernier, avez-vous eu de fortes croyances négatives face à vous-même, à autrui ou à ce monde ? Pouvez-vous me donner des exemples ? (Qu'en est-il de croire des choses telles que "Je suis une mauvaise personne", "Il y a quelque chose qui ne va pas du tout en moi", "On ne peut faire confiance à personne", "Il y a du danger partout" ?)

Jusqu'à quel point ces croyances sont-elles fortes ? (Jusqu'à quel point êtes-vous convaincu que ces croyances sont exactes ? Pouvez-vous concevoir d'autres façons d'envisager cela ?)

Encerclez : Conviction = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Au cours du mois dernier, quel pourcentage de temps vous êtes-vous senti ainsi ? % de temps _____

Est-ce que ces croyances ont débuté ou se sont aggravées suite à cet événement ? (Croyez-vous que ces croyances sont reliés à cet événement? En quoi ?)

Encerclez : Relation au traumatisme = Définitif Probable Improbable

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité des croyances

Modéré = parfois (20-30 % du temps) / attentes négatives exagérées et clairement présentes, certaines difficultés à considérer des croyances plus réalistes

Sévère = souvent (50-60 %) / attentes négatives exagérées et prononcées, difficultés considérables à considérer des croyances plus réalistes

10. (D3) Cognitions fausses et persistantes à propos de la cause et des conséquences de l'événement traumatique qui ont amené la personne à se blâmer ou à blâmer autrui.

Au cours du mois dernier, vous êtes-vous blâmé pour cet événement ou pour ses conséquences ?

Pouvez-vous m'en dire davantage ? (De quelle façon considérez-vous avoir causé cet événement ? Est-ce à cause de quelque chose que vous avez faite ? Ou à propos de quelque chose que vous pensez que vous auriez dû faire mais n'avez pas faite ? Est-ce à cause de quelque chose reliée à vous de manière usuelle ?)

Qu'en est-il de blâmer quelqu'un d'autre pour cet événement ou pour ses conséquences ? Pouvez-vous m'en dire davantage ? (De quelle manière voyez-vous quelqu'un d'autre comme ayant causé cet événement ? Est-ce à cause de quelque chose que cet autre a faite ? Ou à propos de quelque chose que cet autre aurait dû faire mais n'a pas faite ?)

Jusqu'à quel point blâmez-vous, vous-même ou autrui ?

Jusqu'à quel point êtes-vous convaincu que vous ou d'autres ont réellement la responsabilité de ce qui est arrivé ? (Est-ce que d'autres personnes sont d'accord avec vous à ce sujet ? Pouvez-vous concevoir d'autres façons d'envisager cela ? (Cotez 0=Absent si seul l'agresseur est blâmé ; c'est -à-dire quelqu'un qui a délibérément causé l'événement et/ou avait l'intention de causer du tort.)

Encerclez : Conviction = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Au cours du mois dernier, quel pourcentage de temps vous êtes-vous senti ainsi ? % de temps ____

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité du blâme

Modéré = parfois (20-30 % du temps) / blâme faussé et clairement présent, certaines difficultés à considérer des croyances plus réalistes

Sévère = souvent (50-60 %) / blâme faussé et prononcé, difficultés considérables à considérer des croyances plus réalistes

11. (D4) État émotionnel négatif et persistant (e.g. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte).

Au cours du mois dernier, avez-vous eu de fortes émotions négatives telles que la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte ?

Pouvez-vous me donner des exemples ? (Quelles émotions négatives vivez-vous ?)

Jusqu'à quel point ces émotions sont-elles fortes ? Jusqu'à quel point êtes-vous capable de les gérer ?

Encerclez : Émotions négatives = Minimales Clairement présentes Prononcées Extrêmes

Au cours du mois dernier, quel pourcentage de temps vous êtes-vous senti ainsi ? % de temps ____

Est-ce que ces émotions négatives ont commencé ou se sont aggravées après cet événement ? (Pensez-vous qu'elles sont reliées à cet événement ? En quoi ?)

Encerclez : Relation au traumatisme = Définitif Probable Improbable

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité des émotions négatives

Modéré = parfois (20-30 % du temps) / émotions négatives clairement présentes, certaines difficultés à les gérer

Sévère = souvent (50-60 %) / émotions négatives prononcées, difficultés considérables à les gérer

12. (D5) Diminution marquée d'intérêt ou de participation à des activités significatives.

Au cours du mois dernier, avez-vous été moins intéressé aux activités que vous aimiez auparavant ?

À quelles activités êtes-vous moins intéressé ou quelles activités ne faites-vous plus autant qu'auparavant ?
(Y en a-t-il d'autres aussi ?)

Pourquoi est-ce ainsi ? (Cotez 0=Absent si la diminution de participation est due à un manque d'opportunité, une incapacité physique ou un changement développemental approprié face aux activités appréciées.)

Quelle est l'ampleur de votre perte d'intérêt ? (Aimeriez-vous certaines de ces activités si vous les débutiez ?
Quelles activités aimez-vous toujours faire ?)

Encerclez : Perte d'intérêt = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Au cours du mois dernier, dans l'ensemble, quel est le pourcentage des activités usuelles auxquelles vous avez été moins intéressé ? % d'activités ____

Est-ce que votre perte d'intérêt a débuté ou s'est aggravée après cet événement ? (Pensez-vous que cela soit relié à cet événement ? En quoi ?)

Encerclez : Relation au traumatisme = Définitif Probable Improbable

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité de la perte d'intérêt

Modéré = parfois (20-30 % du temps) / perte d'intérêt clairement présente mais une certaine connexion interpersonnelle

Sévère = souvent (50-60 %) / perte d'intérêt prononcée, peu d'intérêt ou de participation à des activités

13. (D6) Impression de détachement ou d'aliénation face à autrui.

Au cours du mois dernier, vous êtes-vous senti distant ou séparé des autres ?

Pouvez-vous m'en dire plus ?

Quelle est l'intensité de votre impression d'être distant ou séparé des autres ? (De qui vous sentez-vous le plus près ? Avec combien de personnes vous sentez-vous confortable à parler de choses personnelles ?)

Encerclez : Détachement ou aliénation = Minimal Clairement présent Prononcé Extrême

Au cours du mois dernier, combien de temps que vous êtes senti ainsi ? % de temps ____

Ce sentiment d'être distant ou séparé des autres, a-t-il débuté ou s'est-il aggravée après cet événement ?
(Pensez-vous que cela soit relié à cet événement ? En quoi ?)

Encerclez : Relation au traumatisme = Définitif Probable Improbable

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité du détachement ou de l'aliénation

Modéré = parfois (20-30 % du temps) / détachement clairement présent mais présence d'une certaine connexion interpersonnelle

Sévère = souvent (50-60 %) / détachement ou aliénation prononcé face à plupart, possibilité de sentir près de seulement une ou deux personnes

14. (D7) Incapacité persistante de vivre des émotions positives (e.g. le bonheur, la satisfaction ou l'amour).

Au cours du mois dernier, y a-t-il eu des moments lors desquels vous avez eu de la difficulté à vivre des émotions positives telles que l'amour ou le bonheur ?

Pouvez-vous m'en dire plus ? (De quels sentiments il vous est difficile de faire l'expérience ?)

Jusqu'à quel point avez-vous de la difficulté à faire l'expérience de sentiments positifs ? (Êtes-vous encore capable de vivre certains sentiments positifs ?)

Encercler : Réduction d'émotions positives = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Au cours du mois dernier, combien de temps vous êtes-vous senti ainsi ? % de temps _____

Est-ce que cette difficulté à faire l'expérience de sentiments positifs a commencé ou s'est aggravée après cet événement? (Pensez-vous que cela soit relié à cet événement ? En quoi ?)

Encercler : Relation au traumatisme = Définitif Probable Improbable

Encercler : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité de la réduction de l'expérience de sentiments positifs

Modéré = parfois (20-30 % du temps) / réduction clairement présente de l'expérience de sentiments positifs, mais capacité d'en vivre encore certains

Sévère = souvent (50-60 %) / réduction prononcée de l'expérience de nombreux sentiments positifs

Critère E : Altérations marquées de l'activation et de la réactivité, associées à l'événement traumatique et ayant débuté après la survenue de cet événement, tel que déterminé par 2 (ou plus) des symptômes suivants :

15. (E1) Comportement irritable et crises de colère (suite à peu ou aucune provocation) exprimés typiquement sous la forme d'agression verbale ou physique envers des objets ou des gens.

Au cours du mois dernier, y a-t-il eu des moments lors desquels vous vous êtes senti particulièrement irritable ou en colère et l'avez démontré dans votre comportement ?

Pouvez-vous me donner des exemples ? (Comment l'avez-vous démontré ? Avez-vous monté le ton ou crié ?

Avez-vous lancé ou frappé des objets ? Avez-vous poussé ou frappé des gens ?)

Encercler : Agression = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Combien de fois avez-vous agi ainsi au cours du mois dernier ? Nombre de fois _____

Est-ce que ce comportement a débuté ou s'est aggravé après cet événement? (Pensez-vous que cela soit relié à cet événement ? En quoi ?)

Encercler : Relation au traumatisme = Définitif Probable Improbable

Encercler : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité du comportement agressif

Modéré = au moins 2 fois par mois / agression clairement présente, surtout verbale

Sévère = au moins 2 fois par semaine / agression prononcée, au moins une agression physique

16. (E2) Comportement dangereux ou auto-destructeur.

Au cours du mois dernier, y a-t-il eu des moments lors desquels vous avez pris plus des risques ou vous avez fait quelque chose qui aurait pu vous causer du tort ?

Pouvez-vous me donner des exemples ? (En quoi était-ce dangereux ? Vous êtes-vous blessé ou fait mal ?)

Encercler : Risque = Minimal Clairement présent Prononcé Extrême

Combien de fois au cours du mois dernier ? Nombre de fois _____

Est-ce que ce comportement a débuté ou s'est aggravé après cet événement ? (Pensez-vous que cela soit relié à cet événement ? En quoi ?)

Encerclez : Relation au traumatisme = Définitif Probable Improbable

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et degré du degré de risque

Modéré = au moins 2 fois par mois / risque clairement présent, ayant pu causer du tort

Sévère = au moins 2 fois par semaine / risque prononcé, ayant causé du tort ou ayant eu une forte probabilité à cela

17. (E3) Hypervigilance.

Au cours du mois dernier, avez-vous été en alerte ou sur vos gardes, même quand il n'y avait pas de danger ou de menace spécifique ? (Vous êtes-vous senti comme si vous deviez être sur vos gardes ?)

Pouvez-vous me donner des exemples ? (Que faites-vous quand vous êtes en alerte ou sur vos gardes ?)

Si non clair ; **Qu'est-ce qui fait que vous réagissez ainsi ? Avez-vous l'impression d'être en danger ou menacé de quelconque façon ? Vous sentez-vous ainsi plus que la plupart le serait dans une telle situation ?**

Encerclez : Hypervigilance = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Combien de temps au cours du mois dernier ? % de temps ____

Est-ce qu'être en alerte ou sur vos gardes a débuté ou s'est aggravé après cet événement ? (Pensez-vous que cela soit relié à cet événement ? En quoi ?)

Encerclez : Relation au traumatisme = Définitif Probable Improbable

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité de l'hypervigilance

Modéré = parfois (20-30 % du temps) / hypervigilance clairement présente (e.g. en alerte, conscience aigüe d'un danger)

Sévère = souvent (50-60 %) / hypervigilance prononcée (e.g. scruter l'environnement, déployer des rituels de sécurité, considération exagérée pour la sécurité de soi/famille/foyer)

18. (E4) Réactions de sursaut exagérées.

Au cours du mois dernier, avez-vous eu de fortes réactions de sursaut ? Qu'est-ce qui vous a fait sursauter ?

Qu'elle est l'intensité de ces réactions de sursaut ? (En quoi sont-elles comparables à ce que la plupart des gens feraient ? Faites-vous des choses que les gens peuvent remarquer ?)

Combien de temps prenez-vous à récupérer ?

Encerclez : Réactions de sursaut = Minimales Clairement présentes Prononcées Extrêmes

Combien de fois au cours du mois dernier ? Nombre de fois ____

Est-ce que ces réactions de sursaut ont débuté ou se sont aggravées après cet événement ? (Pensez-vous que cela soit relié à cet événement ? En quoi ?)

Encerclez : Relation au traumatisme = Définitif Probable Improbable

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité du sursaut

Modéré = au moins 2 fois par mois / sursaut clairement présent, avec certaines difficultés à récupérer

Sévère = au moins 2 fois par semaine / sursaut prononcé, avec activation soutenue et difficultés considérables à récupérer

19. (E5) Difficultés de concentration.

Au cours du mois dernier, avez-vous eu des difficultés de concentration ?

Pouvez-vous me donner des exemples ?

Êtes-vous capable de vous concentrer si vous essayez réellement ?

Encerclez : Difficultés de concentration = Minimales Clairement présentes Prononcées Extrêmes

Combien de temps au cours du mois dernier ? % de temps ____

Est-ce que ces difficultés de concentration ont débuté ou s'est aggravé après cet événement? (Pensez-vous que cela soit relié à cet événement ? En quoi ?)

Encerclez : Relation au traumatisme = Définitif Probable Improbable

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité des difficultés de concentration

Modéré = parfois (20-30 % du temps) / difficultés clairement présentes, mais possibilité de se concentrer avec effort

Sévère = souvent (50-60 %) / difficultés de concentration prononcées, même avec effort

20. (E6) Difficultés de sommeil (e.g. difficulté à s'endormir ou à demeurer endormi, ou sommeil agité).

Au cours du mois dernier, avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à demeurer endormi ?

Quelles sont ces difficultés ? (Combien de temps prenez-vous à vous endormir ? Combien de fois vous réveillez-vous au cours de la nuit ? Vous réveillez-vous plus tôt que vous ne le souhaiteriez ?)

Au total, combien d'heures dormez-vous par nuit ? Nombre d'heures ____

Combien d'heures devriez-vous dormir ? Nombre d'heures ____

Encerclez : Difficultés de sommeil = Minimales Clairement présentes Prononcées Extrêmes

Combien de fois au cours du mois dernier ? Nombre de fois ____

Est-ce que ces difficultés de sommeil ont débuté ou se sont aggravées après cet événement ? (Pensez-vous que cela soit relié à cet événement ? En quoi ?)

Encerclez : Relation au traumatisme = Définitif Probable Improbable

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité des difficultés de sommeil

Modéré = au moins 2 fois par mois / difficultés de sommeil clairement présentes, avec des difficultés évidentes à s'endormir ou à demeurer endormi (de 30 à 90 minutes de perte de sommeil)

Sévère = au moins 2 fois par semaine / difficultés de sommeil prononcées, avec difficultés considérables à s'endormir ou à demeurer endormi (de 1.5 à 3 heures de perte de sommeil)

Critère F : Durée de la perturbation (Critères B, C, D, E) est plus de 1 mois.

21. Début des symptômes

Si non clair ; **Quand avez-vous commencé à avoir ces symptômes (de TSPT) dont vous m'avez parlé ? (Combien de temps après l'événement traumatique ont-ils débuté ? Plus de 6 mois ?)**

Si non clair ; **Après l'événement, combien de mois se sont écoulés avant l'apparition des symptômes? ____**

Différée (si ≥ 6 mois) ? NON OUI

22. Durée des symptômes

Si non clair ; **Depuis quand ces symptômes (de TSPT) durent-ils ?** Nombre de mois : ____

Durée ≥ 1 mois ? NON OUI

Critère G : La perturbation cause une détresse cliniquement significative ou une déficience du fonctionnement social ou occupationnel ou d'une autre zone importante.

23. Détresse subjective

En général, au cours du mois dernier, jusqu'à quel point avez-vous été dérangé par ces symptômes (de TSPT) dont vous m'avez parlé ? (Considérez la détresse rapportée à d'autres items.)

- 0 Aucune
- 1 Légère, détresse minime
- 2 Modérée, détresse évidente mais encore gérable
- 3 Sévère, détresse considérable
- 4 Extrême, détresse incapacitante

24. Dysfonctionnement social

Au cours du mois dernier, est-ce que ces symptômes (de TSPT) ont affecté vos relations aux autres ? En quoi ? (Considérez la déficience du fonctionnement social rapportée à d'autres items.)

- 0 Aucun effet négatif
- 1 Légèrement, dysfonctionnement social minime
- 2 Modérément, dysfonctionnement social évident, avec plusieurs aspects intacts
- 3 Sévèrement, dysfonctionnement social marqué, avec peu d'aspects intacts
- 4 Extrêmement, peu ou aucun fonctionnement social

25. Dysfonctionnement occupationnel ou autre

Travaillez-vous actuellement ? Si oui ; **Au cours du mois dernier, est-ce que ces symptômes (de TSPT) ont affecté votre travail ou votre capacité à travailler ? En quoi ?** (Considérez l'histoire occupationnelle rapportée, incluant le nombre et la durée des emplois, ainsi que la qualité des relations au travail. Si le fonctionnement pré-morbide est non clair, questionnez sur l'expérience de travail pré-traumatique. Pour les enfants et les adolescents, évaluez la performance scolaire et la possibilité d'un trouble de comportement pré-traumatique.) **Si non ; Ces symptômes (de TSPT), ont-ils affecté une autre partie importante de votre vie ? En quoi ?** (Suggérez, si approprié, exemples tels que le parentage, le travail de maison, les études, le bénévolat, etc.)

- 0 Aucun effet négatif
- 1 Légèrement, dysfonctionnement occupationnel/autre minime
- 2 Modérément, dysfonctionnement occupationnel/autre évident, avec plusieurs aspects intacts
- 3 Sévèrement, dysfonctionnement occupationnel/autre marqué, avec peu d'aspects intacts
- 4 Extrêmement, peu ou aucun fonctionnement occupationnel/autre

Cotes globales

26. Validité globale

Estimez la validité globale des réponses. Considérez la présence de facteurs tels que le désir de conformité à l'évaluateur, l'état mental, (e.g. des difficultés de concentration, la compréhension des items, une certaine dissociation) et la présence évidente d'une exagération ou d'une minimisation des symptômes.

- 0 Excellent, aucune raison de soupçonner des réponses invalides
- 1 Bonne, présence de facteurs pouvant affecter la validité
- 2 Modérée, présence de facteurs pouvant définitivement réduire la validité
- 3 Pauvre, validité substantiellement réduite
- 4 Invalidité des réponses, état mental sévèrement altéré ou possibilité d'une intention de fausser positivement ou négativement les réponses

27. Sévérité globale

Estimez la sévérité générale des symptômes de TSPT. Considérez le niveau de détresse subjective et de dysfonctionnement, les observations comportementales en entrevue et le style de réponses.

- 0 Aucun effet négatif
- 1 Légèrement, dysfonctionnement occupationnel/autre minime
- 2 Modérément, dysfonctionnement occupationnel/autre évident, avec plusieurs aspects intacts
- 3 Sévèrement, dysfonctionnement occupationnel/autre marqué, avec peu d'aspects intacts
- 4 Extrêmement, peu ou aucun fonctionnement occupationnel/autre

28. Amélioration globale

Cotez l'amélioration générale depuis la dernière cotation. Cotez le degré de changement et si, selon votre jugement, cela est dû au traitement.

- 0 Asymptomatique
- 1 Amélioration considérable
- 2 Amélioration modérée
- 3 Amélioration légère
- 4 Aucune amélioration
- 5 Information insuffisante

Dissociation. Spécifiez s'il y a des symptômes dissociatifs : les symptômes de l'individu rencontrent les critères d'un état de stress post-traumatique et, de plus, en réponse à l'événement traumatique, l'individu fait l'expérience, de manière persistante ou récurrente, d'au moins 1 des symptômes dissociatifs suivants :

29. (1) Dépersonnalisation : avoir l'impression, de manière persistante ou récurrente, d'être détaché de ses propres pensées ou de son propre corps, comme si l'on observait de l'extérieur (e.g. l'impression d'être dans un rêve, de non-réalité de soi ou de son corps ou que le temps se déroule lentement).

Au cours du mois dernier, y a-t-il eu des moments lors desquels vous avez eu l'impression d'être séparé de vous-même, comme si vous vous observiez de l'extérieur ou vous observiez vos pensées ou sentiments comme s'ils appartenaient à un autre ?

Si non ; Qu'en est-il d'avoir eu l'impression d'être dans un rêve, même si vous étiez éveillé ? L'impression que quelque chose en vous n'était pas réel ? L'impression que le temps se déroulait lentement ? Pouvez-vous m'en dire plus ? Quelle est l'intensité de cette impression ? (Perdez-vous le fil d'où vous êtes réellement ou de ce qui se déroule en fait ?) Que faites-vous quand ça arrive ? (Les autres, remarquent-ils votre comportement ? Que disent-ils ?) Combien de temps cela dure-t-il ?

Encerclez : Dissociation = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Si non clair ; Est-ce que cela était dû à l'alcool ou aux drogues ? Qu'en est-il d'une condition médicale telle que l'épilepsie ? (Cotez 0=Absent si cela est dû aux effets d'une substance ou d'une condition médicale.)

Combien de fois cela est-il arrivé au cours du mois dernier ? Nombre de fois ____

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité de la dissociation

Modéré = au moins 2 fois par mois / qualité dissociative clairement présente mais temporaire, conservant certains aspects du sens de soi et de la conscience de l'environnement

Sévère = au moins 2 fois par semaine / qualité dissociative prononcée, avec un sens marqué de détachement et d'irréalité

30. (2) Déréalisation : Avoir l'impression, persistante ou récurrente, de l'irréalité de l'environnement (e.g. la réalité autour de l'individu est vécue comme irréelle, onirique, distante ou déformée).

Au cours du mois dernier, y a-t-il eu des moments lors desquels vous avez eu l'impression que les choses autour de vous étaient irréelles ou vraiment étranges ou inusuelles ?

Si non ; Est-ce que les choses autour de vous vous semblaient être comme dans un rêve ou une scène de film ?

Vous semblaient-elles distantes ou inusuelles ? Pouvez-vous m'en dire plus ? Quelle est la force de cette

impression ? (Perdez-vous le fil d'où vous êtes réellement ou de ce qui se déroule ?) Que faites-vous quand ça

arrive ? (Les autres, remarquent-ils votre comportement ? Que disent-ils ? Combien de temps cela dure-t-il ?

Encerclez : Dissociation = Minimale Clairement présente Prononcée Extrême

Si non clair ; Est-ce que cela était dû à l'alcool ou aux drogues ? Qu'en est-il d'une condition médicale telle que l'épilepsie ? (Cotez 0=Absent si cela est dû aux effets d'une substance ou d'une condition médicale.)

Combien de fois cela est-il arrivé au cours du mois dernier ? Nombre de fois ____

Encerclez : 0=Absent 1=Léger/sous le seuil 2=Modéré/au seuil 3=Sévère/élevé 4=Extrême/incapacitant

Points-clés de cotation = fréquence et intensité de la dissociation

Modéré = au moins 2 fois par mois / qualité dissociative clairement présente mais temporaire, conservant la conscience de certains aspects de l'environnement

Sévère = au moins 2 fois par semaine / qualité dissociative prononcée, avec un sens marqué d'irréalité

CAPS-5 / FEUILLE DE COTATION

Nom: _____ Dossier : no. _____ Évaluateur: _____ Date: _____

Critère A. Exposition à la mort, actuelle ou menaces, blessures sérieuses, ou violence sexuelle, etc.

Le critère A, est-il rencontré ? 0 = Non 1 = Oui

Critère B. Symptômes intrusifs (au moins 1)		Mois dernier
	Sévérité	Sx (sév. ≥ 2) ?
1. B1 – Souvenirs intrusifs	_____	0 = Non 1 = Oui
2. B2 – Rêves troublants	_____	0 = Non 1 = Oui
3. B3 – Réactions dissociatives	_____	0 = Non 1 = Oui
4. B4 – Détresse psychologique / stimuli post-traumatiques	_____	0 = Non 1 = Oui
5. B5 – Réactions physiologiques / stimuli post-traumatiques	_____	0 = Non 1 = Oui
Sous-totaux : Sévérité B = _____		# Sx B = _____

Critère C. Symptômes d'évitement (au moins 1)		Mois dernier
	Sévérité	Sx (sév. ≥ 2) ?
6. C1 – Évitement de souvenirs, pensées et émotions	_____	0 = Non 1 = Oui
7. C2 – Évitement de rappels extérieurs	_____	0 = Non 1 = Oui
Sous-totaux : Sévérité C = _____		# Sx C = _____

Critère D. Symptômes cognitifs et de l'humeur (au moins 2)		Mois dernier
	Sévérité	Sx (sév. ≥ 2) ?
8. D1 – Incapacité de rappel d'un aspect de l'événement	_____	0 = Non 1 = Oui
9. D2 – Croyances ou attentes négatives exagérées	_____	0 = Non 1 = Oui
10. D3 – Cognitions faussées menant au blâme	_____	0 = Non 1 = Oui
11. D4 – État émotionnel négatif persistant	_____	0 = Non 1 = Oui
12. D5 – Intérêt ou participation diminué à des activités	_____	0 = Non 1 = Oui
13. D6 – Détachement ou aliénation	_____	0 = Non 1 = Oui
14. D7 – Incapacité persistante de vivre des émotions positives	_____	0 = Non 1 = Oui
Sous-totaux : Sévérité D = _____		D Sx D = _____

Critère E. Symptômes d'activation et de réactivité (au moins 2)		Mois dernier
	Sévérité	Sx (sév. ≥ 2) ?
15. E1 – Comportement irritable et crises de colère	_____	0 = Non 1 = Oui
16. E2 – Comportement dangereux ou auto-destructeur	_____	0 = Non 1 = Oui
17. E3 – Hypervigilance	_____	0 = Non 1 = Oui
18. E4 – Réactions de sursaut exagérées	_____	0 = Non 1 = Oui
19. E5 – Difficultés de concentration	_____	0 = Non 1 = Oui
20. E6 – Problèmes de sommeil	_____	0 = Non 1 = Oui
Sous-totaux : Sévérité E = _____		# Sx E = _____

TSPT –Totaux		Mois dernier
Somme totale (B+C+D+E) : _____		Nombre de Sx _____

Nom: _____ Dossier : no. _____ Évaluateur: _____ Date: _____

Critère F. Durée de la perturbation	Actuelle
22. Durée de la perturbation \geq 1 mois ?	0 = Non 1 = Oui

Critère G. Détresse ou dysfonctionnement (au moins 1)	Sévérité	Mois dernier
		Cx (sévé. \geq 2) ?
23 – Détresse subjective	_____	0 = Non 1 = Oui
24 – Dysfonctionnement social	_____	0 = Non 1 = Oui
25 – Dysfonctionnement occupationnel ou autre	_____	0 = Non 1 = Oui
Sous-totaux : Sévérité G = _____		# Cx G = _____

Cotes globales	Mois dernier
26 – Validité globale	_____
27 – Sévérité globale	_____
28 – Amélioration globale	_____

Symptômes dissociatifs	Sévérité	Mois dernier
		Sx (sévé. \geq 2) ?
29 – Dépersonnalisation	_____	0 = Non 1 = Oui
30 – Déréalisation	_____	0 = Non 1 = Oui
Sous-totaux : Sév.dissoc. = _____		# Sx dissoc. = _____

Diagnostic de TSPT	Mois dernier
TSPT présent (tous les critères de A à G sont rencontrés)	0 = Non 1 = Oui
Avec symptômes dissociatifs	0 = Non 1 = Oui
21 – Différé (\geq 6 mois)	0 = Non 1 = Oui

Pour s'aider à coter la sévérité du TSPT, on peut totaliser les cotes des 20 symptômes post-traumatiques (pas ceux de dissociation) et diviser le total par 20.

Dans le cas-ci où le total serait de 33, par exemple, ça revient à 1.7, indiquant un TSPT modéré :

- 0 à 1 = léger (pas de TSPT ; sous le seuil)
- 1 à 2 = modéré
- 2 à 3 = sévère
- 3 à 4 = extrême

ANNEXE XI : ECHELLE DE ROSENBERG

ECHELLE D'ESTIME DE SOI									
(ROSENBERG, 1969: traduction: O.CHAMBON. 1992)									
Date :									
Nom :									
Prénom :									
Indiquez la réponse qui vous semble correcte pour chacune des dix affirmations suivantes, selon votre accord avec l'énoncé : fortement en accord, en accord, en désaccord, ou fortement en désaccord.									
					<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> fortement en accord en accord en désaccord fortement en désaccord </div>				
1. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.									
2. Parfois je pense que je ne vauds rien.									
3. Je pense que j'ai un certain nombre de bonnes qualités.									
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la plupart des gens.									
5. Je sens qu'il n'y a pas grand chose en moi dont je puisse être fier.									
6. Parfois, je me sens réellement inutile.									
7. Je pense que je suis quelqu'un de valable, au moins autant que les autres gens.									
8. J'aimerais pouvoir avoir plus de respect pour moi-même.									
9. Tout bien considéré, j'ai tendance à penser que je suis un(e) raté(e).									
10. J'ai une opinion positive de moi-même.									

Source : Issu de cours à l'IFE La Musse

ANNEXE XII : INDEX DEPRESSION DE BECK

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK			
Traduction française : P. PICHOT			
Outil d'évaluation			
NOM :			
PRENOM :			
SEXE :		AGE :	DATE :
Instructions			
Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel .			
Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.			
A	Je ne me sens pas triste.		0
	Je me sens cafardeux ou triste		1
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir,		2
	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.		3
B	Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.		0
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.		1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.		2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.		3
C	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.		0
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.		1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.		2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).		3
D	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.		0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.		1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.		2
	Je suis mécontent de tout.		3

E	E. Je ne me sens pas coupable.				0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.				1
	Je me sens coupable.				2
	Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien.				3
F	F. Je ne suis pas déçu par moi-même.				0
	Je suis déçu par moi-même.				1
	Je me dégoûte moi-même.				2
	Je me hais.				3
G	G. Je ne pense pas à me faire du mal.				0
	Je pense que la mort me libérerait.				1
	J'ai des plans précis pour me suicider.				2
	Si je le pouvais, je me tuerais.				3
H	H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.				0
	Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.				1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.				2
	J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.				3
I	I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.				0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.				1
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.				2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.				3
J	J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.				0
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.				1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.				2
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.				3
K	K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant.				0
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.				1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.				2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.				3

L	L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.				0
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.				1
	Faire quoi que ce soit me fatigue.				2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.				3
M	M. Mon appétit est toujours aussi bon.				0
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.				1
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.				2
	Je n'ai plus du tout d'appétit.				3

Source : Issu de cours à l'IFE La Musse

(UCLA Loneliness (Version 3))

This survey accompanies a measure in the SPARQTools.org [Measuring Mobility toolkit](#), which provides practitioners curated instruments for assessing mobility from poverty and tools for selecting the most appropriate measures for their programs. To get a copy of this document in your preferred format, go to "File" and then "Download as" in the toolbar menu.

Age: Teen, Adult

Duration: 3-5 minutes

Reading Level: 6th to 8th grade

Number of items: 20

Answer Format: 1 = never; 2 = rarely; 3 = sometimes; 4 = always.

Scoring:

Q1, Q5, Q6, Q9, Q10, Q15, Q16, Q19, and Q20 should be reverse-scored.

Reverse-scored items are worded in the opposite direction of what the scale is measuring. The formula for reverse-scoring an item is:

$$((\text{Number of scale points}) + 1) - (\text{Respondent's answer})$$

For example, Q10 is a 4-item scale. If a respondent answered 3 on Q10, you would re-code their answer as: $(4 + 1) - 3 = 2$.

In other words, you would enter a 2 for this respondents' answer to Q10.

To calculate the total score for each participant, sum all responses for a score ranging from 20 to 80.

Sources:

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.

Instructions: The following statements describe how people sometimes feel. For each statement, please indicate how often you feel the way described by circling one of the responses below. Here is an example:

How often do you feel happy?

If you never felt happy, you would respond "never"; if you always feel happy, you would respond "always."

1. How often do you feel that you are "in tune" with the people around you?

Never Rarely Sometimes Always

2. How often do you feel that you lack companionship?

Never Rarely Sometimes Always

3. How often do you feel that there is no one you can turn to?

Never Rarely Sometimes Always

4. How often do you feel alone?

Never Rarely Sometimes Always

5. How often do you feel part of a group of friends?

Never Rarely Sometimes Always

6. How often do you feel that you have a lot in common with the people around you?

Never Rarely Sometimes Always

7. How often do you feel that you are no longer close to anyone?

Never Rarely Sometimes Always

8. How often do you feel that your interests and ideas are not shared by those around you?

Never Rarely Sometimes Always

9. How often do you feel outgoing and friendly?

Never Rarely Sometimes Always

10. How often do you feel close to people?

Never Rarely Sometimes Always

11. How often do you feel left out?

Never Rarely Sometimes Always

12. How often do you feel that your relationships with others are not meaningful?

Never Rarely Sometimes Always

13. How often do you feel that no one really knows you well?

Never Rarely Sometimes Always

14. How often do you feel isolated from others?

Never Rarely Sometimes Always

ANNEXE XIV : UCLA LONELINESS VERSION 3- TRADUCTION NON STANDARDISÉE

Cette enquête accompagne une mesure de la boîte à outils « SPARQTools.org Measuring Mobility », qui fournit aux praticiens des instruments adaptés pour évaluer la mobilité à partir de la pauvreté et des outils pour sélectionner les mesures les plus appropriées pour leurs programmes. Pour obtenir une copie de ce document dans le format de votre choix, cliquez sur "Fichier", puis sur "Télécharger sous" dans le menu de la barre d'outils.

Âge : Adolescent, adulte

Durée : 3-5 minutes

Niveau de lecture : 6e à 8e année

Nombre d'items : 20

Format des réponses : 1 = jamais ; 2 = rarement ; 3 = parfois ; 4 = toujours.

Notation :

Les questions Q1, Q5, Q6, Q9, Q10, Q15, Q16, Q19 et Q20 doivent être notées de manière inversée. Les questions à notation inversée sont formulées dans le sens inverse de ce que l'échelle mesure. La formule pour inverser la notation d'une question est la suivante : $((\text{Nombre de points de l'échelle}) + 1) - (\text{Réponse du répondant})$

Par exemple, Q10 est une échelle à 4 items. Si une personne interrogée répondait 3 à la Q10, vous pourriez recoder sa réponse comme suit $(4 + 1) - 3 = 2$.

En d'autres termes, vous inscrivez un 2 pour la réponse de cette personne à la Q10.

Pour calculer le score total de chaque participant, additionnez toutes les réponses pour obtenir un score allant de 20 à 80.

Instructions : Les affirmations suivantes décrivent ce que les gens ressentent parfois.

Pour chaque affirmation, veuillez indiquer à quelle fréquence vous vous sentez de la manière décrite en encerclant l'une des réponses ci-dessous. Voici un exemple :

À quelle fréquence vous sentez-vous heureux ?

Si vous ne vous sentez jamais heureux, vous répondrez "jamais" ; si vous vous sentez toujours heureux, vous répondrez "toujours".

1. À quelle fréquence avez-vous l'impression d'être "en phase" avec les gens qui vous entourent ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

2. À quelle fréquence avez-vous l'impression de manquer de compagnie ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

3. Combien de fois avez-vous l'impression que vous ne pouvez-vous adresser à personne ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

4. Combien de fois vous sentez-vous seul ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

5. A quelle fréquence avez-vous le sentiment de faire partie d'un groupe d'amis ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

6. A quelle fréquence avez-vous l'impression d'avoir beaucoup de choses en commun avec les gens qui vous entourent ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

7. A quelle fréquence avez-vous l'impression de ne plus être proche de quelqu'un ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

8. Combien de fois avez-vous l'impression que vos intérêts et vos idées ne sont pas partagés par ceux qui vous entourent ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

9. À quelle fréquence vous sentez-vous extraverti et amical ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

10. À quelle fréquence vous sentez-vous proche des gens ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

11. Vous sentez-vous souvent exclu ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

12. A quelle fréquence avez-vous l'impression que vos relations avec les autres n'ont pas de sens ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

13. Combien de fois avez-vous l'impression que personne ne vous connaît vraiment bien ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

14. À quelle fréquence vous sentez-vous isolé(e) des autres ?

Jamais Rarement Parfois Toujours

ANNEXE XV: PSS-10

Échelle de mesure du stress perçu, Perceived stress scale : un questionnaire de 10 items.

Il faut répondre le plus spontanément possible, cocher une seule réponse par question en indiquant la réponse qui paraît la plus proche de la réalité dans le choix proposé. Certaines questions sont proches mais il existe des différences entre elles.

Question 1- Au cours du dernier mois combien de fois, avez-vous été dérangé (e) par un évènement inattendu

Jamais : compter 1 pour calculer le score

Presque jamais : compter 2 pour calculer le score

Parfois : compter 3 pour calculer le score

Assez souvent : compter 4 pour calculer le score

Souvent : compter 5 pour calculer le score

Question 2 – Au cours du dernier mois combien de fois vous a t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?

Jamais : compter 1 pour calculer le score

Presque jamais : compter 2 pour calculer le score

Parfois : compter 3 pour calculer le score

Assez souvent : compter 4 pour calculer le score

Souvent : compter 5 pour calculer le score

Question 3 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?

Jamais : compter 1 pour calculer le score

Presque jamais : compter 2 pour calculer le score

Parfois : compter 3 pour calculer le score

Assez souvent : compter 4 pour calculer le score

Souvent : compter 5 pour calculer le score

Question 4 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?

Jamais : compter 5 pour calculer le score

Presque jamais : compter 4 pour calculer le score

Parfois : compter 3 pour calculer le score

Assez souvent : compter 2 pour calculer le score

Souvent : compter 1 pour calculer le score

Question 5 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?

Jamais : compter 5 pour calculer le score

Presque jamais : compter 4 pour calculer le score

Parfois : compter 3 pour calculer le score

Assez souvent : compter 2 pour calculer le score

Souvent : compter 1 pour calculer le score

Question 6 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?

Jamais : compter 1 pour calculer le score

Presque jamais : compter 2 pour calculer le score

Parfois : compter 3 pour calculer le score

Assez souvent : compter 4 pour calculer le score

Souvent : compter 5 pour calculer le score

Question 7 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?

Jamais : compter 5 pour calculer le score

Presque jamais : compter 4 pour calculer le score

Parfois : compter 3 pour calculer le score

Assez souvent : compter 2 pour calculer le score

Souvent : compter 1 pour calculer le score

Question 8 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?

Jamais : compter 5 pour calculer le score

Presque jamais : compter 4 pour calculer le score

Parfois : compter 3 pour calculer le score

Assez souvent : compter 2 pour calculer le score

Souvent : compter 1 pour calculer le score

Question 9 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que des évènements échappaient à votre contrôle ?

Jamais : compter 1 pour calculer le score

Presque jamais : compter 2 pour calculer le score

Parfois : compter 3 pour calculer le score

Assez souvent : compter 4 pour calculer le score

Souvent : compter 5 pour calculer le score

Question 10 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?

Jamais : compter 1 pour calculer le score

Presque jamais : compter 2 pour calculer le score

Parfois : compter 3 pour calculer le score

Assez souvent : compter 4 pour calculer le score

Souvent : compter 5 pour calculer le score

Calcul et interprétation du score pour le stress perçu

Pour calculer le score, il suffit d'ajouter les chiffres qui figurent au niveau de chaque réponse.

- Score inférieur à 21 : C'est une personne qui sait gérer son stress, qui sait s'adapter et pour laquelle il existe toujours des solutions.

- Score compris entre 21 et 26 : C'est une personne qui sait en général faire face au stress, mais il existe un certain nombre de situations qu'elle ne sait pas gérer. Elle est parfois animée d'un sentiment d'impuissance qui entraîne des perturbations émotionnelles. Elle peut sortir de ce sentiment d'impuissance en apprenant des méthodes de stratégies de changement.

- Score supérieur à 27 : La vie est une menace perpétuelle pour cette personne : elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autre que de les subir. Ce fort sentiment d'impuissance lié à sa représentation de la vie peut la faire basculer dans la maladie. Un travail sur son schéma de pensée est souhaitable ainsi qu'un changement dans sa manière de réagir.

Source : Mme Giorgio, <https://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/sante-mentale-echelles-mesure-outils-evaluation/echelle-mesure-stress-percu-perceived/>

Ergothérapie et résilience : Accompagnement du soldat souffrant de stress post-traumatique

TRUCHET Lisa

Résumé : Le stress post-traumatique (SPT) touche 25% des soldats ayant participé à une guerre. Il est caractérisé par la reviviscence du traumatisme, l'isolement social, l'évitement, des troubles de la cognition et de l'humeur, du stress ou de l'anxiété et peut être associé à d'autres troubles tel que la dépression. C'est pourquoi, les soldats atteints de SPT peuvent présenter une diminution du rendement occupationnel. L'ergothérapeute de par ces compétences peut accompagner cette population par le biais d'activités. L'objectif de cette étude est de mesurer l'impact d'une intervention en ergothérapie basée sur le développement de la résilience sur le rendement occupationnel chez le soldat souffrant de SPT. Ainsi, un protocole de recherche a été réalisé à partir de notions et concepts existants. Les résultats attendus sont une évolution favorable du tableau clinique du soldat atteint de SPT et l'amélioration de l'offre de soin pour cette population. Son expérimentation permettra d'enrichir la pratique en ergothérapie dans le domaine du SPT et du développement de la résilience.

Mots clés : Stress post traumatique- Soldats- Résilience- Ergothérapie

Occupational therapy and resilience: Supporting the soldier suffering from post-traumatic stress disorder

Abstract: Post-traumatic stress disorder (PTSD) affects 25% of soldiers who have been involved in war. It is characterized by reliving the trauma, social isolation, avoidance, cognitive and mood disturbances, stress or anxiety and may be associated with other disorders such as depression. As a result, soldiers with PTSD may experience a decrease in occupational performance. Occupational therapists (OT) have the skills to support this population with activities. The objective of this study is to measure the impact of an OT intervention based on the development of resilience on the occupational performance of soldiers suffering from PTSD. Thus, a research protocol was developed based on existing notions and concepts. The expected results are a positive evolution of the clinical picture of the soldier suffering from PTSD and the improvement of the care offered to this population. This experimentation will enrich OT practice in the field of PTSD and the development of resilience.

Keywords: Post traumatic stress disorder, soldiers, resilience, occupational therapy