



VIVRE APRÈS UN TRAUMATISME :

L'activité créative, des bénéfices au quotidien pour les
personnes souffrant d'un Etat de Stress Post-Traumatique ?



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 »ⁱ.

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'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, 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 .. Boudin Normandie

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 St. Sever *Le* 23/02/2017 *signature*

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ 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 ».

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

Remerciements

A ma Maitre de Mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils précieux et sa gentillesse tout au long de cette aventure.

Aux responsables pédagogiques de l'école et particulièrement à Mme BOISHUS Delphine pour sa bienveillance et son soutien sans faille au cours de cette dernière année.

Aux différent(e)s ergothérapeutes qui se sont rendu(e)s disponibles pour m'apporter leur aide dans cette enquête, et aux patients qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

A mes parents, pour leurs encouragements et leur confiance inébranlable en moi. Parce qu'ils me donnent envie de faire toujours mieux.

A mes ami(e)s, d'ici et d'ailleurs pour leur soutien et les innombrables moments de détente passés avec eux.

A Maelle, pour les heures consacrées à me relire et pour sa présence malgré la distance.

INVICTUS

*« Dans les ténèbres qui m'enserrent,
Noires comme un puits où l'on se noie,
Je rends grâce aux dieux quels qu'ils soient,
Pour mon âme invincible et fière,*

*Dans de cruelles circonstances,
Je n'ai ni gémé ni pleuré,
Meurtri par cette existence,
Je suis debout bien que blessé,*

*En ce lieu de colère et de pleurs,
Se profile l'ombre de la mort,
Et je ne sais ce que me réserve le sort,
Mais je suis et je resterai sans peur,*

*Aussi étroit soit le chemin,
Nombreux les châtiments infâmes,
Je suis le maître de mon destin,
Je suis le capitaine de mon âme. »*

William Henley

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
CADRE CONCEPTUEL	4
1. Le traumatisme psychique.....	4
2. L'Etat de Stress Post-Traumatique.....	6
a) Historique.....	6
b) Définition	7
c) Comorbidités	9
d) Prévalence	10
e) Traitements	11
3. Qualité de vie.....	12
a) Définition	12
b) Qualité de vie et Etat de Stress Post-Traumatique	14
c) Qualité de vie et ergothérapie	16
4. L'activité au service de la qualité de vie	19
a) L'activité : au passé et au présent.....	19
b) L'activité créative.....	21
CONSTAT DE RECHERCHE.....	23
CADRE METHODOLOGIQUE ET EXPERIMENTAL	24
1. Méthode expérimentale	24
a) Choix de la méthode et de l'outil	24
b) Critères de sélection.....	25
c) Elaboration du questionnaire.....	26
d) Passation du questionnaire	27
2. Présentation et analyse des résultats.....	28
a) Données sociodémographiques	28
b) Intérêts et bénéfices de l'activité créative	29

c) Bien-être et activité créative	32
d) Synthèse des résultats	38
3. Discussion.....	39
a) Retour sur l'hypothèse	39
b) Limites et biais de ce travail de recherche	40
c) Perspectives envisagées	41
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES.....	

INTRODUCTION

« Les événements traumatiques sont extraordinaires, non pas parce qu'ils se produisent rarement, mais parce qu'ils dépassent les mécanismes ordinaires d'adaptation à la vie des humains » (HERMAN in SNEDDEN, 2012)

De nos jours, les situations à risques mortels sont fréquentes. Les accidents de vie domestique, de voitures, l'affrontement du feu, les catastrophes naturelles ou industrielles, les actes de violence interpersonnelle, le combat contre la délinquance, l'engagement dans des combats armés, les reportages en zone de guerre et même les attentats font partie de nos vies. Une seule confrontation à l'une de ces situations potentiellement traumatisante peut laisser des traces et entraîner un traumatisme psychique : l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT).

Le choix de ce sujet s'est fait suite à un cheminement particulier, qui s'est effectué en 4 étapes.

Dans un premier temps, il faut savoir que j'ai toujours été intéressée par le domaine militaire. J'ai donc commencé par me renseigner sur le système de soins militaire afin de savoir si des ergothérapeutes étaient amenés à travailler avec eux. J'en suis arrivée à me demander de quelle façon, au vu de notre large champ de compétences, nous pourrions aider les soldats, dans quelle(s) mesure(s) et avec quelle(s) médiation(s).

Dans un second temps, des cours nous ont été donnés concernant l'ESPT chez les militaires et les répercussions dans la vie quotidienne. Cette pathologie m'a alors tout de suite intéressée car j'en avais déjà entendu parler et que je me questionnais dessus. La place de l'ergothérapeute n'ayant pas été abordée, j'ai alors décidé de faire de plus amples recherches. J'ai ainsi pu découvrir que les répercussions cognitives et comportementales causées par ce trouble sont majeures, notamment dans l'incapacité à réaliser les activités de la vie quotidienne, et cela représentait à mon sens une altération de la qualité de vie.

Or le rôle de l'ergothérapeute est justement de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie des personnes en leur permettant de réaliser de manière autonome les activités qui leur sont signifiantes ou significatives, au quotidien. Ainsi, j'ai décidé de

porter mon choix sur cette affection en particulier en ayant pour population d'étude les soldats.

Dans un troisième temps, et au vu de la conjoncture actuelle avec les récents attentats, j'ai finalement décidé de porter ma réflexion sur une population composée à la fois de civils et de militaires. En effet, l'ESPT peut toucher tant les militaires, de par les situations dangereuses auxquelles ils sont quotidiennement confrontés, que les civils de par les risques inhérents à la vie quotidienne. De ce fait, restreindre ma recherche sur un seul type de population ne paraissait pas judicieux.

Ainsi, un axe de réflexion commençait à se former et ma question de départ était la suivante : Avec quel(s) moyen(s) l'ergothérapeute peut-il influencer la qualité de vie de personnes souffrant d'un ESPT ?

Enfin, au fil de mes lectures, et à l'aide d'un stage effectué en service de psychiatrie dans un Hôpital d'Instruction des Armées, j'ai pu découvrir le potentiel thérapeutique de l'activité créative. Celle-ci étant préférentiellement utilisée suivant un modèle psychodynamique, auprès de patients souffrant d'un ESPT et des comorbidités associées. Je me suis alors demandée comment l'activité créative pouvait influencer la qualité de vie d'un individu souffrant d'un ESPT, si elle était plus adaptée à un certain moment du processus d'intervention, et comment l'individu arrivait-il à transposer cela dans sa vie quotidienne.

Cet écrit a donc pour but d'apporter des réponses à ces diverses questions, et de nous permettre d'y voir plus clair.

Ainsi, dans un premier temps les concepts clés de ce mémoire seront exposés et expliqués les uns après les autres. Il s'agira d'abord de comprendre ce qu'est le traumatisme psychique, à quoi il est dû et quelles en sont les conséquences. Par la suite nous nous intéresserons à l'ESPT, les troubles spécifiques et les comorbidités qu'il engendre. Nous prendrons ensuite connaissance de la définition de la qualité de vie, et la façon dont l'ESPT influe sur celle-ci. Enfin, le potentiel thérapeutique de l'activité en ergothérapie, au cours de l'histoire, auprès de patients militaires souffrant d'un ESPT sera exposé, afin d'arriver aux différentes activités utilisées de nos jours dans le but de soigner les personnes civiles et militaires.

Les données de la littérature scientifique associées à une démarche réflexive permettront alors de définir une question de recherche et de poser une hypothèse, qui sera confirmée ou infirmée par la suite.

Dans un second temps, la méthode de recherche et les différentes démarches menées seront exposées dans le cadre expérimental. La présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats sera ensuite mise en avant. Enfin une discussion portant sur la réponse à la question de recherche, les limites et biais de cette étude, ainsi que sur les perspectives envisagées sera établie dans le but de clôturer mais aussi d'apporter une nouvelle réflexion à ce travail de recherche.

CADRE CONCEPTUEL

Avant d'aborder la notion d'Etat de Stress Post-Traumatique, de ses répercussions au niveau de la qualité de vie de l'individu et du rôle de l'ergothérapeute, parlons un peu de la cause provoquant ce genre de pathologie : le traumatisme psychique.

1. Le traumatisme psychique

« La réflexion sur le trauma est aussi ancienne que la violence des Hommes et leur interrogation face à l'irruption incompréhensible de la mort »

(CROCQ et CHIDIAC, 2010).

De nos jours, l'être humain est confronté à de nombreuses situations pouvant mettre en péril son intégrité psychologique et occasionner un traumatisme. D'après CROCQ, le traumatisme est un « *phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie et l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui est exposé comme victime, témoin ou acteur* » (CROCQ 2014). On peut donc déduire à partir de cette définition qu'il y a un avant et un après le phénomène d'effraction, d'où sa connotation d'évènement traumatique.

Nous pouvons répertorier 3 types de situations qui peuvent être traumatogènes, à savoir :

- Le sujet est lui-même concerné par la mort et a eu le temps, durant un court instant, de se voir mort.
- Le sujet est confronté à la mort brutale d'autrui, sous ses yeux.
- Le sujet est soumis à un spectacle horrible dans lequel de nombreuses personnes sont mortes et dont les corps gisent sur le sol (LEBIGOT, 2011).

Durant cet évènement traumatique, l'individu est confronté à une mort imminente qui remet en cause son « *illusion d'immortalité* » (FERENCSI in LEBIGOT, 2011). En effet, la mort est une notion qui nous paraît impensable, voire irréelle lorsqu'elle nous concerne : nous savons que nous allons mourir mais nous ne pouvons l'imaginer. Cette dangereuse proximité avec la mort remet en question les principes de l'individu et peut entraîner une rupture de l'identité car le « *sujet se retrouve en face avec le*

néant, le non sens » (CHERIFIE, 2008). On peut comprendre par là qu'il ne trouve pas de signification à ce qu'il vit, car il ne possède pas de représentation de la mort, faute d'avoir pu bénéficier d'une présentation au préalable (CHIDIAC et CROCQ, 2010).

On retrouve ainsi une altération de la personnalité avec un triple blocage des fonctions du moi, à savoir :

- La fonction de filtration qui intervient dans la reconnaissance des situations à risque. Elle est responsable de l'attitude d'alerte permanente.
- La fonction de présence : l'individu se sent alors à l'écart du monde et il perd sa motivation dans les activités qui le motivaient avant le traumatisme.
- La fonction de relation à autrui : la personne va être dépendante de l'affection des autres, mais se sentira dans l'incapacité de rendre cette affection, de comprendre et d'être compris (FERICHEL in CROCQ, 2014).

KARDINER appuie cette hypothèse puisqu'il évoquait le concept d'« *ego effectif* » qui est chargé de faire face aux stimuli agressifs et de réagir en conséquence, en entraînant des conduites de modification de l'environnement, de retrait ou encore de contrôle du milieu interne. Lors d'un événement traumatique, l'ego effectif se retrouve débordé dans ses capacités d'adaptation et cela induit 4 changements fondamentaux : changement quant à la perception du monde, de soi, de ses techniques d'adaptation et de régulation neurovégétative (KARDINER in CROCQ, 2014). Le traumatisme résulte donc en une atteinte narcissique, qui entraîne la formation d'une nouvelle personnalité : la personnalité d'après l'évènement traumatique (LEBIGOT, 2011).

Il faut cependant prendre en compte le fait qu'un événement traumatique pour une personne, ne l'est pas forcément pour une autre. Freud expliquait que « *le concept de traumatisme est relatif et dépend du rapport de force entre les excitations venant du dehors et de l'état -constitutionnel et conjoncturel- de la barrière des défenses qui le reçoit* » (FREUD in CROCQ, 2014). Il comparait métaphoriquement le psychisme à un volume sphérique constamment protégé par une couche superficielle appelée « *para-excitation* », plus ou moins forte en fonction des individus. Son rôle est de repousser ou d'atténuer les excitations nuisibles afin de les rendre plus acceptables (FREUD in CHIDIAC et CROCQ, 2010). Lorsque l'individu

voit venir une situation dangereuse, il sera ou non capable de renforcer cette carapace en fonction de son énergie. C'est ce qui fait qu'un évènement potentiellement traumatique fera effraction chez certains individus et pas chez d'autres.

CROCQ confirmait cette théorie en argumentant que cela dépend de divers facteurs à savoir : notre personnalité, nos défenses psychiques, notre résonance personnelle et le soutien apporté par nos proches (CROCQ, 2014).

Nous ne sommes donc pas tous égaux devant un évènement traumatique, et nous n'allons pas réagir de la même façon. Certains d'entre nous seront en capacité de passer au-delà sans ce que cela n'altère leur quotidien, d'autres souffriront de séquelles : l'Etat de Stress Post-Traumatique.

2. L'Etat de Stress Post-Traumatique

Afin de mieux comprendre ce qu'est cette pathologie dont nous entendons de plus en plus parler, nous allons commencer par nous intéresser à l'historique de celle-ci afin d'en comprendre les origines. Par la suite nous pourrons définir l'ESPT tel qu'il s'exprime aujourd'hui au quotidien ainsi que les comorbidités qui y sont associées. Enfin, sachant que l'ESPT est un problème de santé publique, des chiffres seront exposés afin d'en mesurer la prévalence ces dernières années et les traitements qui y sont associés.

a) Historique

Le terme d'Etat de Stress Post-Traumatique existe depuis quelques années seulement mais ce trouble est mentionné dans de nombreux ouvrages relatant les divers conflits ayant opposé les Hommes entre eux, de l'Antiquité grecque à nos jours.

De *l'Illiade* d'Homer (900 avant J.C) au *Traité des Songes* d'Hippocrate (400 avant J.C) mention est faite de la peur des guerriers face au danger, de l'horreur face à la confrontation inopinée avec la mort et des rêves traumatiques dont ils souffrent (CROCQ, 2003).

Lors des Guerres Napoléoniennes (1804-1815), différents médecins tels que LARREY, PERCY ou encore DESGENETTES, vont nommer « *syndrome du vent de boulet* » l'état des soldats épargnés de peu par un boulet les ayant frôlé (CROCQ,

2003). Quelques années plus tard, au cours de la guerre de Sécession (1861-1865), l'état d'anxiété cardiovasculaire dû à l'épuisement et à la frayeur a été appelé « *cœur du soldat* ». Ce n'est ensuite qu'en 1888 que le neurologue Allemand, OPPENHEIM, utilise le terme de « *névrose traumatique* » pour décrire les séquelles émotionnelles induites par l'effroi, observées chez les rescapés d'un accident de chemin de fer avec pour symptômes principaux : les souvenirs obsédants de l'accident, les troubles du sommeil, les cauchemars et reviviscences, les phobies et la labilité émotionnelle (CROCQ, 2003).

Au cours du XXème siècle, ce trouble a été nommé « *traumatisme dû au bombardement* » pendant la Première Guerre Mondiale (1914-1918), puis « *névrose de guerre* » au cours de la Seconde Guerre Mondiale (1939-1945) et enfin « *stress de combat* » durant la guerre du Viêt-Nam (1964-1973). Lors de cette dernière guerre 750 000 soldats sur les 3 millions d'Hommes ont souffert de ce « *Post-Vietnam Syndrome* » (CHIDIAC et CROCQ, 2010).

Cela a ainsi permis d'introduire en 1980 l'appellation « *Post-Traumatic Stress Disorder* » dans le DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual). Il faudra attendre les conflits en Afghanistan (1978-1989) pour que le terme d'« Etat de Stress Post-Traumatique » soit inscrit en 1993 dans la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) et plus dernièrement dans le DSM-IV-TR 2000. Mais qu'est-ce que l'Etat de Stress Post-Traumatique ?

b) Définition

Suivant la classification du DSM-IV-TR (cf. ANNEXE I), l'ESPT est une pathologie faisant partie des troubles anxieux. Il est défini par 6 critères, de A à F, prenant en compte les conditions d'exposition, les symptômes et les comorbidités qui en découlent.

Le premier critère, A, décrit l'exposition du sujet à l'évènement traumatique, en deux éléments :

- « *le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements, durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, être menacés de mort, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.*

- *la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur* » (DSM-IV-TR, 2000).

Les critères B, C et D présentent les trois symptômes spécifiques consécutifs au traumatisme, à savoir les reviviscences (B), l'évitement (C) et l'hyperéveil (D).

Les reviviscences sont constituées de « *souvenirs répétitifs envahissants de l'évènement provoquant un sentiment de souffrance [...] qui dure quelques secondes à quelques heures. La personne se comporte comme si elle revivait l'évènement* » (DSM-IV-TR, 2000). Ce vécu est très éprouvant, que ce soit en termes d'anxiété ou d'angoisse psychique et somatique, et entraîne de nombreuses conséquences au niveau de la vie sociofamiliale ou professionnelle (CREMNITER et LAURENT, 2005). Ces reviviscences peuvent survenir spontanément ou en réponse à un stimulus ayant un rapport avec la situation traumatique vécue et peuvent apparaître sous différentes formes : hallucinations auditives et visuelles, ou encore sous la forme de cauchemars ou de flashes.

Le syndrome d'évitement est caractérisé par le sujet qui « *fait des efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'évènement traumatique et pour éviter les activités ou les gens qui entraînent une réactualisation des souvenirs de celui-ci* » (DSM-IV-TR, 2000). En effet, ces endroits ou situations lui rappelant l'évènement traumatique sont alors considérés comme une menace directe d'un accident pouvant survenir à tout moment (CREMNITER et LAURENT, 2005). Cet évitement peut aussi inclure une diminution de la réactivité au monde extérieur, appelée « *anesthésie émotionnelle* » (BARROIS, 1998). Le sujet peut se plaindre d'une diminution de son intérêt et de sa participation à diverses activités, se sentir détaché des autres ou avoir une capacité diminuée à ressentir des émotions. Ce faisant, il s'éloigne de sa famille, de ses amis et de la société (VETERANS AFFAIRS CANADA, 2006). Ces réactions peuvent entraîner de graves problèmes de motivation, et donc des difficultés à prendre des décisions et à agir.

Enfin, l'individu peut souffrir d'hyperéveil, c'est-à-dire de « *difficultés d'endormissement, hyper-vigilance, réactions de sursauts exagérées, irritabilité ou accès de colère, difficulté de concentration et à mener à bien les tâches* ». (DSM-IV-TR, 2000). En effet, il a pris conscience qu'il était mortel et son sentiment de sécurité peut s'évanouir (VETERANS AFFAIRS CANADA, 2006). De ce fait, l'individu verra le danger partout et se tiendra sur ses gardes. Il sera irritable, voire violent, ce qui peut entraîner divers problèmes au sein des sphères socioprofessionnelle et familiale.

Le critère E indique que les symptômes durent plus d'un mois et le dernier critère, F, précise que les troubles entraînent une souffrance significative ainsi qu'une altération de la vie sociale et professionnelle.

Cet ESPT peut être aigu : si les symptômes durent moins de trois mois, chronique : si les symptômes persistent trois mois ou plus, et différés : si les symptômes surviennent plus de six mois après le traumatisme.

Au-delà de ces symptômes spécifiques, l'individu peut développer des symptômes associés : les comorbidités, qui vont l'empêcher de vivre sa vie comme il le souhaite.

c) Comorbidités

L'individu souffrant d'un ESPT peut manifester d'autres troubles, à savoir de l'anxiété, une dépression, des troubles du caractère ou des conduites, des passages à l'acte auto-agressif ou hétéro-agressif, des plaintes somatiques ou encore des maladies psychosomatiques (LEBIGOT, 2011).

En effet, l'ESPT fait partie des troubles anxieux, c'est-à-dire que l'anxiété est un symptôme très présent et très handicapant pour les individus. Elle peut entraîner l'apparition de nombreuses crises d'angoisse et de phobies en rapport avec l'évènement traumatique. Ce registre anxieux est complété par une dépression marquée, avec le sentiment d'être abandonné (CREMNITER et LAURENT, 2005), pouvant aller de la tristesse à une mélancolie plus marquée (LEBIGOT, 2011). Le plus souvent, le sujet ressent une fatigue à la fois physique et psychique, pouvant entraîner des troubles de la mémoire et de concentration, qui l'handicapent au quotidien, ainsi que des problèmes en lien avec le centre exécutif de la mémoire de travail qui gère la flexibilité mentale, la mise à jour et l'inhibition. Les personnes souffrant d'un ESPT ont donc des « *difficultés à initier, contrôler et réguler la mise en place de stratégies cognitives indispensables au traitement de l'information* » (CLARYS, EL-HAGE ISINGRI et TAPIA, 2007). Au quotidien, cela se traduit alors par des difficultés à initier une action, à s'adapter et à changer de stratégie si nécessaire.

Nous pouvons aussi observer des troubles du caractère qui sont variables d'un individu à l'autre, pouvant aller de la simple irritabilité à des phénomènes hétéro-agressifs (LEBIGOT, 2011). Ainsi que des troubles des conduites comme l'alcoolisme, ou encore la toxicomanie, qui se retrouvent être des « *modes de fixation de l'angoisse* » face à cet environnement qui est devenu insécure et menaçant (CREMNITER et LAURENT, 2005). On retrouve ici la notion de danger omniprésent suscitant une angoisse permanente chez l'individu. Ces troubles des conduites associés à la dépression et à l'anxiété peuvent entraîner des passages à l'acte avec un risque suicidaire qui vont permettre à la personne de se soustraire à ce qu'elle vit.

Enfin les individus peuvent développer des plaintes somatiques ainsi que des maladies psychosomatiques, dans un contexte anxieux ou dépressif, pouvant se rapprocher d'un symptôme de conversion (LEBIGOT, 2011).

Ainsi, l'ESPT est un trouble ayant des répercussions multiples sur la vie quotidienne. De par la conjoncture actuelle, les individus sont plus sujets à être confrontés à un évènement traumatique et à développer ce type de pathologie. Les différentes études qui ont été menées rapportent en effet des chiffres significatifs.

d) Prévalence

L'ESPT peut toucher tout le monde, quelque soit l'âge, le sexe, la culture ou le statut socio-économique et ce, particulièrement au vu de la société actuelle. D'après les chiffres publiés par l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (IUSMM), la prévalence de l'ESPT a été estimée à 9% aux Etats-Unis et au Canada. En Europe, elle est de 1 à 3% (IUSMM, 2016). D'après l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), elle a été évaluée à 0,7 % en France métropolitaine, entre 1999 et 2003 (InVS, 2014).

De nos jours, les probabilités de se retrouver face à un évènement traumatique sont nombreuses et augmentent le risque de développer un ESPT. Il faut savoir que 25 à 75% des victimes directes, et 5 à 40% des membres des équipes de secours, développent un ESPT au cours de l'année qui suit (InVS, 2014).

Nous pouvons citer les victimes d'attentats dont 20 à 30 % souffrent d'un ESPT. Aux Etats-Unis, deux à trois ans après l'attentat du World Trade Center en 2001, 15% des personnes ayant évacué la tour souffraient d'un ESPT (InVS, 2014).

En France, une étude épidémiologique nommée I.M.P.A.C.T.S (Investigation des Manifestations Traumatiques Post Attentats et de la prise en Charge Thérapeutique et de Soutien) a été menée par la Santé Publique France et l'ARS Ile-de-France en Juin 2015, concernant les attentats de Janvier 2015. Elle a révélé que 6 mois après les événements, près de 4 personnes sur 10 souffrent d'au moins un trouble parmi l'ESPT, la dépression et l'anxiété (InVS, 2016).

Nous pouvons aussi prendre en compte les victimes de catastrophes naturelles, dont 10 à 20% présentent cette pathologie. En France, 5 ans après l'explosion de l'usine AZF en 2001, 13 % des travailleurs et 18% des travailleuses proches du site souffrent de symptômes en lien avec un ESPT (InVS, 2014).

N'oublions pas les victimes des accidents de la route, puisque 30% d'entre elles souffrent d'un ESPT, les brûlés graves dont 50% présentent ces mêmes symptômes ou encore les victimes de viol dont 80% des victimes présentent un ESPT (TRAUMAPSY, 2011).

Du côté des militaires américains et anglo-saxons, 4 à 17% des vétérans souffrent d'un ESPT suite aux conflits en Irak et en Afghanistan (ACIERNO, FRUEH et RICHARDSON, 2010). En France, parmi les 450 millions de soldats revenant d'Afghanistan, des conflits au sein de la sphère familiale ont été mis en évidence dans 1 famille sur 3, soit chez 30% des soldats (ALHANATI, BOUIX, DONAT et al, 2015).

e) Traitements

Le traitement de l'ESPT se fait en deux temps : une phase immédiate et une phase de soins post-immédiate.

Les soins en phase immédiate sont délivrés dans les heures qui suivent l'exposition traumatique, par les Cellules d'Urgence Médico Psychologique (CUMP) composées de psychiatres, psychologues et infirmiers. Ces interventions visent à diminuer l'angoisse et le stress générés par la situation traumatisante. Les intervenants se montrent présents pour la personne, et lui offre la possibilité de s'exprimer. Il s'agit de « *permettre à la victime de reprendre pied avec une certaine forme de réalité, de l'aider à se soustraire du vécu de perte d'identité, de projection dans un univers d'hostilité, voire d'inhumanité* » (CREMNITER et LAURENT, 2005).

La phase post immédiate se déroule une à deux semaines après l'exposition traumatique. Elle permet à la personne de verbaliser son vécu traumatique afin de passer au-delà, à l'aide d'entretiens classiques ou de débriefings plus poussés, en fonction de son état de fragilité. Parfois, la personne n'est pas en capacité de passer outre ce traumatisme qui va la poursuivre. Différents types de traitements sont alors mis en place afin de l'aider à se remettre de ce traumatisme : les thérapies cognitivo-comportementales, l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), les thérapies individuelles ou de groupe, l'hypnose, la médication, l'ergothérapie ...

Le but de ces traitements est de soulager l'individu par rapport aux symptômes qu'il présente, afin de favoriser la reprise des activités qu'il réalisait avant l'évènement traumatique. La notion de qualité de vie est ainsi sous-jacente.

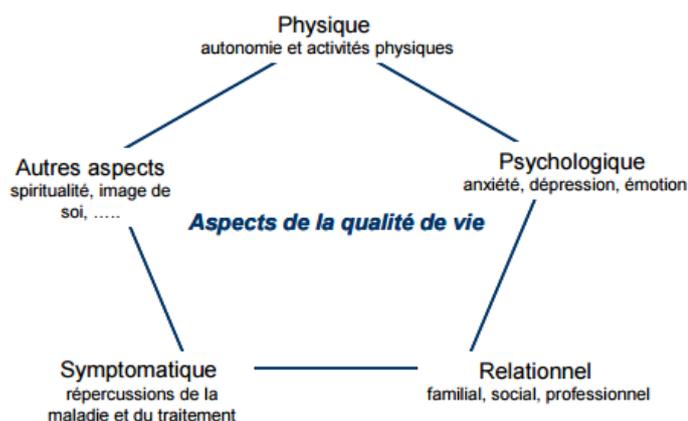
3. Qualité de vie

La qualité de vie est une notion régie par de nombreuses définitions que nous allons pouvoir mettre en corrélation dans un premier temps. Dans un second temps, nous allons établir le lien entre celle-ci et l'Etat de Stress Post-Traumatique. Enfin, nous pourrons nous intéresser à l'influence de l'ergothérapie en matière de qualité de vie au quotidien.

a) Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité de vie comme étant « *la perception qu'a un individu, de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (OMS, 1993).

D'autre part, d'après la Haute Autorité de Santé (HAS), la qualité de vie dépend de différents aspects, tels qu'apparaissant sur le graphiques suivant (HAS, 2013) :



Graphique 1: Aspects de la qualité de vie

Grâce à ce schéma, nous pouvons percevoir les différents points qui entrent en jeu dans la définition de la qualité de vie de la personne. Cette définition est en accord avec celle donnée par l’OMS en 1993, puisqu’elle reprend les différents items tels que l’état psychologique de la personne, sa place dans l’existence et les relations qu’elle a avec le monde qui l’entoure. Mais elle complète aussi la définition en rajoutant des items tels que la condition physique du sujet ainsi que les répercussions de la maladie et du traitement sur la vie de la personne.

La qualité de vie est donc une notion composée de critères objectifs et subjectifs qui dépendent de l’individu, de la façon dont il se perçoit et perçoit ses interactions avec le monde qui l’entoure. En effet, elle est souvent associée à des notions telles que le bien-être, le bonheur ou encore la satisfaction que la personne retire de sa vie et de la façon dont elle vit sa vie (ADANT, 2004). LAFAYE stipule que « *la mesure de la qualité de vie [...] apporte des informations sur les jugements individuels concernant ce qui importe et ce qui compte en matière de santé, de bien-être* » (LAFAYE, 2005). Ainsi, la notion de qualité de vie est inhérente à celle du bien-être.

RYFF et KEYES définissent le bien-être comme étant le fait : « *d’avoir une bonne estime de soi et une autoévaluation positive de sa vie, de bonnes relations avec les autres, la sensation de maîtrise sur sa vie et son environnement, la sensation de pouvoir prendre ses propres décisions et d’être autonome, pouvoir donner un sens à sa vie et se sentir dans la continuité de son développement personnel* » (RYFF et KEYES in INSERM, 2008). Le bien-être est donc une notion prenant en compte de multiples facteurs subjectifs, et qui évolue constamment en fonction de l’individu.

RYAN et DECI stipulent que l'amélioration du bien-être passe par la réalisation de soi, à travers la satisfaction de trois besoins fondamentaux, à savoir : l'autonomie, la compétence et la relation à autrui. L'autonomie implique la capacité à réaliser des actions, à prendre des décisions et à les assumer. La compétence suppose un sentiment d'efficacité, de contrôle sur ce qui entoure la personne et une envie d'exploration et de challenge. La relation à autrui fait référence au besoin d'appartenir à un groupe, de nouer des relations avec d'autres personnes, notamment celles qui sont importantes pour soi, et se sentir aimé, accepté (RYAN et DECI in LAGUARDIA et RIAN, 2000).

LAFAYE ajoute que la liberté est une composante qui contribue au bien-être individuel. Par liberté, l'auteur entend le fait de pouvoir exercer sa raison, prendre des décisions et saisir des opportunités qui se présentent, c'est-à-dire la possibilité d'initier ou de mener diverses actions (LAFAYE, 2005).

De ce fait, nous pouvons comprendre qu'un individu se sentira moins libre, moins bien, lorsque certains actes, certains choix ou certaines relations, ne lui sont plus accessibles. Or nous savons que les personnes souffrant d'un ESPT présentent des symptômes qui affectent les différentes sphères de la vie quotidienne, notamment dans la capacité à réaliser des activités ou à entretenir des relations, ainsi cela peut avoir un impact sur le bien-être de la personne, et donc sur sa qualité de vie.

b) Qualité de vie et Etat de Stress Post-Traumatique

« Le temps contribue à l'oubli [...], la vie suit son cours [...] mais les cauchemars, les flash-back et rappels incessants de l'instant traumatique n'offrent pas au sujet blessé, le choix de l'oubli » (BOISSEAU, 2010).

L'individu souffrant d'un ESPT est amené malgré lui, à mener une vie différente de celle précédant le traumatisme. En effet, de nombreux symptômes cités précédemment tels que les reviviscences, les conduites d'évitement ou encore l'état d'hyperéveil empêchent l'individu de reprendre le cours de sa vie. Ces derniers le gardent constamment sur le qui-vive, à l'affût du moindre danger et lui rappellent sans cesse l'évènement traumatisant qu'il a vécu et la notion ubiquitaire de la mort. L'individu ne peut ainsi plus réaliser les activités qu'il avait l'habitude de faire car il n'est plus en capacité de se sentir en sécurité. Ainsi, la personne se retrouve limitée dans son quotidien.

De plus, l'individu peut souffrir d'une « *anesthésie émotionnelle* » (BARROIS, 1998), c'est-à-dire qu'il éprouve un sentiment de détachement, que les activités lui plaisaient avant, ne l'intéressent plus. En effet, l'individu ressent une diminution de son intérêt, de sa capacité à ressentir des émotions et une réduction de la participation. Ainsi, il n'est plus en capacité de s'investir ou de trouver du plaisir à effectuer ce qu'il avait l'habitude de faire, avant le traumatisme. Il se retrouve donc limité dans sa capacité à prendre du plaisir en réalisant telle ou telle activité, et cela influence fortement sa qualité de vie.

D'autre part, les relations qu'il entretenait ne lui conviennent plus. L'individu se sent détaché d'autrui. Il ne sent pas compris, et n'est pas en capacité de comprendre les membres de son entourage. Face à cette baisse de motivation et à ces différents changements de comportement ses proches, bien que bienveillants, présentent des difficultés à comprendre ce qu'il se passe. En effet, « *son comportement n'est plus le même, sa conjointe et ses enfants le trouvent changé, plus nerveux, plus agité. Bref, ils ne comprennent pas* » (GRAVEL CREVIER, JUSTER et MARIN., 2012). On peut bien concevoir à travers cette citation, que tandis que l'individu a besoin de soutien, dans l'épreuve qu'il est en train de vivre, il se heurte à des incompréhensions. De plus, les différents symptômes, ainsi que leurs conséquences sur le quotidien, engendrent souvent des difficultés conjugales (GRAVEL CREVIER, JUSTER et MARIN, 2012). De ce fait, les relations qu'il entretient avec les personnes de son entourage à savoir ses amis, ses enfants ou encore son conjoint, s'en retrouvent modifiées. Or, les relations sociales sont importantes pour l'individu, il s'agit en effet de l'une des principales sphères dans laquelle il s'engage tout au long de sa vie (ENGEL-YEGER, LEV-WIESEL et PALGY-LEVIN, 2015).

Enfin la personnalité elle-même de la personne se retrouve changée suite à l'évènement traumatique. Nous avons pu voir précédemment que l'individu était confronté à une modification des triples fonctions du moi, qui vont impacter la façon dont la personne se voit, et voit le monde extérieur. Tout cela peut donc le plonger dans une grande détresse psychologique qui va, elle aussi, avoir de nombreuses répercussions sur son quotidien. En effet, il peut alors développer diverses comorbidités, telles que l'alcool, la dépression ou encore la prise de toxiques, ayant des effets néfastes sur sa qualité de vie.

SNEDDEN résume cela en indiquant que les personnes ayant un ESPT souffrent « *d'atteintes des aptitudes de la vie quotidienne comme la capacité à se socialiser, travailler, aller à l'école, ou assumer ses responsabilités familiales* » (SNEDDEN, 2012). La personne devient alors prisonnière de ce traumatisme : il est difficile pour elle de participer et de s'investir dans des activités de la vie quotidienne.

On peut donc voir que les différents troubles dont souffre une personne atteinte d'un ESPT, ont une répercussion dans chacune des sphères déterminantes pour la qualité de vie. Ainsi, au regard de la définition précédemment citée concernant la qualité de vie et des troubles engendrés par l'ESPT, on peut donc déduire qu'un individu souffrant de cette pathologie subira une altération de la qualité de vie.

Or comme le souligne ADANT, « *pour un malade, vivre n'est pas que l'essentiel, il s'agit aussi de vivre avec une certaine qualité de vie* » (ADANT, 2004). Ainsi, lors de la prise en soin de ces personnes, de nombreux professionnels de santé, dont l'ergothérapeute, sont amenés à mettre leurs compétences au service du patient afin de l'aider, entre autre, à retrouver cette qualité de vie en question. L'ESPT étant un trouble d'origine psychiatrique, nous allons principalement nous intéresser à la pratique de l'ergothérapeute en psychiatrie.

c) Qualité de vie et ergothérapie

« *Notre objectif est de faire valoir l'individu dans sa capacité à agir, à s'exprimer, [...], cela passe par un accompagnement personnalisé pour que chaque personne soit en capacité de gérer ses besoins et son projet de vie de manière autonome.* »

(ANFE, 2016)

Cette citation présente une belle entrée en matière à la question : Qu'est-ce que l'ergothérapie ? Commençons par dire que l'ergothérapeute est un professionnel de santé, paramédical, spécialisé dans l'activité humaine. Le terme *ergothérapie* créé en 1943, vient d'ailleurs du grec *ergon*, signifiant « *l'activité* », « *le travail* », ainsi l'ergothérapie se traduit comme étant une thérapie tant par l'activité que pour l'activité. Le rôle de l'ergothérapeute est, à travers l'accompagnement et grâce à l'activité, d'aider les personnes à retrouver de l'autonomie dans leurs activités quotidiennes, en fonction de leur projet de vie. Il doit, pour ce faire, avoir une vision holistique du patient, c'est-à-dire considérer tant le corps que l'esprit et prendre en compte tous les éléments en rapport avec l'individu : de son entourage à son

environnement. Afin d'avoir des éléments plus précis, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur un premier entretien dans lequel les attentes et les besoins de la personne sont mis en avant. Mais il peut aussi réaliser des observations pendant l'entretien et/ou lors d'une première activité ainsi que des bilans qui permettent de voir l'évolution du patient et d'ajuster ou de réajuster les objectifs de prise en charge. Ces objectifs sont d'ailleurs négociés tant avec le patient, qu'avec les membres d'une équipe pluridisciplinaire (ANFE, 2016). Un ergothérapeute peut travailler dans la rééducation, la réadaptation ou la réinsertion, avec des personnes souffrant de pathologies physiques et/ou psychiques. Et donc, qu'est-ce que l'ergothérapie, en psychiatrie ?

KLEIN définit l'ergothérapie en psychiatrie comme étant, entre autre, une discipline « *permettant au patient de vivre des expériences l'aidant à être lui-même, à se trouver, à exister* » (KLEIN, 2014). Il s'agit donc pour l'ergothérapeute d'être prêt à reconnaître et à accueillir le sujet naissant en favorisant l'être et l'agir (PIBAROT, 2007). Pour ce faire, il peut s'appuyer sur trois éléments essentiels à savoir : le cadre, la relation et la médiation.

Le cadre est très important en psychiatrie. Il est instauré par l'ergothérapeute au début de la prise en charge et se définit comme étant ce qui limite, ce qui circonscrit. Il doit être à la fois bon et sécurisant tant pour le patient que pour le soignant. C'est en effet ce cadre, suffisamment bon et contenant, qui permet à la personne de se sentir en sécurité, d'être elle-même et d'aller progressivement de la notion de plaisir à celle de réalité. KLEIN soutient que c'est ce cadre qui lui donne l'occasion « *en ayant confiance, de déposer ses projections, son monde intime, interne, inconscient.* » (KLEIN, 2007). C'est donc ce qui se passe au sein de ce cadre qui est important : il doit ainsi être pensé et repensé, en continu, afin de s'adapter aux besoins et à l'évolution du patient. C'est aussi au sein de ce cadre que le thérapeute et le patient pourront établir une relation privilégiée : la relation thérapeutique.

Cette relation thérapeutique est une relation de confiance, qui est asymétrique dans le sens où le patient se livre davantage que le thérapeute. Cependant il s'agit d'une rencontre, au sein de laquelle le patient et le soignant vont tous deux amener leur savoir faire et coopérer dans un but commun. Cette relation thérapeutique est

induite par la médiation qui est un outil, un prétexte pour créer du lien, qu'il soit de soi à soi, ou de soi à l'autre (KLEIN, 2007).

La médiation en ergothérapie donne l'occasion au patient d'agir, de ressentir, d'exister. MILNER définit en effet le médium comme étant « *une substance d'interposition à travers laquelle les impressions sont transmises aux sens* » (MILNER in BRUN, 2011). En psychiatrie, et notamment avec les patients ayant subi un traumatisme psychique, la médiation offre la possibilité d'entamer un processus d'expression : elle est capable d'accueillir, de mettre en forme l'expérience traumatisante. Le médium est donc utilisé dans un but de symbolisation (ROUSSILLON, 2011).

Ainsi, le processus d'intervention d'un ergothérapeute s'appuie sur une dynamique formée par le cadre, la relation et la médiation. Et donc, quel est le lien entre l'ergothérapie et la qualité de vie ?

La CAOT (Canadian National Organisation of Occupational Therapists) stipule « *les occupations donnent un sens à la vie* » (CAOT, 2014). A l'aide de cette citation, nous retrouvons l'essence même de l'ergothérapie qui est d'utiliser l'activité, l'occupation –au sens anglo-saxon du terme-, afin de permettre à la personne de se sentir bien, de redonner un sens à sa vie, d'aller mieux. Les occupations d'une personne sont donc étroitement liées à des notions comme le bien être et la qualité de vie. En effet, MARGOT-CATTIN I. et MARGOT-CATTIN P. soulignent qu'« *un sentiment de bien être et d'appartenance émerge de la participation aux activités de la vie quotidienne* » (MARGOT-CATTIN I., MARGOT-CATTIN P., 2005).

L'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) appuie cette idée en stipulant que « *l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* » (A.N.F.E, 2015). Or une partie de la définition de la santé est la suivante : « *Un état complet de bien-être physique, social et mental* » (OMS, 1946). Cette définition n'est pas sans rappeler celle de la qualité de vie que nous avons pu voir précédemment, qui dépend de facteurs physiques, sociaux et psychologiques. Ainsi la qualité de vie est liée aux notions de santé et de bien-être définies par l'OMS.

ADANT propose également une définition particulière de l'ergothérapie, à savoir :
« *L'ergothérapie est une discipline de santé qui vise à conserver ou à développer l'indépendance fonctionnelle et l'autonomie des personnes qui présentent des incapacités suite à des déficiences diverses dans le domaine des occupations (activités de la vie journalière, activités instrumentales, activités productives, jeux-loisirs-sport). L'objectif principal est de préserver ou d'augmenter leur qualité de vie* » (ADANT, 2004).

Ainsi, les avis convergent vers un principe commun stipulant que l'un des buts de l'ergothérapeute, dans sa pratique professionnelle, est d'améliorer la qualité de vie des patients, et ce grâce à l'activité. En effet, comme le souligne MALHERBE, pour aider les autres, il faut les aider à vivre pleinement leur vie (MALHERBE in ADANT, 2004).

4. L'activité au service de la qualité de vie

« *L'activité ne va pas de soi lorsqu'un choc physique ou psychique survient dans la vie* » (PIBAROT, 2002).

A l'aide de la partie précédente, nous avons pu mettre en exergue que l'activité est l'un des outils de l'ergothérapeute. Mais comment est-elle utilisée à des fins thérapeutiques ? Nous allons donc nous intéresser dans un premier temps au rôle de l'activité, puis à l'intérêt plus spécifique de l'activité créative et les bénéfices qu'elle génère au quotidien.

a) L'activité : au passé et au présent

Historiquement, l'ergothérapeute a toujours utilisé l'activité auprès des patients afin de les aider à passer au-delà des traumatismes. En effet, en 1918, lors de la Première Guerre Mondiale, un programme de formation en ergothérapie a commencé à l'université de Toronto, sous la direction du professeur HAULTAIN. Ce dernier a décrit le premier cours comme étant « *un ensemble de cours pour former des enseignantes à enseigner aux soldats de retour du front des occupations de chevet et des occupations de salle* » (CAOT, 2010).

Au cours de l'histoire, l'ergothérapie en santé mentale s'est développée et les bénéfices de l'activité ne sont plus à prouver.

En Amérique et au Canada, les ergothérapeutes utilisent diverses activités auprès des vétérans afin de traiter l'ESPT. Nous pouvons citer la poésie qui favorise l'expression, ou encore la photographie qui permet à la personne de se réengager au sein de la société et de voir le monde d'une autre façon, à travers l'appareil (MURTAGH, 2014).

Les vétérans sont aussi amenés à participer à des activités telles que la pêche à la mouche au sein du programme Canadien « Les eaux Curatives ». Celui-ci développe la patience et la concentration des anciens soldats lors de l'apprentissage, puis la mise en pratique de leur compétences, dans un cadre sécurisé et sécurisant. Cette activité a de multiples bénéfices puisqu'elle permet aussi de renouer avec les autres personnes, ou de ré-appivoiser le silence qui, sur le front, est synonyme de danger. L'objectif de cette activité est donc de les aider à reprendre leur vie en main, dans un contexte relaxant.

Le surf est aussi utilisé par des ergothérapeutes afin de permettre aux anciens soldats, souffrant d'un ESPT, de se sentir capables d'affronter le danger à nouveau et de retrouver un esprit d'équipe. Cette activité offre la possibilité de vivre le moment présent de façon intense, ce qui favorise le bien être de ces patients et contribue à diminuer le risque suicidaire.

Ainsi, l'activité en ergothérapie permet à l'individu souffrant d'un ESPT « *d'être acteur de sa vie, de prendre soin de soi et des autres, de développer et structurer son identité, sa place dans le monde, d'assurer l'avenir* » (ORSENNEAU, 2009).

Comme le souligne PIBAROT, c'est donc ici que se trouve le fondement de l'ergothérapeute, « *dans cette expérience qui permet à l'Homme de devenir humain, c'est-à-dire créateur de son monde, puis du monde, afin de le rendre vivable* » (PIBAROT, 2002).

La création est donc une étape importante en ergothérapie. De ce fait, une attention particulière est ici portée sur le potentiel thérapeutique de l'activité créative. En effet cette dernière permet un investissement et un engagement particulier de l'être au travers du processus créatif, le tout dans un but thérapeutique.

b) L'activité créative

OURY définit la création comme ayant « *quelque chose à voir avec croître, croissance, crecre, creare, concret [...]. Il y a une sorte d'homéomorphie entre ce qui est créé et la personnalité de celui qui crée* » (OURY in MENARD, 2007). Ainsi, la création ressemble à son créateur, elle est une part de lui.

Les propos de WINICOTT renforcent cette idée, puisqu'il avance qu'il existe un lien entre la création et la vie. D'après lui, la créativité est synonyme de « *vie* », « *d'être vivant* » ou encore de « *se sentir réel* » (DAVIS et WALLBRIDGE, 2005). Elle aurait une influence sur les relations qu'entretient la personne avec la réalité et sur son aspiration à vivre et à exister.

La créativité est, d'autre part, définie par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) comme étant *la « capacité, le pouvoir qu'a un individu de créer, c'est-à-dire d'imaginer et de réaliser quelque chose »* (CNRTL, 2012).

Ainsi, l'activité créative est un processus d'évacuation vers un objet médiateur, qui se trouve être en capacité d'accueillir et de représenter ce que le patient souhaite exprimer. Ainsi, « *l'homme perçoit, ressent, décide, agit, il est alors en parfaite harmonie avec lui-même* » (ANDRE, FARCI et PIERQUIN, 1980).

En ergothérapie, ce type d'activité est utilisé pour diverses raisons : réguler l'état émotionnel, restaurer les notions de détente et de plaisir, recréer la fonction d'adaptation, revaloriser l'individu, favoriser le travail symbolique, l'inscription de l'individu dans le réel ou encore l'expression des ressentis personnels... D'après CHOUVIER, « *dire le soi, à travers des objets, des créations, des œuvres, représente le fond de l'expressivité* » (CHOUVIER, 2011). Ainsi les productions sont souvent utilisées à titre d'expression et de symbolisation : les patients parlent d'eux même dans leur création, ils se livrent et se déchargent.

Cette expression peut se faire à l'aide de différents types d'activités créatives, qu'elles soient projectives, structurantes, régressives, groupales... Le plus important est que « *le patient découvre et se découvre à partir d'outils et de mots* » (ANDRE, FARCI et PIERQUIN, 1980). Il semble donc important de laisser le patient choisir

l'outil, le support, la médiation qui lui convient le mieux. En effet, ROUSSILLON souligne à raison « *qu'on ne transfère pas n'importe quel contenu psychique sur n'importe quel objet* » (ROUSSILLON, 2011), c'est-à-dire que tout médium a ses limites dans sa capacité à accueillir et à mettre en forme, et qu'en fonction des besoins, certaines médiations sont préférentielles.

Le travail de l'ergothérapeute est donc d'aider le patient, à travers la modification de ces matériaux, à agir sur le monde extérieur afin d'agir sur son monde intérieur. Ce changement, cette évolution, ne peut se faire qu'au sein d'une relation thérapeutique de confiance, dans un milieu suffisamment bon. Dans le cas de patients souffrant d'un ESPT, la personnalité a été restructurée de façon à prévenir et à réagir à un milieu dangereux, défavorable. C'est donc ce milieu suffisamment contenant et cadrant, ce « *holding* » qui fera de la création en ergothérapie un moment non dangereux pour le patient (CHARLOIS, 1992).

Ainsi, dans cet univers où le sens a été mis à mal, le but de l'ergothérapeute est de permettre au patient de redonner du sens à ce qu'il se passe, de rétablir une relation entre lui et le monde. La salle d'ergothérapie est donc un espace transitionnel, renarcissant, dans lequel le patient cesse d'être un objet pour devenir un sujet capable de créer. Or, « *l'œuvre est le miroir de l'état de créateur, de sa capacité d'expression, [...] c'est-à-dire quelle représente mais qu'elle ne ressemble pas* » (CHARLOIS, 1992). C'est d'ailleurs sur la façon dont l'activité créative donne l'occasion à la personne d'agir, sur elle-même et sur son environnement, afin de se sentir mieux et d'améliorer sa qualité de vie que l'étude ici présente porte.

CONSTAT DE RECHERCHE

Il apparaît que l'ESPT est une pathologie dont la prévalence ne cesse d'augmenter, que ce soit en France ou dans les pays étrangers. La problématique principale dont souffrent alors ces individus est une altération de la qualité de vie qui s'exprime par des troubles du sommeil, de la vigilance, une participation diminuée dans les activités de la vie quotidienne, le développement de comorbidités tels que l'alcoolisme ou encore la prise de toxiques.

L'activité est, depuis longtemps, utilisée afin d'aider les victimes souffrant d'un ESPT. A l'heure actuelle, les ergothérapeutes travaillant au sein de service de psychiatrie, en structure hospitalière, utilisent entre autre les vertus de l'activité créative dans leur pratique quotidienne pour venir en aide à ces individus. Ainsi on peut se demander quelles sont les effets et dans quelle(s) mesure(s) cette médiation peut aider les personnes souffrant d'un ESPT.

Ainsi, ma question de recherche a pu être formulée de la façon suivante : « **Dans quelle(s) mesure(s) la pratique d'activités créatives, en ergothérapie, contribue-t-elle à influencer la qualité de vie de personnes souffrant d'un Etat de Stress Post-Traumatique ?** »

Au vu des recherches effectuées, une hypothèse a été émise afin de répondre à cette problématique, à savoir : *La réalisation d'activités créatives permet d'améliorer le bien-être du patient.*

Dans la partie qui suit, sera exposé le processus permettant, ou non, de valider l'hypothèse établie.

CADRE METHODOLOGIQUE ET EXPERIMENTAL

Le but de cette partie est d'établir une méthode expérimentale afin de valider ou invalider l'hypothèse proposée précédemment.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à la méthode expérimentale choisie, puis les résultats seront présentés et analysés afin de pouvoir en discuter.

1. Méthode expérimentale

a) Choix de la méthode et de l'outil

Pour réaliser cette étude, il a fallu choisir une méthode expérimentale : c'est-à-dire une méthode grâce à laquelle les personnes cibles, en l'occurrence des patients souffrant d'un ESPT, peuvent être interrogées. La méthode ici utilisée est hypothético-déductive.

Concernant l'outil, j'ai fait le choix d'utiliser un questionnaire, pour plusieurs raisons :

D'une part, après quelques recherches, j'ai pu m'apercevoir qu'il n'y a pas d'hôpitaux accueillant des personnes souffrant d'ESPT près de chez moi. Ainsi, il paraît plus compliqué de prendre contact avec les différents patients et de pouvoir leur faire passer des entretiens, même téléphoniques. En outre, le temps qui nous est imparti pour réaliser ce mémoire ne nous offre pas la possibilité d'effectuer des déplacements trop importants si nous souhaitons réaliser des entretiens.

D'autre part, il me permet de recueillir des données quantitatives à l'aide de questions à choix multiples, et qualitatives grâce à des questions ouvertes.

Dans un second temps, ma réflexion s'est portée sur le choix du questionnaire. Deux solutions étaient possibles : utiliser un questionnaire de bien-être validé ou créer mon propre questionnaire.

Je suis consciente que l'utilisation d'un questionnaire validé m'aurait permis, lors de mon analyse de me référer à un système de cotation normé, et donc de limiter le biais de l'interprétation. Cependant, il n'existe pas à l'heure actuelle de questionnaire mettant en relation le bien-être et la réalisation d'activités créatives au quotidien. De ce fait, il aurait été plus difficile de pouvoir faire ce lien lors de l'analyse. De plus, les patients bénéficient souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire. Ainsi, il n'aurait pas été possible d'isoler le rôle de l'activité créative en ergothérapie par rapport au bien-être, au sein de cet accompagnement multiple.

D'autre part, afin d'observer ou non, une évolution du niveau de bien-être, en utilisant une échelle validée, il aurait fallu la faire passer au début et à la fin du processus d'intervention en ergothérapie. Or le temps de prise en charge peut varier, en allant de quelques semaines à quelques mois ; les délais imposés par cette étude, ne me permettent donc pas de disposer du temps nécessaire.

Ainsi, j'ai décidé de concevoir mon propre questionnaire pour deux raisons. Dans un premier temps, cela me donne l'occasion de mettre en relation la réalisation d'activités créatives en ergothérapie et l'état de bien-être de la personne à l'aide de mes questions. Dans un second temps, cela me permet d'introduire des questions afin de mesurer l'évolution du bien-être au cours des séances d'ergothérapie. Néanmoins, je suis consciente que l'analyse en sera moins objective, car je n'aurai pas de normes auxquelles me référer.

b) Critères de sélection

Afin que le questionnaire ne soit distribué qu'aux personnes concernées par mon étude, j'ai défini des critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion

J'ai commencé par déterminer la population cible ; rappelons que la population est un ensemble de grande taille ayant une caractéristique commune. La population définie est ici composée de patients civils et militaires, quelle que soit l'armée (Terre, Air, Marine Nationale, Gendarmerie, Sapeurs Pompiers).

La caractéristique commune, est que chaque personne doit avoir subi un évènement traumatique ayant entraîné l'apparition d'un ESPT. La nature de cet évènement traumatique ne représente pas un critère d'inclusion ou d'exclusion.

Une fois la population d'étude définie, je me suis intéressée à l'échantillon : rappelons qu'il s'agit d'une partie, de plus petite taille, sur laquelle une caractéristique peut être étudiée.

Dans ce cas précis, il est important que le diagnostic ESPT ait été posé et que les patients réalisent des activités créatives en ergothérapie.

Critères d'exclusion :

De nombreux diagnostics différentiels de l'ESPT existent, comme l'Etat de Stress Aigu. Ainsi, toute personne souffrant d'une pathologie appartenant aux diagnostics différentiels ne pourra faire partie de cette étude.

De même, toute personne ayant reçu un diagnostic d'ESPT mais ne participant pas à des ateliers d'activités créatives en ergothérapie sera exclue.

D'autre part, mon étude ne concerne que les adultes, de ce fait le questionnaire ne sera pas soumis à toute personne ayant moins de 18 ans.

c) Elaboration du questionnaire

Le questionnaire (cf. ANNEXE II), composé de 9 questions. Il comprend une introduction, et trois parties : la première concerne principalement l'activité créative en elle-même, la seconde introduit le concept de bien-être et la dernière vise à obtenir des renseignements concernant les données sociodémographiques de la personne interrogée.

L'introduction de ce questionnaire consiste en une présentation destinée aux patients. Elle me donne l'occasion de me présenter et d'introduire le sujet de mon mémoire. Le temps à y consacrer est précisé et il est spécifié que l'anonymat sera conservé.

La première partie est constituée des trois premières questions : elles permettent d'avoir une notion de la durée de la prise en charge en ergothérapie de la personne, et quelles activités créatives celle-ci est amenée à réaliser. Elles visent aussi à comprendre comment la personne vit la réalisation et la pratique de ce type d'activités en ergothérapie, et d'avoir son point de vue sur ce que celles-ci lui apporte. Grâce à un regroupement de lectures sur les bénéfices de l'activité créative, plusieurs choix de réponses sont proposés afin que la personne puisse considérer les propositions et cocher celles qui lui semblent le plus appropriées. Cependant, une case « autres » a été insérée à la 3^{ème} question, de façon à permettre à la personne de s'exprimer librement et de rajouter ce que bon lui semble.

La deuxième partie, constituée des questions 4 à 7, porte principalement sur le bien-être et l'évolution de celui-ci au cours de l'hospitalisation de la personne. Le bien-être étant une notion subjective, il a semblé pertinent de laisser, à la 4^{ème}

question, l'occasion à la personne de le définir par elle-même, avec ses propres mots, afin de ne pas imposer notre définition.

A l'aide des 5^{ème} et 6^{ème} questions, un comparatif est réalisé entre le niveau du bien-être et les difficultés rencontrées à l'arrivée dans le service et au moment de passation du questionnaire. De même, une case « autre » a été instaurée afin de laisser la parole au patient, et de lui permettre d'exprimer d'autres difficultés. Ces deux questions considèrent l'évolution du niveau de bien-être et des domaines posant problème, au cours de l'hospitalisation.

Enfin, la 7^{ème} question, sous réserve d'une évolution du bien-être, permet d'obtenir l'avis de la personne concernant l'implication de la réalisation d'activités créatives en ergothérapie, dans ce changement. Cette dernière question a pour but de prendre en considération l'avis du patient au regard de l'hypothèse.

La dernière partie de ce questionnaire est composée des questions 8 à 9, concernant l'âge et le sexe des personnes interrogées.

d) Passation du questionnaire

J'ai commencé par établir une liste des différents hôpitaux d'Instruction des Armées ou des hôpitaux civils renommés pour accueillir des personnes souffrant d'un ESTP. Ainsi j'ai pu prendre contact avec les différents ergothérapeutes travaillant au sein de ces structures afin de savoir s'ils étaient d'accords pour m'aider dans ma recherche. En effet, comme je ne pouvais pas être présente dans les différents hôpitaux de par la distance à parcourir, j'ai demandé aux ergothérapeutes d'imprimer et de faire passer le questionnaire eux-mêmes.

Dans l'idéal, pour compléter les questionnaires, les patients doivent être installés dans une pièce au calme, afin qu'ils puissent se concentrer sur les questions, et prendre le temps d'y répondre sans risquer d'être dérangés. De plus, il est intéressant que l'ergothérapeute se tienne à disposition afin de répondre aux questions quant à une possible incompréhension en lisant le questionnaire.

Afin que ces conditions de passation soient respectées et uniformes pour tous les patients, un document contenant les critères d'inclusion, d'exclusion et les consignes associées (cf. ANNEXE III), a été transmis aux différents ergothérapeutes.

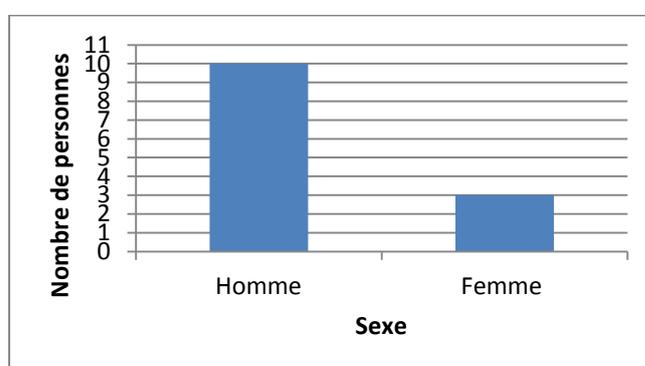
Au terme d'un délai de trois semaines, les questionnaires m'ont été renvoyés afin que je puisse avoir le temps de les analyser.

2. Présentation et analyse des résultats

A l'accusé des questionnaires, nous pouvons en comptabiliser 14, dont 1 non utilisable car la personne ne répondait pas aux questions. De ce fait, ce travail de recherche sera basé sur les 13 questionnaires utilisables. Les résultats ont pu être regroupés dans divers graphiques, allant de 1 à 10, afin que cela soit plus visuel.

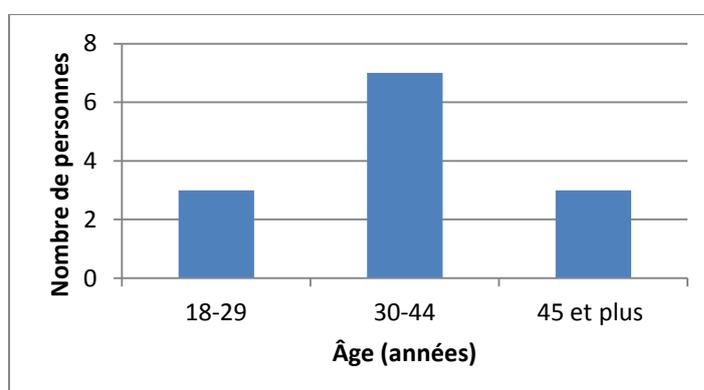
a) Données sociodémographiques

Nous pouvons, dans un premier temps, nous intéresser aux données sociodémographiques. Sur les 13 questionnaires, 10 d'entre eux ont été remplis par des hommes, et 3 d'entre eux par des femmes. Ce qui nous fait un ratio de 77% d'hommes et de 23% de femmes.



Graphique 1 : Sexe des personnes ayant répondu à l'enquête

D'autre part, 3 des patients ont entre 18 et 29 ans, 7 d'entre eux se situent entre 30 et 44 ans et enfin 3 ont plus de 45 ans. En somme, cela fait une moyenne d'âge de 36 ans.

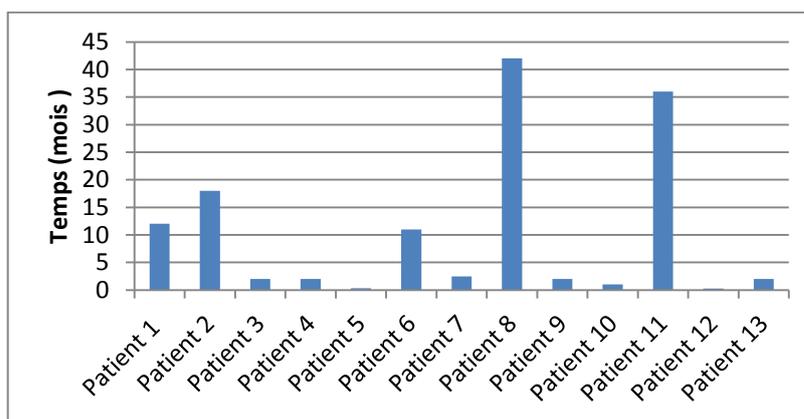


Graphique 2 : Âge des personnes ayant répondu à l'enquête

b) Intérêts et bénéfices de l'activité créative

Nous pouvons à présent nous intéresser aux résultats des questions en rapport avec l'enquête, et dans un premier temps à ceux concernant les activités créatives au quotidien.

Le graphique ci-dessous met en évidence la durée de participation à des activités créatives en ergothérapie, en fonction de chaque patient.



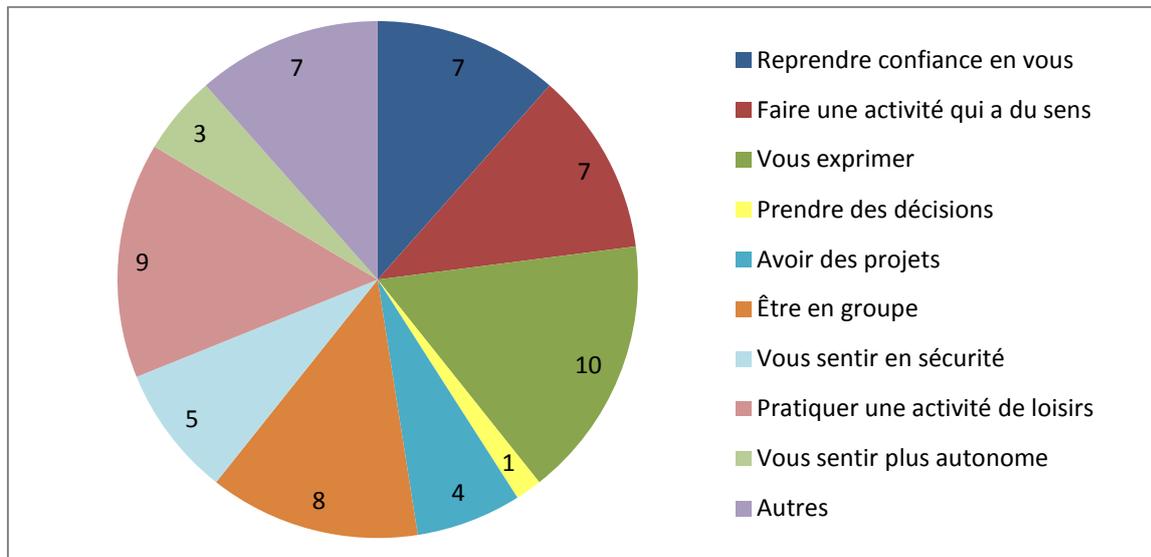
Graphique 3 : Durée de participation à des activités créatives en ergothérapie en fonction des patients

Nous pouvons ainsi voir que les temps de prise en charge en ergothérapie varient d'une personne à l'autre, puisqu'ils vont de 10 jours pour le patient 12, à 3 ans et demi pour le patient 8.

D'autre part, les activités créatives réalisées en ergothérapie, par les patients interrogés, sont diverses et variées. Nous pouvons en effet retrouver les activités suivantes : dessin, scrapbooking, chants récréatifs, peinture, coloriage, activités artistiques, musique, création de visage avec des végétaux, mandala, couture, jardinage, relaxation créative, modelage d'argile, sculpture en fil de fer, écriture poétique, maquettes, création de pantin articulé en papier, mosaïque, plâtre, graphisme, origami et posca. Ainsi, nous pouvons déjà voir que les activités proposées sont riches et peuvent donc s'adapter à chaque individu en fonction de leurs besoins et de leurs préférences.

En effet, ces activités sont mises en place afin de répondre à des besoins inhérents aux conséquences de l'Etat de Stress Post-Traumatique au quotidien. Elles peuvent donc répondre à des besoins spécifiques en fonction de chaque

personne. Le graphique ci-dessous présente l'avis des patients quant aux bénéfices, pour eux, de la réalisation d'activités créatives en ergothérapie.



Graphique 4 : Ce que les activités créatives permettent, en fonction du nombre de patients

Nous pouvons voir que pour la majorité des patients, soit 10 patients sur 13, ce qui représente 77% des patients interrogés, la pratique d'activités créatives favorise l'expression. Cela est en accord avec les propos tenus par CHOUVIER, qui affirme que les créations permettent l'**expression** (CHOUVIER, 2011), puisqu'elles donnent la possibilité aux personnes d'inscrire ce qu'elles ressentent dans, ou à travers, la matière.

L'item arrivant en deuxième position, selon 9 patients sur 13 soit pour 69% d'entre eux, est celui stipulant que la réalisation d'activités créatives leur permet de pratiquer **une activité de loisirs**. Cette notion est d'ailleurs très importante. En effet, nous sommes des professionnels nous basant sur le projet de vie et sur les loisirs des patients que nous rencontrons. Ce, afin d'assurer une prise en charge de qualité dans laquelle le patient sera acteur et qui lui permettra de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie. De plus, nous avons vu précédemment que l'amélioration du bien-être passe par la satisfaction de 3 besoins fondamentaux, à savoir l'autonomie, la compétence et la relation à autrui (RYAN et DECI in LAGUARDIA et RIAN, 2000). Dans ce cas précis, nous pouvons mettre en évidence que la réalisation d'activités

créatives participe à la satisfaction du besoin d'**autonomie**, dans la capacité à choisir et à réaliser des actions.

D'autre part, 8 patients sont d'accords pour dire que la réalisation d'activités créatives leur donne l'occasion de se retrouver en groupe. Cela satisfait un autre des trois besoins fondamentaux de RYAN et DECI, c'est-à-dire le **besoin de relation à autrui**. En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, les personnes souffrant d'un ESPT se retrouvent souvent seules, ou isolées, de par l'incompréhension que leurs comportements suscite ou du fait de leurs difficultés à sortir et à interagir avec autrui. Ainsi dans 62% des cas, la pratique d'une activité créative satisfait leur **besoin de relations sociales et d'appartenance à un groupe**.

Pour 7 patients sur 13, donc dans 54% des cas, la réalisation d'activités créatives en ergothérapie leur permet à la fois de **reprendre confiance en eux** et de **faire une activité qui a du sens**, donc une activité signifiante. D'autre part, en cochant la case « **autre** », ils sont d'accord pour dire que l'activité créative leur permet également « *de se changer les idées, de se détendre/lâcher prise, d'apprendre et de réaliser des choses dont ils ne se pensaient pas capables, de réapprendre à construire et non plus à détruire et enfin de se laisser embarquer par les émotions* ». Ces 3 items sont donc importants pour ces personnes dont les personnalités et la vie ont été mises à mal lors d'un évènement traumatique, et qui souffrent de symptômes les gardant en alerte permanente, les empêchant ainsi de prendre du plaisir dans leurs occupations de tous les jours. En tant qu'ergothérapeutes, rendre possible la réalisation des activités quotidiennes fait partie de nos priorités. Ainsi donner l'occasion à des personnes de réaliser des activités qui leur font sens, de reprendre confiance en eux ou encore de se détendre au sein de l'atelier est important dans notre pratique professionnelle.

Avec un peu moins de réponses, c'est-à-dire pour 5 patients sur 13, soit dans 39% des cas, la pratique d'activités créatives en ergothérapie permet aux personnes de **se sentir en sécurité**. Ici apparaît la notion de cadre suffisamment contenant et sécuritaire pour prodiguer à la personne un sentiment de sécurité, dont elle est dépourvue à l'extérieur de l'atelier. Une fois en sécurité, celle-ci peut donc se laisser aller, se détendre et se consacrer entièrement à l'activité réalisée.

Dans 31% des cas, soit pour 4 patients sur 13, être en ergothérapie et réaliser des activités créatives leur donne l'occasion d'avoir **des petits projets à mener**. Nous pouvons donc comprendre que cela leur offre la possibilité de se projeter dans une activité, que ce soit au cours d'une ou plusieurs séances.

Pour 3 patients sur 13, donc pour 23% des personnes, cela favorise leur sentiment **d'autonomie**. Enfin, pour 1 personne sur 13, donc dans 8% des cas, la pratique d'activités créatives lui permet de prendre des décisions. Ces deux items, bien que non partagés par tous, remplissent aussi ce premier des trois besoins fondamentaux qui participe à l'amélioration du bien-être d'après RYAN et DECI.

Ainsi, deux des trois besoins concourant à l'amélioration du bien-être sont rendus accessibles grâce à l'activité créative. De plus, cela donne l'occasion aux différentes personnes de réinvestir les activités de la vie quotidiennes et les relations sociales qu'elles ont délaissées après leur traumatisme. Mais sommes-nous d'accord, nous les thérapeutes et eux les patients, sur ce qu'est le bien-être ?

c) Bien-être et activité créative

Afin de connaître l'avis des patients sur ce que représente le bien-être, les différentes définitions rédigées ont été consignées dans le tableau suivant, dans le but de mettre en évidence les points communs ainsi que les divergences.

Patient 1	Se sentir mieux, prendre des décisions, meilleure autonomie
Patient 2	Se sentir mieux dans sa peau, partager, créer, avoir de l'empathie, écouter les autres, avoir une hygiène corporelle
Patient 3	Pas de réponse
Patient 4	Être détendu, en paix avec soi-même
Patient 5	Faire confiance aux animateurs, me redonner confiance en moi, réapprendre à refaire des choses
Patient 6	Avec soi-même, avec les autres
Patient 7	S'estimer soi-même
Patient 8	Penser ou se sentir ailleurs qu'à la guerre ou au contact de la mort
Patient 9	Avoir confiance en soi, être bien dans sa tête, s'aimer
Patient 10	Se sentir bien dans sa peau, sans pensées négatives. Profiter des bons moments de la vie.

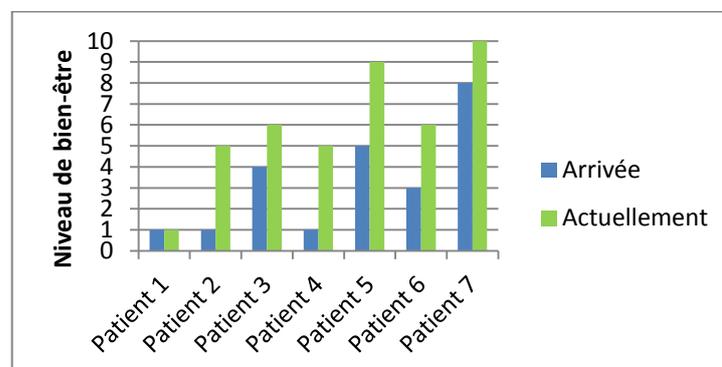
Patient 11	Se sentir mieux, tout va bien, être à l'aise avec les autres
Patient 12	Se sentir en sécurité, sans soucis de santé, être bien moralement, avoir le goût de vivre avec les autres et avoir le goût de faire les choses
Patient 13	Utiliser l'ergothérapie comme un jeu de cohésion

Graphique 5 : Définition du bien-être en fonction de chaque patient

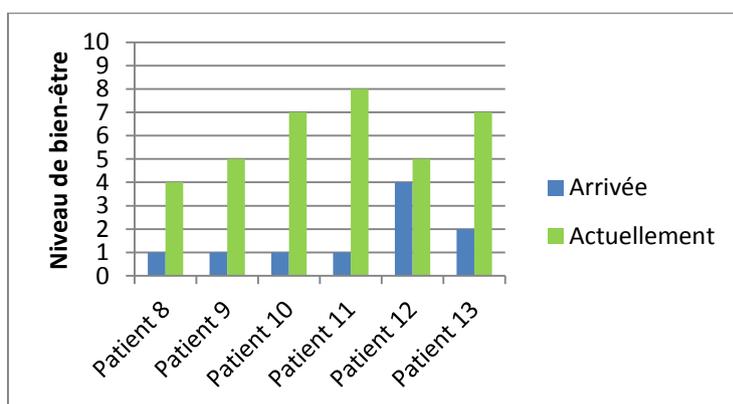
A l'aide de ce tableau, nous pouvons voir que les définitions du bien-être sont diverses et variées et dépendent de chaque individu. Cependant, nous pouvons noter que malgré la disparité des réponses, celles-ci ont quelques points communs. En effet, elles abordent pour la plupart le fait d'avoir une bonne estime de soi, de se sentir mieux, de penser à autre chose qu'à la mort ou encore de reprendre confiance en soi, d'avoir l'envie de vivre avec les autres, le goût de faire les choses et de profiter de la vie.

Ces termes se rapprochent de ceux énoncés dans la définition du bien-être citée par RYFF et KEYES dans la partie théorique de ce travail de recherche. Ainsi, même si le bien-être est une notion subjective, il semble y avoir une représentation commune et semblable de celui-ci.

Maintenant que nous sommes d'accords sur ce qu'est le bien-être d'après les patients, nous pouvons nous intéresser à l'évolution de ce dernier. Les graphiques 4 et 5 suivants mettent en évidence l'évolution de celui-ci entre le moment où les patients sont arrivés en hospitalisation et le moment de passation du questionnaire



Graphique 6 : Comparaison du niveau de bien-être à l'arrivée dans le service et à l'heure actuelle, en fonction des patients 1 à 7

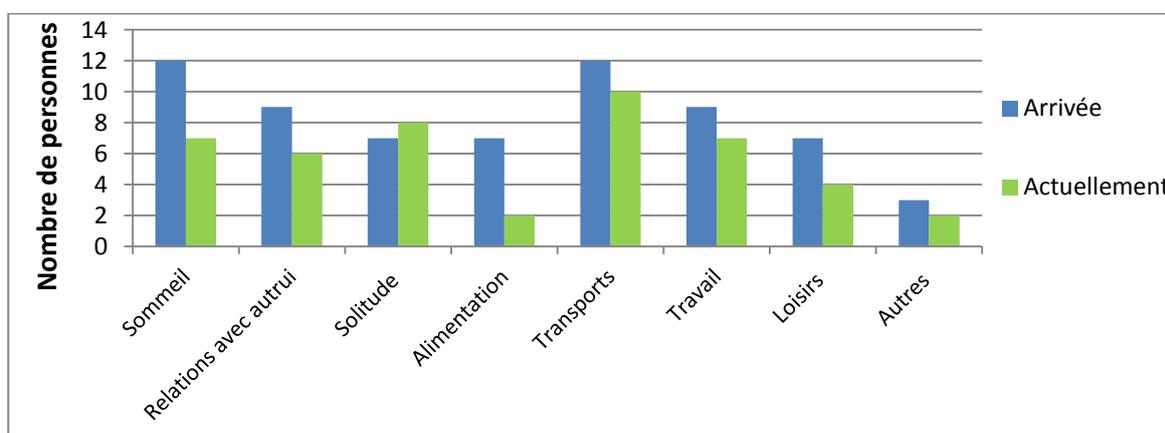


Graphique 7 : Comparaison du niveau de bien-être à l'arrivée dans le service et à l'heure actuelle, en fonction des patients 8 à 13

Nous pouvons remarquer que le niveau de bien-être est multiplié de 1,25 fois pour les patients 7 et 12 à 8 fois pour le patient 11 entre l'arrivée de la personne à l'hôpital et le moment de passation du questionnaire. Cependant, nous pouvons noter qu'aucune évolution n'est remarquée pour le patient 1.

En ce qui concerne les 12 patients pour lesquels le niveau de bien-être a augmenté, nous pouvons mettre en évidence une augmentation moyenne de 3.6 fois. Ainsi, l'amélioration du bien être est notable entre le moment où les patients sont arrivés à l'hôpital et le moment où ils ont rempli le questionnaire. De ce fait nous pouvons dire que dans 92% des cas, les patients estiment ressentir une amélioration de leur bien-être.

Afin d'avoir plus d'informations concernant les domaines qui étaient problématiques à l'arrivée du patient dans le service et ceux qui le sont encore actuellement, nous pouvons nous appuyer sur le graphique ci-dessous



Graphique 8 : Comparaison des domaines problématiques rencontrés au quotidien par les patients, à l'arrivée dans le service et actuellement

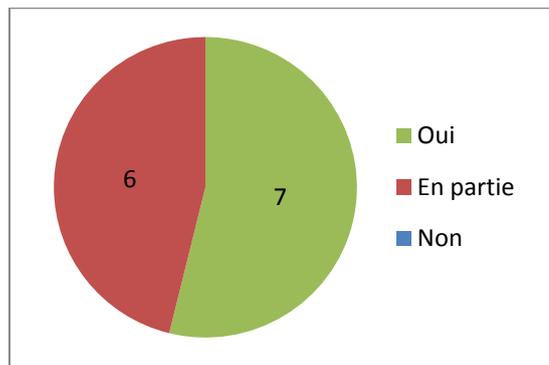
A l'aide de ce graphique nous pouvons voir que dans 7 domaines sur 8, soit 85% des cas, le nombre de personnes rencontrant des problèmes diminue au cours de l'hospitalisation. En effet, que ce soit dans le domaine du sommeil, des relations avec autrui, de l'alimentation, des transports, du travail, des loisirs ou « autres », on observe une diminution du nombre de personnes rencontrant ces difficultés au cours de l'hospitalisation. Dans la case « autres », nous retrouvons les difficultés suivantes : phobie de la foule, phobie des transports, absence d'armement et de protection balistique, hypervigilance, sensation d'agression et de violence permanente, être à l'aise avec soi, idées noires, manque de loisirs et manque de contact avec la famille et les proches.

D'autre part, nous pouvons mettre en évidence que seul le nombre de personnes rencontrant des problèmes avec la solitude a augmenté. En effet, tandis que 7 personnes rencontraient des difficultés dans ce domaine au début de l'hospitalisation, nous pouvons voir qu'elles sont 8 au moment de la passation du questionnaire. Cette augmentation se fait malgré l'amélioration que l'on observe dans le domaine des relations avec autrui.

De ce fait, nous pouvons prendre le parti de dire qu'une amélioration du bien-être et une diminution des difficultés rencontrés au quotidien, sont visibles suite à l'analyse de ces graphiques.

Toutefois, la prise en charge au sein de l'hôpital est pluridisciplinaire. En effet, il est important de ne pas oublier qu'un ergothérapeute travaille en équipe et que ce sont les efforts conjugués et coordonnés de cette équipe qui permettent d'accompagner au mieux les patients. Ces derniers ont effectivement la possibilité, en fonction des services, d'échanger avec les infirmières et les médecins, de s'entretenir avec des psychologues et des psychiatres ou encore de bénéficier de séances avec d'autres professionnels de santé en plus de la prise en charge en ergothérapie. De plus, tout cet accompagnement thérapeutique est souvent couplé à un soutien médicamenteux. Il n'est donc, pour l'instant, pas évident que ce soit la réalisation d'activités créatives en ergothérapie qui participe à l'amélioration de ce bien-être.

Ainsi, nous pouvons nous appuyer sur les réponses données par les patients dans le graphique suivant afin de nous guider dans notre réflexion.



Graphique 9 : Amélioration du bien-être en relation avec la réalisation d'activité(s) créative(s), d'après les patients

Il a été demandé aux patients qui ont constaté une amélioration de leur bien-être, si la participation à des activités créatives en ergothérapie y a contribué. Seules 12 personnes ont répondu, puisque pour le patient 1, aucune amélioration du bien-être n'était visible. Cependant on comptabilise 13 réponses car l'un des patients a coché à la fois « oui » et « en partie ». Les deux réponses ont donc été introduites dans le graphique.

Il ressort de ce graphique, que pour 7 patients sur 13, soit dans 54% des cas, la pratique d'activités créatives en ergothérapie concourt à l'amélioration de leur bien-être au quotidien. Toutefois, pour 6 d'entre eux, soit pour 46% des personnes, elle y participe « en partie ». Ces réponses rejoignent le fait que la prise en charge de ces patients en institution est un accompagnement pluridisciplinaire dans lequel tous les professionnels se joignent pour aider le patient à aller mieux, au quotidien.

Afin, de mieux comprendre comment, selon les patients, la réalisation d'activités créatives a participé à l'amélioration de leur bien-être au quotidien, leurs réponses ont été consignées dans le tableau suivant.

Patient 1	L'année passée j'étais hospitalisée en période de crise. Cette année, je suis en début d'hospitalisation donc il faut attendre la fin de l'hospitalisation pour voir le bien-être. Par contre il y avait un bien-être entre les deux hospitalisations et possibilité d'arriver à des objectifs grâce à une guidance de l'ergothérapeute.
Patient 2	Reprendre gout à certaines activités, avoir confiance en soi.
Patient 3	Pas de réponse.

Patient 4	J'apprends des choses sur moi que je ne connaissais pas, je fais des choses dont je ne sentais pas capable.
Patient 5	Pas de réponse.
Patient 6	L'effort de concentration que me demande la pratique d'une activité créative en ergothérapie me détourne de mes angoisses du quotidien (sentiment de peur de l'autre, d'angoisse).
Patient 7	Faire pour découvrir, travail en groupe cool (phobie des transports).
Patient 8	Les activités créatives s'additionnent aux autres activités et soins thérapeutiques, et c'est l'ensemble de tout cela qui permet l'évolution.
Patient 9	Cela me permet de m'exprimer, ça me détend, anti-stress, retrouver ses sensations. Séances individuelles car pas pu être prise en groupe et c'était très bien.
Patient 10	Les activités créatives permettent de s'évader un moment et d'avoir les idées ailleurs.
Patient 11	C'est un endroit calme, qui apaise. Je ne réfléchis pas à d'autres trucs. Je reste concentrée sur le travail que je fais.
Patient 12	L'ergo permet de s'exprimer via l'art en pouvant mettre des mots sur ses maux grâce aux créations artistiques, cela permet de nous exprimer.
Patient 13	Mon changement avec autrui est plus présent, ma créative est développée.

Graphique 10 : Intérêts de la réalisation d'activité(s) créative(s) d'après les patients

Nous pouvons voir que les réponses coïncident avec les éléments relevés précédemment. En effet, le patient 1 exprime qu'il ne ressent aucune amélioration du bien-être depuis son entrée récente en hospitalisation, mais qu'il avait cependant ressenti une amélioration de ce celui-ci grâce aux hospitalisations précédentes. Ce même patient met aussi l'accent sur un point important : **l'accompagnement thérapeutique** et son rôle dans le processus d'intervention. Ici s'introduit donc la notion de relation thérapeutique et du rôle, de la place, de l'ergothérapeute lors des séances d'ergothérapie. L'ergothérapeute agit ici comme un conseiller avisé permettant à la personne de trouver l'activité ou le matériau qui lui permettra au mieux de s'exprimer et de réaliser ses objectifs. Mais l'ergothérapeute est aussi là pour écouter ou pour respecter les silences des personnes dans l'atelier.

Les patients 2 et 4 affirment que la réalisation d'activités créatives leur donne l'occasion de **reprendre goût à pratiquer des activités**, dont certaines qu'ils ne se sentaient pas capables.

Le patient 6 introduit un autre bénéfice des séances d'ergothérapie : en effet, il stipule que la réalisation d'activités créatives lui demande un effort de concentration qui lui permet de **se détourner des angoisses** qui le taraudent, l'envahissent, au quotidien. Cette notion de concentration est d'ailleurs reprise par le patient 11 qui explique que cela l'apaise puisqu'il ne réfléchit pas à autre chose pendant le temps de l'activité. On note ici que l'activité créative a aussi une fonction canalisante : elle permet aux différents patients de s'investir, de se concentrer dans leurs activités, et d'avoir « *les idées ailleurs* » comme le stipule le patient 10.

D'autre part, les modalités de participation sont évoquées : tandis que le patient 7 met l'accent sur **l'aspect groupal de l'activité**, le patient 9 insiste sur le fait que les séances sont réalisées **en individuel**. Ainsi, nous pouvons voir que les conditions de participation à ces activités peuvent aussi varier en fonction du besoin et des capacités des patients. L'ergothérapeute est alors là pour adapter les conditions de participation aux séances en fonction des troubles des patients et des objectifs de ce dernier. Le patient 13 explique justement que les relations qu'il entretient avec autrui ont été modifiées, améliorées, au cours des séances.

Par ailleurs, la réponse du patient 8 coïncide avec les affirmations déduites auparavant, puisqu'il parle des autres soins qui lui sont prodigués, et des autres activités auxquelles il peut participer. Il avance que c'est cet ensemble qui concourt à l'amélioration de son bien-être.

d) Synthèse des résultats

Ainsi, nous pouvons affirmer que la richesse des activités créatives proposées en ergothérapie permet aux patients d'en retirer de nombreux bénéfices.

Dans un premier temps nous avons pu voir, grâce aux résultats établis et à l'analyse de ceux-ci, que la réalisation d'activités créatives permet majoritairement aux patients de s'exprimer grâce aux divers matériaux et outils proposés. Elles leur assurent aussi de pouvoir pratiquer une activité de loisirs dans laquelle ils vont

pouvoir s'investir, qui va leur permettre de nouer, ou renouer, des liens avec autrui ou encore de se détendre tout en reprenant confiance en eux.

Dans un second temps, la réalisation d'activités créatives au sein de l'atelier procure, pour certains, un sentiment de sécurité qui leur fait défaut en dehors le reste du temps. Enfin, pour quelques-uns, cela leur permet de se sentir plus autonomes et de faire des choix concernant l'activité qu'ils réalisent.

Le bien-être, d'après les nombreuses revues de littérature, est défini comme étant une notion prenant en compte de multiples facteurs subjectifs tels que l'estime de soi, la possibilité d'être autonome, la liberté de prendre des décisions ou encore d'avoir des relations satisfaisantes avec autrui.

Au regard des définitions données par les différents patients, le bien-être se définit comme étant la résultante de différents facteurs, tels que la confiance en soi, l'estime de soi, l'envie et le goût de vivre des choses et de vivre avec ses pairs.

Ainsi, il a été possible d'établir une corrélation entre les définitions établies dans les revues de littérature et celles rédigées par les patients.

Les résultats de cette étude mettent en exergue que le niveau de bien-être des patients a augmenté au cours de l'hospitalisation pour 12 patients. De plus, pour ces derniers le nombre de domaines qui étaient problématiques au quotidien a diminué.

3. Discussion

a) Retour sur l'hypothèse

L'hypothèse établie dans le but de répondre à la question de recherche, était que la réalisation d'activités créatives permet d'améliorer le bien-être du patient. Au vu des résultats obtenus, nous pouvons valider partiellement l'hypothèse. En effet, l'analyse des questionnaires a permis de mettre en exergue que le bien-être des patients interrogés, a augmenté dans 92% des cas, au cours de l'hospitalisation. De ce fait, une amélioration notable du bien-être peut-être mise en avant.

D'autre part, parmi ces 92%, tous sont d'accord pour affirmer que la pratique d'activités créatives a eu une influence dans l'amélioration de ce bien-être. Cependant, une nuance est à apporter puisque près de la moitié d'entre eux admettent que la pratique d'activités créatives les a **partiellement** aidé.

De plus, l'analyse des réponses aux questions ouvertes a permis de renforcer cette idée de prise en charge pluridisciplinaire, au sein de laquelle l'ergothérapie prend place.

Ainsi, nous pouvons établir que la réalisation d'activités créatives en ergothérapie améliore le bien-être des patients, mais que cela se fait grâce à une relation thérapeutique adaptée, un cadre suffisamment contenant, sécurisant, et de concert avec une prise en charge pluridisciplinaire.

De ce fait, en participant à l'amélioration du bien-être, l'ergothérapeute participe à **l'amélioration de la qualité de vie** de personnes souffrant d'un Etat de Stress Post-Traumatique.

b) Limites et biais de ce travail de recherche

Que ce soit lors de la création de l'outil de recherche, ou lors de la passation des questionnaires, des limites et des biais ont pu être mis en évidence.

En ce qui concerne les limites, nous pouvons dans un premier temps aborder le nombre de questionnaires reçus et analysés. En effet, bien qu'une quinzaine d'hôpitaux civils et militaires aient été contactés, seuls 4 d'entre eux ont pu répondre présents à mon appel, et ce pour plusieurs raisons. D'une part, certains hôpitaux n'accompagnaient actuellement pas de personnes souffrant d'un ESPT. D'autre part, il est arrivé que des hôpitaux recevant des personnes atteintes d'un ESPT, n'aient pas d'ergothérapeute dans leur service. Enfin, lorsque les hôpitaux réunissaient les conditions nécessaires à mon étude, les délais impartis se sont révélés quelques fois trop courts pour permettre aux ergothérapeutes de faire passer les questionnaires.

De ce fait, l'échantillon de personnes sur lequel l'analyse des questionnaires se porte n'est pas assez large. Il n'est donc pas possible de généraliser la réponse apportée à la question de recherche, mais seulement de se faire une idée sur la question. Des recherches de plus grande ampleur pourraient permettre d'avoir plus de réponses et donc d'étoffer ce travail de recherche.

Dans un second temps nous pouvons parler du fait qu'il s'agit de la première fois que je réalise un questionnaire. Le peu de recul qu'il est possible de prendre lors de la conception de celui-ci entraîne des lacunes que ce soit dans la manière de poser des questions ou encore dans le nombre de questions. En effet, c'est à posteriori et

après analyse des questionnaires que nous nous rendons compte des questions qu'il aurait aussi été intéressant de poser afin d'avoir une analyse plus complète et pertinente.

Enfin, le fait d'avoir créé moi-même le questionnaire apporte une limite supplémentaire à cette étude, puisqu'il n'est pas possible de se référer à des normes lors de l'analyse. Ainsi, bien que celle-ci soit la plus objective possible, il reste des limites quant à l'interprétation des résultats, qui reste personnelle.

Cela nous amène aux biais de cette étude. En effet, nous pouvons enchaîner sur le fait qu'écrire ses propres questions est difficile dans le sens où il est important de réussir à ne pas orienter les réponses. Nous pouvons, par exemple, noter la présence de l'hypothèse à la question 7. De ce fait, il est possible de se demander si les réponses apportées n'ont pas été influencées par l'envie des patients de « bien répondre » à ce questionnaire et notamment à cette question.

D'autre part, je n'ai pas fait passer ce questionnaire moi-même, de par la distance trop importante à parcourir, ainsi il n'est pas possible de savoir si les conditions de passation ont été les mêmes d'une personne à l'autre.

c) Perspectives envisagées

Il pourrait être intéressant de se servir de ce travail de recherche comme base pour la suite. En effet, il est possible d'utiliser les difficultés rencontrées et les axes d'amélioration mis en évidence afin de refaire un questionnaire plus complet. Celui-ci pourrait ensuite être transmis aux différents hôpitaux, sur un temps d'étude plus long afin de maximiser les retours de questionnaires.

Il serait également possible de ne pas limiter cette étude, comme il en a été question ici aux adultes, mais de lire et de se renseigner sur l'ESPT et ses conséquences chez l'enfant. Ce, afin de voir comment l'activité créative pourrait améliorer leur bien-être et les aider à se reconstruire pour leur vie future, d'autant plus qu'ils sont très sensibles au domaine de la création et de l'imagination.

Enfin, des entretiens pourraient être réalisés avec des ergothérapeutes travaillant au quotidien avec des personnes souffrant d'un ESPT. Ce, afin d'avoir de plus amples informations concernant leur pratique, leur formation, et les évolutions qu'ils

peuvent observer au cours des séances concernant les patients qu'ils sont amenés à suivre.

L'étude, en parallèle, des entretiens et des questionnaires permettrait de coupler les informations et les avis, à la fois des patients qui sont les principaux sujets de cette étude, et des ergothérapeutes qui sont amenés à les accompagner dans cette épreuve difficile.

CONCLUSION

Tout au long de ce travail d'étude, j'ai pu m'intéresser aux personnes souffrant d'un Etat de Stress Post Traumatique, et à l'intérêt pour elles de réaliser des activités créatives en ergothérapie, en termes de bien-être et de qualité de vie au quotidien. Ce travail de recherche a donc été élaboré afin de répondre à la question suivante : *« Dans quelle(s) mesure(s) la pratique d'activités créatives, en ergothérapie, contribue t-elle à influencer la qualité de vie de personnes souffrant d'un Etat de Stress Post Traumatique ? »*

Afin de répondre à cette problématique, de nombreuses recherches dans la littérature française et anglophone ont été réalisées. Ce, dans le but de collecter un maximum d'informations au regard de la pathologie concernée, des troubles que celle-ci peut engendrer au quotidien, mais aussi du rôle de l'ergothérapeute et de celui de l'activité créative auprès de patient souffrant d'un ESPT. Suite à cela, une hypothèse a pu être établie afin de répondre à la question de recherche, à savoir : *« La réalisation d'activités créatives permet d'améliorer le bien-être du patient »*.

A partir de cette hypothèse, un questionnaire a été mis en place, à destination des patients souffrant d'un ESPT et réalisant des activités créatives en ergothérapie.

A la réception des questionnaires, après un délai de 3 semaines, une analyse a été réalisée afin de mettre en évidence le rôle de l'activité créative dans l'amélioration du bien-être de ces personnes. Il a pu être mis en exergue que les patients pratiquant des activités créatives en retirent de nombreux bénéfices que ce soient en termes de lien social, de confiance en soi, de sentiment de sécurité, de loisirs, mais surtout dans leurs capacités à s'exprimer et à penser à autre chose.

Il a également été souligné les rôles importants du cadre, de la relation et de la médiation au cours des ateliers d'ergothérapie et au regard de l'amélioration du bien-être de ces personnes.

L'accent a été mis sur l'intérêt que peut avoir un travail en équipe, et sur le fait que l'ergothérapeute est un professionnel devant prendre part à cette collaboration dans le but de participer à l'amélioration du bien-être des patients.

Les limites de cette étude ont pu montrer qu'un travail de plus grande ampleur serait davantage intéressant et pertinent afin de prodiguer une réponse plus adaptée à la question de recherche.

Du point de vue personnel et professionnel, la réalisation de ce travail de recherche m'a permis de me découvrir un goût pour la recherche et la collecte d'informations, ainsi que dans la synthèse de celles-ci. J'ai pu approfondir et enrichir mes connaissances, même s'il me reste encore beaucoup à apprendre.

Tout au long de cette étude j'ai eu la chance de pouvoir communiquer, échanger et apprendre des différents ergothérapeutes contactés, ce qui m'a permis de m'enrichir professionnellement.

Je me suis également interrogée sur le rôle et la pratique de l'ergothérapeute auprès de personnes souffrant de cette pathologie dont on entend de plus en plus parler. En effet, au vu de la conjoncture actuelle, l'Etat de Stress Post-Traumatique est une pathologie qui touche de plus en plus de monde, quelque soit l'âge. Il pourrait alors être intéressant que les ergothérapeutes y soient formés, au même titre que pour les autres pathologies psychiatriques que nous sommes amenés à rencontrer, afin de ne pas nous retrouver démunis.

Enfin, il pourrait être pertinent de s'intéresser à la notion de résilience chez les personnes souffrant d'un Etat de Stress Post-Traumatique. Elle est définie comme étant « *la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères.* » (MANCIAUX, 2001). Nous pouvons alors nous demander si l'âge auquel survient l'évènement traumatique est lié aux capacités de résilience de la personne ? Un enfant fera t-il alors preuve de plus ou de moins de capacités de résilience qu'un adulte ? Quel pourrait alors être le rôle de l'ergothérapeute dans ce processus, et ce quelque soit l'âge de la vie ? Dans la suite de ce travail de recherche, nous pourrions alors nous demander si la réalisation d'activités créatives participe à ce processus de résilience.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^o édition. ELSEVIER-MASSON, p.533-540.
- ANDRE J-M, FARCY P et PIERQUIN L. *Ergothérapie*. Paris : Masson, 1980, p.170-196.
- BARROIS C. *Les névroses traumatiques : Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques*. Paris : DUNOD, 1998, 248 pages.
- CHARLOIS F. L'acte de créer, facteur d'identité pour le patient. In IZARD M-H, MOULIN M. et NESPOULOUS R. *Expériences en ergothérapie*, 4^o série. Paris : Masson, 1991, p.110-116.
- CHOUVIER B. La médiation dans le champ psychopathologique. In BRUN A. *Les médiations thérapeutiques*. Eres, 2011, p.37-47.
- CROCQ L. Stress et Trauma. *Traumatismes psychiques : prise en charge psychologiques des victimes*. (2^{ème} édition). Psychologie. Elsevier Masson. 2014, p.7–16.
- DAVIS M. et WALLBRIDGE D. *Winnicott. Introduction à son œuvre*. 2^{ème} édition. Paris : Quadrige, 2005, p.58-67.
- KLEIN F. Ergothérapeute, pour quoi faire ? In FERNANDEZ Helene. *Ergothérapie en psychiatrie*. Marseille : Solal, 2007, p.23-38.
- INSERM. Activité physique : contexte et effets sur la santé. *Effets sur le bien-être et la qualité de vie*. Paris : Inserm, 2008, p. 193-197.
- LEBIGOT F. *Le traumatisme psychique*. (2^{ème} édition). Bruxelles : Fabert, 2011, p. 5-61.
- MARGOT-CATTIN I. et MARGOT-CATTIN P. Ergothérapie : profession pivot d'un réseau de compétences pour la qualité de vie et le bien-être du « client ». In IZARD M-H et NESPOULOUS R. *Expériences en ergothérapie*, 18^o série. Montpellier : Sauramps médical, 2005, p. 143-147.
- MENARD M. La fabrique du cadre en ergothérapie. In FERNANDEZ Helene. *Ergothérapie en psychiatrie*. Marseille : Solal, 2007, p. 39-54.
- MILNER M. Introduction. In BRUN A. *Les médiations thérapeutiques*. Eres, 2011, p.7-19.

- PIBAROT I. Activité thérapeutique en ergothérapie. In FERNANDEZ Helene. *Ergothérapie en psychiatrie*. Marseille : Solal, 2007, p. 13-22.
- ROUSSILLON R. Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiation. In BRUN A. *Les médiations thérapeutiques*. Eres: 2011, p. 37-47.
- VETERANS AFFAIRS CANADA. *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and War Related*. 2006, 30 pages.

Articles

- ACIERNO R., FRUEH B.C. et RICHARDSON L.K. Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *Aust NZJ Psychiatry*. 2010, volume 44, p 4-19.
- ADANT G. La qualité de vie : du concept à l'évaluation. *Ergothérapie*. 2004, n°15, 3° trimestre, p. 15-20.
- ALHANATI L., BOUIX J. et DONAT N. et al. Epidémiologie des blessés de guerre français en Afghanistan : de la blessure à la réinsertion. *Urgences*. 2015, chapitre 83, p.1-20.
- BOISSEAUX H. Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique. *Médecine et armées*. 2010, Février, n° 1, p. 29-36.
- CHERFI Z. Du traumatisme au lien psychique. *Pratiques psychologiques*. 2008, volume 14, n° 4, p. 471-480.
- CHIDIAC N. et CROCQ L. Le psychotrauma II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. *Annales Medico-Psychologiques*. 2010, volume 168, p. 639-644.
- CHIDIAC N. et CROCQ L. Le psychotrauma, Stress et Trauma, considérations historiques. *Annales Medico-Psychologiques*. 2010, volume 168, p. 311-319.
- CLARYS D., EL-HAGE W. et TAPIA G., et al. Les troubles cognitifs dans le Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): une revue de la littérature. *L'année psychologique*. 2007, volume 107, n°3, p.489- 523.
- CREMNITIER D. et LAURENT A. Syndrome de stress post traumatique : clinique et thérapie. *EMC – Toxicologie Pathologie 2*. 2005, p.178-184.
- CROCQ L. Historique de la pathologie du trauma. *Le journal des psychologies*. 2003, n°207, p.12-17.
- ENGEL-YEGER B., LEV-WIESEL R. et PALGY-LEVIN D. Predicting fears of intimacy among individuals with post-traumatique stress symptoms by their

- sensory profile. *The British Journal of Occupational Therapy*. 2015, volume 78, p.51-57.
- GRAVEL CREVIER M., JUSTER R-P. et MARIN M-F. L'état de stress post-traumatique d'un point de vue scientifique et clinique, *Mammoth Magazine*. 2012, n° 12, 12 pages.
 - HAUTE AUTORITE DE SANTE. Qualité de vie et infarctus du myocarde. *Programmes Pilotes – Impacts Cliniques*. 2013, p.6-7.
 - LAFAYE C. Bien-être et qualité de vie : l'approche par capacités. 5^{ème} conférence internationale sur l'approche par capacités. 2005, p.1-16.
 - LAGUARDIA J. et RYAN R. Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : Théorie de l'autodétermination et applications, *Revue québécoise de psychologie*, 2000, volume 21, n°2.
 - MANCIAUX M. La résilience. Un regard qui fait vivre. *Etudes*, 2001, volume 395, n°10, p 321-330.
 - MURTAGH D. Occupational therapy: First World War centenary – growth from conflict. *The British Journal of Occupational Therapy*. 2014, Volume 77, n°7, p1.
 - ORSENNEAU C. Potentiel thérapeutique d'activités signifiantes et significatives et réalité virtuelle. *Ergothérapie*. 2009, Hors série.
 - PIBAROT I. Comment nommer la science qui fonde notre avenir professionnel. *Ergothérapie : perspectives identitaires*. 2002, p.6-10.
 - SNEDDEN D. La pratique sensible aux traumatismes : un nouveau rôle en ergothérapie, *Actualités ergothérapeutiques*. 2012, volume 14, n°6, p.26-28.

Autres

- Association Canadienne des Ergothérapeutes. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.caot.ca/> (Consulté à de nombreuses reprises)
- Association Nationale Française des ergothérapeutes. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.anfe.fr/index.php/definition> (Consulté le 11/10/2016)
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/> (Consulté 15/11/2016)
- Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.plusqu1souvenir.ca/> (Consulté le 05/10/2016)
- Institut de Veille Sanitaire. [En ligne]. Disponible sur : <http://INVS.santepubliquefrance.fr/> (Consulté le 05/10/2016)

- TRAUMAPSY [En ligne]. Disponible sur <http://traumapsy.com> (Consulté le 10/10/2016)

GLOSSAIRE

- ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- CAOT : Canadian National Organisation of Occupational Therapists
- CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
- EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique
- HAS : Haute Autorité de Santé
- InVS : Institut de Veille Sanitaire
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ANNEXES

ANNEXE I : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE DU DSM-IV-TR.....	1
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PATIENTS.....	3
ANNEXE III : LETTRE EXPLICATIVE DU QUESTIONNAIRE	6

ANNEXE I : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE DU DSM-IV-TR

■ Critères diagnostiques du F43.1 1309.811 Trouble État de Stress post-traumatique

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou (ici) ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
- (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. N.-B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. N.-B. : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme
- (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. N.-B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable
- (3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). N.-B. : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir
- (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause
- (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause

C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
- (2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme

(suite)

□ **Critères diagnostiques du F43.1 [309.811 Trouble État de Stress post-traumatique (suite)**

- (3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
- (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
- (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
- (6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)
- (7) sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- (2) irritabilité ou accès de colère
- (3) difficultés de concentration
- (4) hypervigilance
- (5) réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PATIENTS

Questionnaire : Activité créative et bien-être

Bonjour,

Je suis étudiante en 3^e année d'ergothérapie à l'Institut de Formation de Saint Sébastien de Morsent. Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la relation entre l'activité créative et le bien-être chez des personnes souffrant d'un Etat de Stress Post-Traumatique.

Ainsi, je souhaiterais que vous répondiez aux quelques questions de ce questionnaire. Cela ne vous prendra pas plus de 10 minutes, mais vous êtes libre d'arrêter à tout moment.

Je vous remercie par avance du temps que vous allez consacrer à ce questionnaire et je m'engage à ce que les informations que vous allez me transmettre restent anonymes.

Bien à vous,

Marine

1. Depuis combien de temps participez-vous à des ateliers d'activité créative en ergothérapie?

.....
.....
.....

2. A quel type d'activités créatives participez-vous ?

.....
.....
.....

3. Ces activités vous permettent (Choix multiple possible)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> De reprendre confiance en vous | <input type="checkbox"/> D'être en groupe |
| <input type="checkbox"/> De faire une activité qui a du sens | <input type="checkbox"/> De vous sentir en sécurité |
| <input type="checkbox"/> De vous exprimer | <input type="checkbox"/> De pratiquer une activité de loisirs |
| <input type="checkbox"/> De prendre des décisions | <input type="checkbox"/> De vous sentir plus autonome |
| <input type="checkbox"/> D'avoir des projets | <input type="checkbox"/> Autres : |

.....
.....
.....

4. Comment définiriez-vous le "bien-être" ?

.....
.....
.....

5. A votre arrivée dans le service, à combien auriez-vous évalué votre bien-être sur une échelle de 1 à 10 ?

.....

○ Si votre note est inférieure à 8, dans quel(s) domaine(s) ne vous sentez vous pas à l'aise ?

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le sommeil | <input type="checkbox"/> L'alimentation | <input type="checkbox"/> Le travail |
| <input type="checkbox"/> Les relations avec autrui | <input type="checkbox"/> Les transports | <input type="checkbox"/> Les loisirs |
| <input type="checkbox"/> La solitude | <input type="checkbox"/> Autres : | |

.....
.....
.....

6. Actuellement, sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre bien-être ?

.....

○ Si votre note est inférieure à 10, dans quel(s) domaine(s) ne vous sentez vous pas à l'aise ?

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le sommeil | <input type="checkbox"/> L'alimentation | <input type="checkbox"/> Le travail |
| <input type="checkbox"/> Les relations avec autrui | <input type="checkbox"/> Les transports | <input type="checkbox"/> Les loisirs |
| <input type="checkbox"/> La solitude | <input type="checkbox"/> Autres : | |

.....
.....
.....

7. Si vous constatez un changement entre votre niveau de bien-être à votre arrivée et aujourd'hui, pensez-vous que la réalisation d'activité(s) créative(s) a contribué à ce changement ?

- Oui En partie Non Je ne sais pas

○ Pouvez-vous développer ?

.....
.....
.....
.....
.....

8. Vous êtes :

Un Homme

Une femme

9. Quel âge avez-vous ?

.....

ANNEXE III : LETTRE EXPLICATIVE DU QUESTIONNAIRE

Chers futurs(e) collègues,

Je tiens une fois encore à vous remercier pour l'aide précieuse que vous m'apportez dans mon enquête. Celle-ci porte, pour rappel, sur le lien entre la réalisation d'activités créatives en ergothérapie, l'amélioration du bien-être et donc indirectement de la qualité de vie du patient.

Il s'agit d'un questionnaire qu'il serait préférable de faire passer au patient lorsque celui-ci arrive au terme de sa prise en charge en ergothérapie. Toutefois si vous voyez que la date limite pour me le renvoyer approche et que le patient est encore suivi en ergothérapie, il vous est possible malgré tout de le faire passer et de me le transmettre.

Vous trouverez ci-joint les critères d'inclusion et les critères d'exclusion en ce qui concerne les personnes éligibles pour répondre à mon enquête.

Critères d'inclusion

- Population cible : Civils et militaires
- Caractéristiques :
 - Souffrants d'un Etat de Stress Post Traumatique depuis plus d'un mois.
 - Réalisant des activités créatives en ergothérapie

Critère d'exclusion :

- Diagnostics différentiels de l'Etat de Stress Post Traumatique
- Personnes souffrant d'un Etat de Stress Post Traumatique, ne faisant pas d'activités créatives
- Personnes de moins de 18 ans, au moment de la passation du questionnaire.

Si cela vous est possible, et afin que les conditions de passation soient similaires, le mieux serait que les patients soient installés dans une pièce au calme,

afin qu'ils puissent se concentrer sur les questions et prendre le temps d'y répondre sans risquer d'être dérangés. De plus, s'il vous est possible de vous tenir à disposition afin de répondre aux éventuelles questions quant à une possible incompréhension des patients, je vous en serais reconnaissante.

En ce qui concerne la date limite pour me renvoyer les questionnaires, celle-ci est fixée au plus tard le **07 avril 2017** afin que je puisse avoir le temps de les analyser et de travailler dessus. Le renvoi des questionnaires peut se faire par mail ou par courrier, auquel cas je m'engage à vous rembourser les frais postaux.

Je reste à votre disposition pour toutes questions ou informations complémentaires,

En vous remerciant.

Melle BOUDIN Marine

Etudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à L'Institut de Formation La Musse

VIVRE APRÈS UN TRAUMATISME : L'activité créative, des bénéfices au quotidien pour les personnes souffrant d'un Etat de Stress Post-Traumatique ?

Marine BOUDIN

MOTS-CLES : Etat de Stress Post-Traumatique – Qualité de vie – Bien-être –
Activité créative – Ergothérapie

De nos jours, nombreuses sont les situations potentiellement traumatisantes, qui peuvent entraîner l'apparition d'un Etat de Stress Post-Traumatique. Cette pathologie impacte les personnes dans la réalisation de leurs activités quotidiennes, ce qui entraîne une altération de la qualité de vie. Or, l'un des rôles des ergothérapeutes est justement d'améliorer ou de maintenir la qualité de vie des personnes grâce à l'activité. L'objectif de cette étude est de déterminer comment la réalisation d'activités créatives, en ergothérapie, permet d'améliorer la qualité de vie de ces personnes.

Pour ce faire, des questionnaires sont envoyés à des patients afin d'avoir des renseignements sur leur bien-être et les apports de l'activité créative au quotidien.

L'analyse des réponses a permis de mettre en évidence que l'activité créative concourt partiellement à l'amélioration du bien-être de la personne au quotidien.

Cette étude met en évidence la place de l'ergothérapeute, au sein d'équipe afin d'aider le patient à revivre au quotidien, après son traumatisme.

LIVING AFTER TRAUMA : Creative activity, some benefits for the daily life of people suffering from a Post-Traumatic Stress Disorder ?

KEYWORDS : Post-Traumatic Stress Disorder – Quality of life – Well Being –
Creative Activity – Occupational Therapy

Nowadays, many events can cause a Post Traumatic Stress Disorder. This pathology prevents people from realizing daily activities degrading their quality of life. Yet, one of the roles of the occupational therapist is to improve, or maintain, the quality of life of people, through activity.

In order to find out how creative activities, in Occupational Therapy, improve the quality of life of this people, questionnaires were completed by patients.

Answers reveal that creative activities partially enhance the patients' well-being in their daily life.

This study highlights the importance of the collaboration between Occupational therapist and the other care professionals.

