



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard



Lyon 1

DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2022-2023

La méditation en ergothérapie

**Etude des répercussions pour la personne sur la
réalisation de l'activité et son rapport à l'environnement**

Soutenu par : Marie-Cécile BOUCHERAND

12018607

Tuteur de mémoire : Sabine LIONNARD-RETY



Université Claude Bernard Lyon 1

Président

FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

BEN HADID Hamda

Vice-président CA

REVEL Didier

Vice-président CFVU

BROCHIER Céline

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyenne **Pr. RODE Gilles**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. MAURIN Jean-Christophe**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyen **Pr. PAPAREL Philippe**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. DUSSART Claude**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Présidente **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Pr. LUAUTE Jacques**

Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences
ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **GUIDERDONI Bruno**

U.F.R. Biosciences
GIESELER Kathrin

Institut National Supérieure du
Professorat et de l'Education (I.N.S.P.E.)
Administrateur provisoire
Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **BODET Guillaume**

POLYTECH LYON
Directeur **PERRIN Emmanuel**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **LEBOISNE Nicolas**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **MASSENZIO Michel**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE

Directeur du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ Amandine

LIONNARD-RETY Sabine

Responsables des stages

LIONNARD-RETY Sabine et IBANEZ Amandine

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine

Secrétariat de scolarité

PASSE Cindy



Remerciements

J'adresse mes remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation pour ces 3 années d'études et plus particulièrement à Fanny Lebigre, Jean-François Bodin, Denis Jacquemot, Jérôme Belfy et Bernard Devin.

Je remercie doublement Sabine Lionnard-Rety pour son rôle dans cette équipe et pour son tutorat dans la conduite de ce mémoire. Merci pour la liberté rédactionnelle et le respect des choix personnels.

Je remercie les ergothérapeutes que j'ai eu la chance d'interviewer pour cette recherche et leurs touchants témoignages.

Je remercie ma maman pour ses relectures, ses conseils avisés de correctrice et ses encouragements tout au long de ma formation.

Je remercie mes proches qui m'ont soutenu dans mon projet de reprise d'études.

Enfin, je remercie mes camarades de classe ainsi que mon groupe mémoire pour le soutien mutuel dans la réalisation de ce mémoire.

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS	3
GLOSSAIRE	4
PREAMBULE	5
INTRODUCTION	7
PARTIE THEORIQUE	8
1. DEFINITIONS	8
1.1. <i>L'ergothérapie</i>	8
1.1.1 Objectifs et fondements	8
1.1.2 Le rôle de l'ergothérapeute et la relation thérapeutique	9
1.1.3 Concepts ergothérapiques	10
1.1.4 Modèles conceptuels	11
i. Le Modèle d'Occupation Humaine	12
ii. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel	13
1.2. <i>La méditation</i>	14
1.2.1 Définitions	14
1.2.2 Effets généraux de la méditation de pleine conscience	15
1.2.3 Pratiques de la méditation de pleine conscience	16
1.2.4 Programmes basés sur la pleine conscience	16
i. Le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR)	16
ii. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)	17
iii. Le programme d'orientation cognitive améliorée par la pleine conscience dans la performance occupationnelle quotidienne (ME-COOP)	17
iv. Le programme fusionnant le yoga et l'ergothérapie (MY-OT)	17
2. QUELS SONT LES APPORTS DE LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE EN ERGOTHERAPIE ?	18
2.1. <i>Pour la réalisation des occupations</i>	18
2.2. <i>Pour l'ergothérapeute</i>	22
2.3. <i>Pour quelles pathologies, quelles problématiques ?</i>	23
3. PREREQUIS ET LIMITES DE LA MEDITATION	25
3.1. <i>Prérequis</i>	25
3.2. <i>Limites</i>	27
4. SYNTHESE ET PROBLEMATIQUE	30

PARTIE METHODOLOGIE	31
1. OBJECTIFS DE RECHERCHE	31
2. TYPE DE RECHERCHE ET POPULATION	31
2.1. <i>Type de recherche et méthode</i>	31
2.2. <i>Choix de la population</i>	31
2.3. <i>Démarche de recrutement</i>	32
2.4. <i>Choix et élaboration de l'outil d'investigation</i>	33
2.4.1 Choix de l'outil d'investigation	33
2.4.2 Elaboration de l'outil	33
2.5. <i>Méthode de traitement et d'analyse des données</i>	33
2.6. <i>Aspects éthiques</i>	34
2.7. <i>Contraintes prévisionnelles et contextes de production des données</i>	34
RESULTATS ET ANALYSE	35
1. CONDITIONS DE RECOURS A LA MEDITATION EN ERGOTHERAPIE	35
2. L'ENGAGEMENT ET LA REALISATION DE L'ACTIVITE	38
3. IMPACTS SUR LA RELATION A L'ENVIRONNEMENT	39
4. TRANSFERTS D'APPRENTISSAGE	40
4.1. <i>Transferts pour une même activité à d'autres environnements</i>	40
4.2. <i>Transferts de compétences sur d'autres activités :</i>	42
5. LIMITES ET POINTS FORTS DE LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE EN ERGOTHERAPIE	43
DISCUSSION	46
1. CONFRONTATION DES RESULTATS EN RAPPORT AUX ETUDES THEORIQUES	46
1.1. <i>Contextes de pratiques intégrant la méditation</i>	46
1.2. <i>La problématique de recherche visée : la sphère occupationnelle, la réalisation de l'activité</i>	47
1.3. <i>Incidences sur le rapport à l'environnement</i>	48
1.4. <i>Transferts d'acquis</i>	48
1.5. <i>Evolutions de pratiques</i>	49
2. LES LIMITES ET INTERETS DE CETTE ETUDE	49
3. SUGGESTIONS POUR LA POURSUITE DE L'ETUDE	50
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	52
TABLE DES ANNEXES	I

Table des illustrations

Figure 1 : Interaction dynamique P.E.O. Personne Environnement Occupation 10

Figure 2 : Traduction du schéma du processus d'adaptation occupationnelle (d'après Kielhofner, 2008, p. 108)..... 12

Glossaire

ACT : Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

MBSR : Mindfulness-Based Stress Reduction (Réduction du stress basée sur la Pleine Conscience)

MBCT : Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TSA : Troubles du Spectre Autistique

TDAH : Troubles Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

Préambule

Sarah, 6 ans, s'agite sur sa chaise, elle s'éparpille dans la pièce, son regard va et vient un peu partout autour d'elle. Elle vient d'entrer dans la salle d'ergothérapie du CAMSP¹ et la séance est censée débiter. « Non, ce n'est pas possible de démarrer ainsi, je vois bien que Sarah n'est pas en mesure de m'écouter, qu'elle n'est pas disponible pour s'engager dans la séance et risque de rencontrer des difficultés dans la réalisation de l'activité ». Spontanément j'ai envie de prendre un temps d'arrêt, inviter Sarah à s'asseoir au sol avec moi et prendre un temps de respiration. Un temps calme où Sarah puisse se recentrer dans la pièce, ce centre où elle vient chaque semaine, la salle d'ergothérapie, qu'elle puisse déposer son agitation, prendre le temps d'échanger quelques instants sur ce qui l'amène ici, répondre à ses éventuelles questions et les éléments qui la stressent. Avec l'objectif que Sarah puisse prendre conscience de sa présence en ergothérapie, du cadre dans lequel s'inscrit la séance, qu'elle puisse retrouver l'accès à ses habiletés cognitives et motrices, une disponibilité et une attention pour s'engager au mieux dans les différentes activités prévues avec l'ergothérapeute.

Je connais et je pratique ces outils permettant de revenir à soi, d'apprendre à se centrer, reconnaître ses ressentis, ses émotions, ses pensées, apprendre à identifier ses besoins, ses limites. Ces outils comme la méditation de pleine conscience que l'on peut trouver dans de nombreux livres, sous de nombreuses formes commerciales.

J'ai également été témoin de l'utilisation et du déploiement de la méditation lors de mon stage en Centre de Réhabilitation Psychosociale, où l'ergothérapeute, comme d'autres professionnels de l'équipe se servaient de ces outils pour aider les personnes dans leur gestion du stress et leurs interactions sociales. J'ai aussi été témoin de l'apaisement des familles et des aidants en prenant simplement le temps de quelques respirations ventrales en début de réunions en groupe. Enfin, j'ai pu aussi écouter le témoignage d'une patiente racontant son mal être et ses difficultés à vivre un exercice de pleine conscience pour l'activité qu'elle avait choisi de boire son café, son souhait de ne plus réaliser ce type d'exercice à court terme.

¹ Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

Ici et maintenant, pour l'ergothérapie, quels sont les apports possibles et reconnus de la méditation ? **En quoi la méditation peut servir aux ergothérapeutes dans leurs pratiques professionnelles, dans quelles situations ?** Quelles sont les limites de cette utilisation ?

Introduction

Dans le champ d'intervention de l'ergothérapie, l'occupation est à la fois un moyen thérapeutique et un objectif visé par le plan d'accompagnement.

L'ergothérapeute base sa pratique sur ce domaine occupationnel, spécifique à chaque individu et propre à chaque environnement dans lequel évolue la personne.

Un pendant de ce principe est que, tout ergothérapeute face à une personne n'étant pas en mesure de s'engager dans une activité, pourra se sentir significativement restreint dans l'exercice de ses fonctions. Le fait de pouvoir s'engager dans l'activité, à minima soit-il, est un prérequis en ergothérapie.

Quels outils peuvent aider une personne en situation de handicap à s'engager dans une activité ? permettant ainsi de soutenir les ergothérapeutes dans leur pratique professionnelle ? La méditation semble à priori apporter des éléments de réponse à ces questions. C'est un outil largement médiatisé et utilisé de manière transversale dans différents domaines : santé, milieu professionnel, développement personnel, etc.

A travers le monde et en France, des maîtres, spirituels et scientifiques ont diffusé ces pratiques pour améliorer la qualité de vie et favoriser l'épanouissement humain.

Un fort engouement est né pour l'utilisation de ces techniques, intérêt qui n'a pas échappé à la recherche où les articles dans les domaines des sciences biomédicales et de la santé se sont multipliés par plus de quatre ces dix dernières années et plus de 20 ces 20 dernières années.

La première partie de ce mémoire s'attachera à présenter les aspects théoriques : définitions de l'ergothérapie et de la méditation, principalement de la méditation de pleine conscience, puis les différents apports possibles de la méditation en ergothérapie pour enfin aborder les prérequis et limites de cette pratique. Dans une seconde partie, nous présenterons l'enquête exploratoire et ses résultats. Pour terminer par discuter et comparer ses résultats à la recherche bibliographique initiale.

Partie Théorique

1. Définitions

1.1. L'ergothérapie

1.1.1 Objectifs et fondements

L'objectif principal de l'ergothérapie est de soutenir et de permettre à chaque personne « la santé et la participation à la vie par l'engagement dans l'occupation² » (American Occupational Therapy Association, 2008, p. 625). Une finalité de l'ergothérapie est que la personne puisse vivre en santé, définie comme un « état d'équilibre entre le bien-être, physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation Mondiale de la Santé, 1946). Cet état d'équilibre est recherché par l'engagement dans les occupations de la personne, le développement de ses capacités et son intégration sociale. L'ergothérapie vise le bien-être de la personne en l'aidant à réaliser physiquement ses activités, établir et entretenir les relations sociales souhaitées et utiliser de manière optimale ses capacités cognitives et psycho-affectives. En choisissant et en participant à des occupations qui ont du sens pour la personne, celle-ci va garder ou retrouver espoir, pouvoir donner ou redonner un sens à sa vie, se motiver, éprouver de la satisfaction, créer une vision dynamique de la vie et se réapproprier un pouvoir d'action (Townsend & Polatajko, 2013).

Un autre concept fondateur essentiel à l'ergothérapie est celui de développer, restaurer et maintenir l'autonomie et l'indépendance³ de la personne. L'ergothérapie est indiquée pour toute personne présentant une dysfonction dans ses occupations qu'elles soient d'ordre des soins personnels (soins d'hygiène, se nourrir, se laver), des loisirs (jouer un instrument de musique, faire des randonnées, jouer à des jeux de société avec ses enfants) ou de la productivité (exercer une activité professionnelle, entraîner une équipe de foot, mener des actions en faveur d'une association). L'ergothérapeute interviendra en cas d'altérations dans la réalisation de l'occupation, que ce soit pour cause de maladie, d'accident, de détérioration

² L'occupation comprend tout ce que les gens font dans leur vie. Elle « contient tout ce qu'une personne fait pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (productivité) » (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 2002)

³ L'autonomie définie comme la capacité de « décider en tenant compte du contexte » et l'indépendance comme celle de faire sans l'aide d'un tiers » (Meyer, 2013)

ou d'évènement traumatique. Il fonde sa pratique sur la croyance aux capacités des individus et les accompagnera à développer leurs compétences pour s'adapter aux changements rencontrés.

Enfin, l'ergothérapie est une approche globale, une vision holistique considérant la personne dans sa globalité : à la fois dans ses différentes dimensions physiques, cognitives, psychologiques et dans l'environnement dans lequel elle évolue ainsi que les activités qu'elle exerce. Avant de présenter les concepts ergothérapiques et pour une meilleure compréhension de la revue de littérature qui suit, ci-après quelques éléments sur le rôle de l'ergothérapeute et la relation thérapeutique.

1.1.2 Le rôle de l'ergothérapeute et la relation thérapeutique

Dans sa pratique professionnelle, l'ergothérapeute exerce et développe différentes habiletés tout au long de son processus d'intervention. Le ou la professionnel(le) doit recueillir et collecter les informations médicales, environnement social et familial, projet de vie, ressources... relatives à la personne ou le groupe de personnes et l'entourage. L'ergothérapeute observe le patient tout au long de son intervention : dès la première rencontre pour identifier les atteintes et les potentiels (visibles et suspectés) puis, pour chaque séance, pour identifier les évolutions des capacités fonctionnelles et les interactions de la personne avec son environnement.

Comme toute profession de santé, la relation thérapeutique est déterminante dans le processus de soin, basée sur une relation de confiance, d'empathie et d'alliance thérapeutique. Elle fait appel au respect, au non jugement, à l'acceptation de l'autre et à l'authenticité.

1.1.3 Concepts ergothérapiques

L'ergothérapie intègre différents concepts qui interagissent entre eux de manière dynamique.

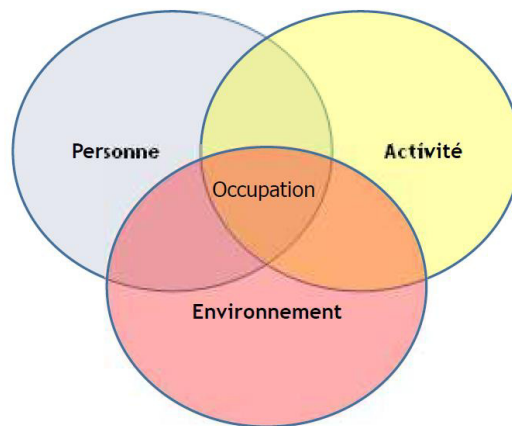


Figure 1 : Interaction dynamique P.E.O. Personne Environnement Occupation

Les **occupations** peuvent être définies par « les choses que les gens font et qui occupent leur temps et leur attention. Les activités personnelles que les gens choisissent de faire ou dans lesquelles ils doivent s'engager, ainsi que la manière dont chacun en fait l'expérience » (Schell et al., 2013). Les ergothérapeutes considèrent les occupations comme multidimensionnelles et transactionnelles, en ce sens qu'elles impliquent une interaction entre la personne, l'activité et l'environnement et de cette interaction se crée l'expérience. Par conséquent, l'examen de l'occupation du point de vue d'un ergothérapeute implique non seulement ce qu'une personne fait, mais aussi la considération du quand, du pourquoi, du où et du comment de l'occupation. Ses caractéristiques comprennent l'activité, l'environnement qu'il soit temporel, physique, social ou culturel, le niveau de participation et d'engagement, les valeurs et le sens donné à l'occupation. Cette notion de sens et de valeur est importante dans la démarche thérapeutique car la signification est un élément moteur central pour l'engagement occupationnel (Kielhofner, 2002). Les individus sont davantage motivés à s'engager dans des activités significatives⁴ et à participer à l'occupation concernée. Ils pourront alors éprouver plus de satisfaction et de plaisir dans la réalisation de leurs activités.

L'environnement regroupe toutes les composantes physiques, sociales, familiales, culturelles, économiques qui entourent la personne et dans lesquelles ses occupations se produisent. L'environnement physique inclut l'espace naturel et construit, les objets qui

⁴ Activité qui a du sens pour la personne

occupent l'espace et leur agencement, l'environnement sensoriel (bruit, éléments visibles) ainsi que le contexte temporel (moment de la journée par exemple). C'est un concept déterminant en ergothérapie car selon l'environnement dans lequel se trouve la personne, des éléments comme l'accès à l'activité, la possibilité de la réaliser ou encore son niveau de difficulté en seront significativement impactés. Dans le but de favoriser l'occupation et en accord avec la personne, l'ergothérapeute peut modifier son environnement en lui enseignant les usages possibles de celui-ci. Cet apprentissage, réalisé d'abord en ergothérapie, a pour objectif l'autonomie de la personne pour la réalisation de ses activités dans sa vie quotidienne.

Les dimensions de la **personne** qu'elles soient physiques, psychologiques, cognitives, affectives sont prises en compte dans ce concept où l'ergothérapeute intégrera les comportements de la personne, ses attitudes et ses modes de communication. L'histoire de vie de la personne et son vécu seront recueillis également par les entretiens réalisés auprès de la personne et de son entourage.

1.1.4 Modèles conceptuels

La vision globale du processus ergothérapique est retrouvée dans la plupart des modèles de pratique de l'ergothérapie. Les modèles conceptuels les plus souvent recensés dans la littérature traitant de l'ergothérapie et de la méditation sont le MOH : Modèle d'Occupation Humaine et le MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel.

i. Le Modèle d'Occupation Humaine

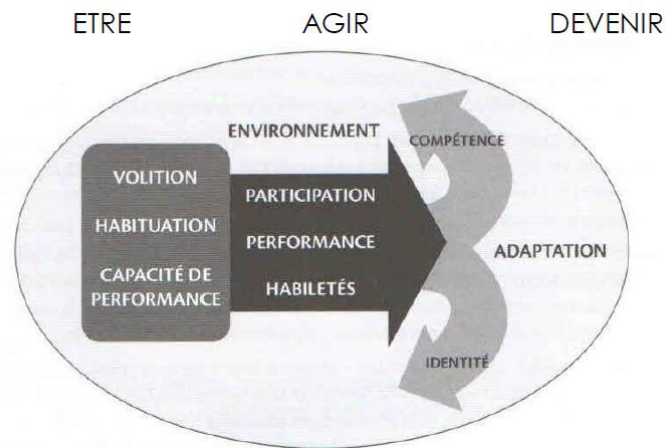


Figure 2 : Traduction du schéma du processus d'adaptation occupationnelle (d'après Kielhofner, 2008, p. 108)

Le MOH couvre les domaines de l'être, l'agir et le devenir englobés par l'environnement. Une des spécificités de ce modèle est le concept de **volition** défini comme un « ensemble de pensées et de sentiments que l'on a sur soi en tant qu'acteur dans le monde, qui intervient lorsqu'on anticipe, choisit, expérimente, et interprète ce que l'on fait » (Kielhofner, 2008, p. 16). La volition correspond aux choix que fait la personne pour agir, en fonction de ce qu'elle considère comme important à faire (valeurs), ce qu'elle pense de son efficacité à agir (causalité personnelle), ce qu'elle trouve intéressant et agréable à faire (centres d'intérêts) (Parkinson et al., 2017).

La **participation occupationnelle**, définie comme le fait de s'engager dans une occupation, est le plus haut niveau de l'agir. La performance occupationnelle est définie comme « le fait de réaliser une forme occupationnelle » (Kielhofner, 2008, p. 109). Pour simplifier, on peut dire que la participation occupationnelle se situe au niveau des grandes catégories d'occupations, et que la performance occupationnelle se situe au niveau des activités et des tâches qui en découlent. Le Devenir comprend l'identité occupationnelle définie comme la connaissance de qui on est et qui on souhaite devenir en tant qu'être occupationnel, générée par son histoire de participation occupationnelle (Kielhofner, 2008, p. 106). La compétence occupationnelle correspond au fait de mettre son identité en action et agir conformément à qui l'on veut être dans la vie. Cette identité couplée à la compétence occupationnelle mène à l'adaptation occupationnelle, visée par le MOH.

ii. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

Le MCREO (Annexe A) place la personne au centre du processus avec l'occupation comme un pont qui relie la personne et l'environnement. La personne est considérée comme l'élément clé du processus de changement car elle produit une influence sur l'environnement, l'occupation et le rendement occupationnel. Le **rendement occupationnel** évoque la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et d'effectuer des occupations significatives : qui lui procurent de la satisfaction, qui ont une signification culturelle et qui lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la société. Pour un rendement occupationnel optimal, la personne doit établir un équilibre entre l'occupation et la perception de soi et de l'environnement. La personne doit s'adapter aux changements de priorités en réajustant sa perception de soi et ses rôles ainsi qu'en attribuant un sens à l'occupation et à l'environnement. La notion d'engagement occupationnel composant le rendement occupationnel englobe l'implication, l'investissement, la participation pour l'occupation (Townsend & Polatajko, 2008).

L'ergothérapie utilise, dans l'application des modèles conceptuels, des outils, techniques et moyens spécifiques permettant d'atteindre les objectifs visés dans le plan d'intervention. Ces outils varient selon le modèle appliqué, le cadre de pratique, le diagnostic, le public cible ou l'expérience du professionnel. Ces moyens, adaptés aux objectifs visés, peuvent être des moyens de compensation tel que des aides techniques en réadaptation fonctionnelle, des activités de médiation comme par exemple le collage en santé mentale, ou des techniques de remédiation cognitive en réhabilitation psychosociale. Toutefois, il est nécessaire que la personne puisse être disponible pour participer aux séances d'ergothérapie, qu'elle puisse écouter, s'engager, ou simplement réaliser l'activité.

Certaines situations comme le stress ou la douleur qui seront décrites par la suite **restreignent fortement cette disponibilité et impactent significativement la sphère occupationnelle**. La personne en proie à ses dysfonctions voit **sa relation à son environnement altérée**. Les difficultés qu'elle rencontre et qu'elle vit altère sa capacité à être présente, à elle, au monde qui l'entoure et à l'instant présent. De cette difficulté à être présent naît une difficulté à être conscient de son environnement et donc de son utilisation. Une personne touchée dans ses habiletés pourra percevoir plus difficilement le milieu qui l'entoure qu'il soit matériel ou immatériel. La sphère occupationnelle en sera alors impactée. Est-ce que

le recours à la méditation en ergothérapie peut favoriser, par l'accès à l'environnement, la réalisation des occupations de la personne ?

1.2. La méditation

1.2.1 Définitions

Etymologiquement, d'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, le terme « méditation » est né durant la première moitié du XII^{ème} siècle sous le nom de *meditatiun* signifiant « contemplation ». En 1380, son terme évolue vers le nom de *méditacion* pour désigner l' « action de réfléchir profondément ». En 1626, le terme se réfère à un écrit sur un sujet religieux. Le terme « méditation » viendrait du latin *meditari*, issu du terme *medeor*, qui signifie « soigner ». La pratique méditative ferait donc référence à l'action de prendre soin. Aujourd'hui, le Larousse définit la méditation comme étant « l'action de réfléchir, de penser profondément à un sujet, à la réalisation de quelque chose » (Larousse, s. d.).

Les professionnels du domaine construisent leur propre définition de la méditation. Dans le langage courant, c'est un terme générique qui regroupe de **nombreux outils**. Elle rassemble des techniques de respiration comme la respiration ventrale ou la cohérence cardiaque, du balayage corporel ou « body scan » ; elle peut également être associée au hatha yoga, intégrer des techniques de visualisation, ou encore s'attacher à la récitation de mantra.

Souvent, quand on parle de méditation sans plus de précision, on pense à la **méditation de pleine conscience ou Mindfulness**. Historiquement, cette pratique est née il y a environ 2000 ans, issue du bouddhisme oriental. Elle a été adaptée par le monde occidental à partir des années 80 dans une forme laïque. C'est cette forme de méditation qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études scientifiques et qui est le plus couramment utilisée en pratique clinique (Gardner-Nix, 2009).

Selon André (2012),

La méditation est une méthode, une façon de faire douce, mais destinée à nous permettre d'accéder à une nouvelle façon d'être. Le but de la méditation, notamment la méditation pleine conscience, n'est pas de tenter d'accéder à quelque chose, mais

d'être exactement là où on est, tel que l'on est, et de permettre au monde d'être exactement tel qu'il est à cet instant même. (Psychologies.com, 2017).

Jon Kabat-Zinn, professeur de médecine émérite à l'université de Massachusetts, docteur en biologie moléculaire définit la « pleine conscience » comme étant « la conscience qui naît en prêtant attention intentionnellement, dans le moment présent et sans jugement » [p.xxxv]. Il le décrit en outre comme une façon d'être présent avec les expériences de la vie ; avec « tout ce qui surgit dans nos esprits et nos cœurs, nos corps et nos vies » [p.xxxv] (Kabat-Zinn, 2013).

Sont nommées dans cette dernière définition trois attitudes essentielles qui spécifient la médiation de pleine conscience. La première est basée sur notre capacité **d'attention** : porter attention au moment présent avec les différents ressentis corporels et émotionnels. On associe la capacité **d'auto régulation** de l'attention pour rester centré sur le moment présent. La seconde repose sur **l'observation** de ces ressentis ainsi que de nos idées ou nos pensées, elle mobilise les habiletés de méta cognition. La troisième attitude est l'accueil, l'acceptation et le **non jugement** de ce qui se présente à nous sans chercher à contrôler la situation à cet instant. Plus scientifiquement, la pleine conscience est un processus cognitif qui permet à la personne d'être plus attentive au contexte. Elle améliore sa flexibilité cognitive. L'individu développe une meilleure sensibilité et une meilleure disponibilité à son environnement, le tout permettant de s'ouvrir à de nouvelles perspectives de résolution de problème (Langer et al., 2017).

1.2.2 Effets généraux de la méditation de pleine conscience

De nombreux auteurs rapportent que la pratique de la méditation pleine conscience est associée à des changements directs sur la plasticité neuronale de certaines régions du cerveau telles que le cortex cingulaire, l'insula, les fonctions limbiques ainsi que la jonction temporo-pariétale. Ces régions sont directement reliées à l'attention, à la conscience et aux émotions. La méditation exerce une influence sur ces trois composantes, les amenant à agir en synergie et permettant ainsi de meilleures capacités d'autorégulation (Hölzel et al., 2011). Ces changements engendrés sur le plan cérébral permettent, entre autres, une modification de la perception de la douleur ainsi qu'une meilleure capacité à la tolérer, une meilleure adhésion aux traitements médicaux, une diminution du stress, de l'anxiété et de la dépression (Ludwig

& Kabat-Zinn, 2008) (Zeidan et al., 2011). Enfin, la recherche suggère que les méditations basées sur la pleine conscience sont associées à une augmentation du fonctionnement exécutif et à une meilleure performance des tâches (Chan & Woollacott, 2007; Moore et Malinowski, 2009 cité par (Gura, 2010)).

1.2.3 Pratiques de la méditation de pleine conscience

La méditation de pleine conscience se pratique de deux manières : **la pratique formelle et la pratique informelle**. Dans la pleine conscience formelle, les individus participent à une pratique intentionnelle et méditative. Ils délimitent alors un temps précis et choisi durant leur journée. Elle s'effectue selon sa convenance : assis, à genoux, couché. La pleine conscience informelle a lieu quant à elle dans le contexte d'une activité autonome ciblée, telle que le yoga, l'alimentation, la marche ou la respiration, dans laquelle la pleine conscience est une intention principale. Dans les deux formes, l'attention au moment présent, comme se concentrer sur la respiration et laisser aller les pensées distrayantes, permet aux individus d'accroître la conscience des stimuli internes et externes tout en reconnaissant les sentiments inconfortables.

1.2.4 Programmes basés sur la pleine conscience

Plusieurs **programmes** basés sur la pleine conscience existent et sont utilisés à travers le monde. Ils s'inspirent pour la plupart du programme MBSR fondé par Kabat-Zinn qui a souhaité adapter les pratiques de pleine conscience dans un contexte hospitalier, soumis au stress. Ils se déclinent aujourd'hui en psychologie, en médecine et l'examen de la littérature recense deux exemples d'applications en ergothérapie.

i. Le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR)

Le programme le plus répandu dans le monde de la pleine conscience a été créé par Jon Kabat-Zinn en 1979, il s'appuie sur 7 attitudes fondamentales : le non jugement, la patience, l'esprit du débutant (qui consiste à se détacher de ses attentes et à être ouvert à de nouvelles possibilités), la confiance en soi, le non effort, l'acceptation et le lâcher prise. Ce programme se compose de 8 séances collectives hebdomadaires de 2h30 et d'une journée de pratique intensive. Il propose différents exercices d'application tels que le yoga, la méditation assise, couchée ou en marchant, le body scan, les interactions sociales entre les participants (Poinot & Illy, 2016).

ii. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)

Le programme **MBCT Mindfulness-Based Cognitive Therapy** (Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience) a été développé par Zindel Segal, John Teasdale et Mark Williams au début des années 2000 comme une adaptation du programme MBSR auquel ont été intégrés des éléments de thérapie cognitive et comportementale en vue de prévenir la rechute dépressive. Le programme MBCT se compose de 8 séances collectives hebdomadaires de 2h, entrecoupées de travail personnel quotidien. Certains formateurs proposent également une journée de pratique intensive. Le but de ce programme est de se décentrer des cognitions négatives, c'est une intervention méditative de prévention, s'adressant au sujet en rémission clinique, sans symptômes aigus (Mirabel-Sarron et al., 2012).

iii. Le programme d'orientation cognitive améliorée par la pleine conscience dans la performance occupationnelle quotidienne (ME-COOP)

Le programme **ME-COOP Mindfulness-Enhanced Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance**, fondé sur des données probantes, est une intervention de pleine conscience intégrée en ergothérapie pour les enfants atteints de trouble développemental de la coordination (TDC). En plus des limitations motrices, les enfants atteints de TDC présentent souvent d'autres symptômes comme une altération des fonctions cognitives, de l'attention et de l'image de soi. Le modèle COOP est un modèle axé sur le patient conçu pour enseigner aux individus à identifier et à appliquer des stratégies cognitives pour atteindre des objectifs significatifs individualisés (Rodger et Polatajko, 2010). L'intervention de pleine conscience est utilisée pour améliorer la capacité de l'enfant à bénéficier du modèle coopératif et traiter les symptômes comportementaux et psychosociaux comorbides couramment signalés chez les enfants atteints de TDC. Ce programme se déroule sur 6 semaines en 4 séances individuelles de 1H30 et 5 séances collectives de 1H15.

iv. Le programme fusionnant le yoga et l'ergothérapie (MY-OT)

Le programme **MY-OT Merging Yoga and Occupational Therapy** est une intervention standardisée fusionnant le yoga et l'ergothérapie axée sur la gestion des facteurs de risque de chute après un AVC nommée GOT Falls : Group Occupational Therapy for Falls. Ce programme se déroule sur 8 semaines à raison de 2 séances collectives de 2H par semaine. Il comprend

des exercices de Hatha yoga, du travail de respiration et de méditation associés à de l'ergothérapie traitant du risque de chute dans un contexte d'AVC.

La méditation de pleine conscience, pratique millénaire en orient, s'est développée à travers le monde occidental pour aider les personnes souffrant de troubles de la santé. Quelles sont les applications recensées dans la littérature scientifique pour le champ de pratique de l'ergothérapie ?

2. Quels sont les apports de la méditation de pleine conscience en ergothérapie ?

La revue de la littérature des 10 dernières années traitant de la méditation et de l'ergothérapie apporte de nombreux éléments de réponse à cette question, et ce, dans plusieurs domaines. Tout d'abord, elle révèle des bienfaits apportés pour la réalisation des occupations et dresse ensuite la liste de pathologies ou problématiques où l'intégration de la méditation en ergothérapie a prouvé scientifiquement son intérêt dans l'amélioration de l'état de santé des personnes.

2.1. Pour la réalisation des occupations

Pour ce qui concerne la réalisation des occupations, l'examen littéraire traite de la méditation de pleine conscience. Sa mise en relation avec l'occupation humaine met en évidence plusieurs thématiques qui se relient les unes aux autres et se chevauchent parfois.

Intégrer la pleine conscience dans ses occupations consiste à apporter une conscience attentive à ses occupations, au moment présent et sans jugement, elle permet d'observer ses pensées et ses sensations. McVeigh a parlé de cette approche comme « **occupation consciente** » (McVeigh, R., 2017).

La méditation de pleine conscience en ergothérapie permet de développer son attention pour l'activité, améliorant ainsi la prise en compte des composantes de l'activité, les capacités d'attention cognitive et sensorielle. Par exemple, de façon positive, des étudiants en ergothérapie ayant suivi un programme de pleine conscience de 8 semaines ont signalé une « conscience sensorielle accrue pendant les séances de thérapie pratique comme la cuisine, le jardinage ou la poterie, [qui] a grandement amélioré leur appréciation de la compétence, et cette sensibilisation les a aidés dans leur analyse des activités » (Stew, 2011).

« Être conscient de nos sens et de nos états dans notre vie quotidienne, y compris les intentions, les pensées, les sentiments, les émotions, les odeurs, l'ouïe et les goûts, nous permet de passer de faire en « pilote automatique » à aiguïser l'acuité de la conscience afin que la qualité de vie s'enrichisse dans le moment présent » (Reid, 2009).

La conscience occupationnelle peut éviter et corriger des déviations dans la réalisation de ses activités en influant sur son comportement. En ramenant la personne dans la conscience du moment présent, elle pourra réajuster son niveau de sécurité et son efficacité optimale. A ce propos, Reid s'appuie sur Epstein et al. qui notent que « la conscience consciente implique une réflexion sur les pensées, les sentiments et les émotions de l'esprit qui émergent moment par moment et nous aident à reconnaître quand nous sommes distraits, fatigués ou biaisés et qui peuvent aider à recalibrer les fonctions d'alerte, d'orientation ou exécutives » (Reid, 2008).

La « **présence occupationnelle** » correspond à la « présence » avec l'occupation elle-même et la présence avec son environnement lors de la réalisation d'une occupation. McVeigh note que les occupations peuvent être exercées avec divers degrés de présence. Par exemple, une conduite automobile consciente avec un conducteur présent aux différentes actions qu'il entreprend ainsi qu'aux informations issues de son environnement versus une conduite "absente" qui peut générer des risques (McVeigh, R., 2017).

Reid définit le terme de présence occupationnelle comme « **un état de conscience d'être conscient de soi-même engagé dans l'occupation en place** » (Reid, 2008).... Elle suggère que la présence occupationnelle peut être vécue lorsqu'une personne est consciente d'elle-même alors qu'elle exerce des occupations structurées ou non structurées, notant que la prise de conscience dans le moment présent peut promouvoir le bien-être, et en outre que les contextes de présence occupationnelle sont importants car ils contribuent à préciser comment, en quoi ou où quelqu'un s'engage d'un point de vue socioculturel avec les occupations (Reid, 2008).

Le thème **d'engagement occupationnel** est fortement mis en évidence par la littérature traitant de l'intégration de la pleine conscience en ergothérapie, il rejoint le rendement occupationnel défini par le MCREO. Elliot suggère qu'être conscient tout en s'engageant dans des occupations peut permettre la découverte d'une compréhension plus profonde du

processus de « faire » ces occupations ainsi que de « l'être » dans la vie quotidienne (Elliot, 2011). La conscience, forme d'éclairement, apportée à son engagement dans ses occupations, peut aider à comprendre le sens de ses actions et le lien entre son identité personnelle et ses occupations. Elle peut ainsi aider la personne à orienter ses choix, ou à évaluer ou réévaluer ses priorités dans l'importance de ses occupations. Des occupations qu'elle souhaite pouvoir réaliser de nouveau mais aussi des situations difficiles ou souffrantes accaparant l'engagement occupationnel de la personne malgré elle.

Dans l'exemple de la douleur, l'utilisation de techniques de pleine conscience permet de gérer les réactions causées par celle-ci et de choisir consciemment de s'engager ou non dans l'expérience de la douleur. Elle contribue ainsi à l'amélioration de la performance occupationnelle pour les occupations identifiées comme significantes. G. Stew note ce lien en déclarant que « bien que les aspects sensoriels de la douleur soient inévitables, la souffrance causée par nos réponses émotionnelles à celle-ci peut être réduite par la conscience consciente. Il peut fournir aux patients souffrant d'invalidité chronique ou de douleur la perspicacité et les mécanismes d'adaptation nécessaires pour améliorer leur performance occupationnelle » (cité par Goodman et al., 2019).

Dans le milieu du travail, les résultats d'une revue systématique de la littérature ont montré que la pleine conscience et les interventions basées sur la méditation ont été les plus efficaces pour améliorer la santé au travail et le rendement au travail ; ce dernier démontrant quelques preuves de maintien des gains jusqu'à 3 mois plus tard. (Ravalier et al., 2016).

Le thème de « **bien être occupationnel** » fait référence à « l'équilibre émotionnel, à la réduction du stress et aux changements cognitifs liés aux sensations de bien-être qui se produisent à la suite de l'engagement dans des pratiques de pleine conscience » (Goodman et al., 2019). Il rejoint le concept ergothérapique de la satisfaction de la personne dans la réalisation de ses activités (rattachée au rendement occupationnel du MCREO). Une personne davantage engagée dans ses activités, disposant d'une meilleure performance occupationnelle avec une responsabilité accrue en tant qu'acteur de ses occupations peut ressentir un mieux-être et une plus grande satisfaction au terme de la réalisation de ses activités.

Les participants, au programme MBSR de huit semaines étudié par Thompson, ont déclaré avoir acquis de précieux outils **d'autogestion** en ce qui concerne l'amélioration des habitudes de sommeil, devenir meilleurs pour faire face aux situations difficiles et se sentir plus confiants (Goodman et al., 2019). L'étude a suggéré que la MBSR soutenait les changements cognitifs, y compris la diminution de la rumination et la capacité de mieux traiter l'information. Les participants ont indiqué que cela augmentait la conscience des schémas mentaux et améliorait la satisfaction lors de l'exercice d'activités quotidiennes. En outre, une acceptation accrue de soi a été rapportée : « la chose la plus importante apprise du cours MBSR était un sentiment plus profond d'acceptation de soi compatissante et un engagement plus complet avec tous les aspects et circonstances de la vie [et] un engagement renouvelé à être avec [elle-même] à travers tout cela ». Thompson suggère que s'engager dans la pleine conscience permet la création d'un environnement où les individus ont le potentiel d'améliorer leur bien-être en apprenant, en grandissant et en se transformant personnellement, ce qui peut influencer la qualité de l'engagement dans les occupations (Goodman et al., 2019).

L'ergothérapeute Bethany Stroh-Gingrich a décrit son expérience personnelle d'utilisation de la méditation de pleine conscience : « J'ai appris à gérer ma santé et j'ai commencé à m'engager davantage dans mes occupations significatives » (Stroh-Gingrich, 2012). En développant par la méditation ses capacités d'observation et d'auto-régulation, elle a pu considérer sa douleur persistante comme « une chose qui pouvait changer », dont elle pouvait se détacher et en faire le transfert dans sa vie au quotidien. Elle ajoute qu'elle dispose maintenant d'un « outil pour faire face à la dépression qui accompagne souvent la douleur » pour accepter, observer et lâcher prise sur ses émotions quand sa douleur est intense.

Enfin, le terme **d'« épanouissement occupationnel »** a été décrit pour rapporter l'accroissement du plaisir, de la qualité de vie et des sentiments de bonheur en exerçant les occupations en pleine conscience (Goodman et al., 2019). Martin et Doswell ont rapporté que la thérapie basée sur la pleine conscience augmentait le plaisir des participants dans les occupations quotidiennes de la vie, comme s'asseoir dans un jardin, grâce à une conscience accrue de ce qui se passait autour d'eux (Martin & Doswell, 2012). Hawtin et Sullivan ont rapporté que les participants vivant avec une maladie rhumatismale décrivaient une plus

grande appréciation de leur environnement immédiat et une meilleure attitude à l'égard de leurs occupations et de leur vie quotidienne (Hawtin & Sullivan, 2011). Comme l'a indiqué un participant :

« J'ai toujours aimé la nature, mais maintenant je remarque plus, comme regarder les saisons changer... Il y a un buisson d'aubépine et j'ai remarqué comment il a changé, quand il est en fleurs... et j'ai un sentiment de paix et le bien-être qui en découle, plus que... avant »

Globalement, la méditation aide la personne à être avec elle-même. Elle peut la guider vers le lien entre sa véritable nature et ses occupations et vers son devenir. Cette description est conforme au concept 'faire, être et devenir' postulé par Wilcock (1999). En effet, elle affirme qu'il faut trouver un équilibre entre ces trois éléments pour conserver sa santé et son bien-être. En ramenant la personne à l'instant présent, la méditation de pleine conscience l'aide à prendre en compte son environnement, elle apporte une conscience aux occupations favorisant ainsi leur rendement, la satisfaction et le mieux être global de la personne. Existe-t-il des étapes intermédiaires non explorées scientifiquement à ce jour permettant de relier la présence occupationnelle à l'amélioration du rendement occupationnel ? Avant de développer cette thématique, examinons la revue de la littérature portant sur les bienfaits pour l'ergothérapeute.

2.2. Pour l'ergothérapeute

La méditation de pleine conscience peut améliorer la performance occupationnelle et l'engagement occupationnel de l'ergothérapeute lui-même. L'examen de la littérature scientifique rapporte de nombreuses études suggérant des améliorations significatives pour la qualité de la thérapie ainsi que pour les compétences du professionnel. Elles montrent que la pleine conscience peut aider l'ergothérapeute pour :

- Améliorer sa pratique réflexive (Reid et al., 2013) ; (Reid, 2009)
- Faire plus de place à l'histoire inattendue ou réelle de chaque patient (Reid et al., 2013)
- Établir des alliances thérapeutiques plus solides démontrant des qualités telles que l'acceptation sans jugement et l'ouverture à des expériences non remarquées chez les praticiens qui ne pratiquent pas la pleine conscience (Razzaque et al., 2015); (Stew, 2011)

- Réduire le stress et l'anxiété, notamment face aux situations difficiles fréquemment rencontrées dans la pratique professionnelle et prévenir l'épuisement professionnel (Gura, 2010)
- Une plus grande utilisation thérapeutique de soi, une relation thérapeutique plus authentique et plus d'empathie (Martín-Asuero et al., 2005) ; (Stew, 2011)
- Améliorer son bien-être (Reid et al., 2013)

En termes de pratique professionnelle et de présence occupationnelle, Stew a décrit les expériences des étudiants en ergothérapie au cours de trois programmes de pleine conscience (Goodman et al., 2019). De nombreux étudiants ont indiqué que leur capacité à « être présents » a contribué à renforcer leurs relations thérapeutiques :

« Quand j'étais avec des patients, je pouvais être pleinement présent... vous savez... écouter, regarder... utiliser tous mes sens, et ne pas penser à autre chose... L'évaluation s'est très bien passée en conséquence ... J'étais moins critique et je traitais les autres avec plus d'acceptation. » [p.273].

Les bienfaits de la méditation de pleine conscience pour le thérapeute sont potentiellement précieux pour sa pratique et son bien-être. La qualité de son intervention ainsi que sa relation thérapeutique et donc en finalité la santé du patient, en seront tout autant bénéficiaires. En supplément des études dans le domaine, les diverses formations et le développement de celles-ci pour les professionnels de santé l'attestent. Quelles sont désormais les études décrivant les pathologies et les problématiques pour lesquelles la méditation de pleine conscience a fait ses preuves dans le champ d'intervention de l'ergothérapie ?

2.3. Pour quelles pathologies, quelles problématiques ?

Par rapport aux autres formes de méditation, c'est là aussi la méditation de pleine conscience qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études scientifiques et qui est le plus couramment utilisée en pratique clinique (Gardner-Nix, 2009).

La littérature scientifique identifie l'intégration de la méditation de pleine conscience en ergothérapie comme potentiellement efficace pour :

- la dépression (Hofmann et al., 2010)

En favorisant la motivation et la participation ainsi qu'en soutenant le sentiment d'efficacité par diminution des biais cognitifs (Lazennec, 2016)

- le stress (Loucks, 2019): stress au travail (Ravalier et al., 2016)

pour améliorer la santé psychosociale et la performance au travail et favoriser la diminution de l'épuisement professionnel (Shapiro et al., 2005)

- l'anxiété réactionnelle (Chugh-Gupta et al., 2013)
- les adultes atteints de démence (Hoffman et al., 2020)

pour l'amélioration de la qualité de vie, de la santé mentale, de la cognition et des capacités fonctionnelles

- la douleur (Stroh-Gingrich, 2012)
- les enfants ou adolescents susceptible d'avoir un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (HAS, 2014)
- les enfants atteints de Troubles du Spectre Autistique (TSA) (Koenig et al., 2012)
- les enfants et les jeunes ayant des problèmes de santé mentale (Cahill et al., 2020)
- la prévention des chutes et leur prise en charge chez les personnes victimes d'un AVC (Schmid et al., 2016)
- les enfants souffrant de trouble développemental de la coordination (Parker, 2014) grâce au programme ME-COOP
- les personnes souffrant de la maladie de Parkinson (Wood et al., 2022)

« Des améliorations significatives des symptômes moteurs (c'est-à-dire la force musculaire (extrémités inférieures et supérieures), l'équilibre et l'endurance musculaire) et des symptômes non moteurs (c'est-à-dire l'anxiété, la dépression, les fonctions cognitives, les troubles du sommeil, la qualité de vie et les activités de la vie quotidienne) ont été observées. »

- les conduites addictives : réduire la consommation de substances, diminution de l'état de manque (Bowen et al., 2009) et le sevrage tabagique (Brewer et al., 2011)
- le cancer (Poinsot & Illy, 2016)

Par ailleurs, la littérature révèle les pathologies moins directement indiquées en ergothérapie où la méditation de pleine conscience est utilisée dans le processus de soins, car scientifiquement prouvée comme efficace, pour améliorer l'état de la santé de la personne :

- les troubles du sommeil (Gutman et al., 2017 ; Urbanowski et al., 2013)

- le psoriasis (Kabat-Zinn et al., 1998) ; (Fordham et al., 2015)
- les troubles alimentaires (Beccia et al., 2018)
- renforcer l'immunité (Davidson et al., 2003)
- diminuer la pression artérielle (Poinsot & Illy, 2016)

La méditation de pleine conscience a fait ses preuves en tant qu'intervention thérapeutique, son recours est également pertinent pour de nombreuses situations dans le champ de pratique de l'ergothérapie. Néanmoins, les études portant sur ce champ de pratique dégagent des fonctionnements généraux sans toujours détailler les mécanismes d'action permettant d'aboutir au bienfait cité. Avant de développer davantage cette question, voyons dans une dernière partie, quels sont les prérequis nécessaires à la mise en œuvre de telles techniques et quelles sont les limites identifiées à ce jour de ces pratiques.

3. Prérequis et limites de la méditation

3.1. Prérequis

Certains pré requis ont été identifiés dans la littérature et peuvent représenter des freins dans la mise en œuvre de la méditation en ergothérapie.

Tout d'abord à l'heure actuelle, le cursus de **formation** d'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute ne contient pas d'enseignement sur la méditation, un ergothérapeute sorti de sa formation initiale n'est donc pas habilité à animer des programmes de méditation.

Il existe des diplômes universitaires (DU) basés sur la méditation à destination des professionnels de santé proposées par quelques universités en France : UCBL Lyon1, Sorbonne Université, faculté de médecine de Montpellier-Nimes, Nice et Strasbourg. Ces formations ont plusieurs objectifs : une initiation ou un renforcement de sa pratique personnelle de méditation, une acquisition de connaissances sur des outils thérapeutiques pour sa pratique professionnelle et la promotion de la recherche clinique sur ce sujet. Ils ne délivrent pas d'habilitation à dispenser des programmes de méditation.

Certains organismes de formation proposent des modules en formation continue pour les professionnels de santé. En France, pour la méditation de pleine conscience, c'est l'Association pour le Développement de la Mindfulness qui est référencée par le ministère de la Santé. Elle délivre des ateliers et des cycles sur la méditation pour pratiquer

individuellement de manière autonome et elle forme, de manière reconnue par les fondateurs, des instructeurs aux protocoles de méditation de pleine conscience. Le titre d'instructeur MBCT est réservé aux professionnels de santé tels que les psychiatres, psychologues, psychothérapeutes. Le titre d'instructeur MBSR est ouvert aux personnes (diplômées d'études supérieures en santé, solidarité, éducation, justice ou entreprises) engagées durablement dans cette pratique, il se réalise selon plusieurs niveaux et requiert un engagement approfondi et soutenu.

Le second prérequis nécessaire à la mise en œuvre de la méditation en ergothérapie concerne la **pratique personnelle**. « La littérature suggère que pour faciliter l'utilisation de la pleine conscience dans le domaine clinique, il faut acquérir une formation supplémentaire et être un praticien engagé de la pleine conscience (AOTA, 2005; Bell, 2009; Lum, 2002; Rothaupt et Morgan, 2007). La raison en est qu'il est peu probable qu'une personne comprenne ou enseigne correctement aux autres sans en avoir elle-même fait l'expérience substantielle et que le praticien engagé et maintenant sa propre pratique est essentiel à la participation du patient (Allen et coll., 2006) » (Gura, 2010).

Ces deux pré-requis traitant de la formation et de l'auto pratique ne se réfèrent à aucune norme ou document officiel qui permettraient de valider scientifiquement des niveaux de compétences de thérapeutes (Lustyk et al., 2009).

Le troisième prérequis identifié concerne le patient auprès de qui il faudra recueillir son accord et son adhésion. Les auteurs du livre « Soigner par la méditation » (C. Berghmans et J.D. Herbert, 2010) présentent les diverses composantes qui sous-tendent les processus d'action de pleine conscience. Être pleinement conscient et conscient dans le moment présent exige une **intention** et une volonté d'abandonner les idées préconçues et de permettre un changement ou une transformation. De plus, la personne devra présenter un minimum de capacités **d'attention** : pouvoir porter et maintenir son attention sur un ou plusieurs objets, une partie de son corps, son souffle, un son, etc. et ce, dans le moment présent.

3.2. Limites

Même si la recherche croît fortement dans le domaine de la méditation principalement pour l'étude de la pleine conscience, la majorité des auteurs rapporte le besoin d'études supplémentaires. Certaines études réalisées à ce jour manquent de rigueur dans leur protocole méthodologique et manquent de représentativité dans leurs tailles d'échantillons.

Tout d'abord le **besoin d'études complémentaires** dans les disciplines ergothérapiques. En effet, d'autres recherches sur la façon dont la méditation comme la pleine conscience peut être conceptualisée par rapport à l'occupation humaine et sur ce qu'elle apporte à une perspective occupationnelle aux niveaux socioculturel et individuel sont des orientations importantes pour l'avenir (Reid, 2008). Les recherches effectuées à ce jour portent sur l'affordance globale entre la méditation et les sciences de l'occupation mais « d'autres recherches qui opérationnalisent et étudient ces concepts en ce qui concerne les approches conscientes des occupations sont justifiées » (Goodman et al., 2019). Des recherches sont recommandées sur la façon dont la pleine conscience peut être appliquée aux occupations humaines et sur l'effet à long terme des pratiques de pleine conscience axées sur l'occupation. De même, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour intervenir en ergothérapie pour certaines pathologies comme les personnes victimes d'un AVC ou les personnes atteintes de démence. La Haute Autorité de Santé souligne également que les données de la littérature ne sont pas suffisantes pour recommander ces pratiques pour certaines formes de pathologies, comme l'épilepsie ou la lombalgie chronique.

Des outils d'évaluation ont été développés, validés, et certains traduits ces 10 dernières années pour mesurer le niveau de pleine conscience des individus mais la définition complexe de la pleine conscience rend encore difficile son évaluation. De plus, la pleine conscience n'étant pas clairement définie et conceptualisée en ergothérapie, aucun **outil d'évaluation** n'existe à ce jour pour mesurer l'efficacité de ces pratiques dans la réalisation des occupations.

Pour certaines études, les participants ont indiqué la **difficulté à maintenir la pratique sur le long terme**, d'autres recherches sont nécessaires sur la façon dont les pratiques conscientes peuvent être maintenues dans le temps.

Les pratiques méditatives **nécessitent du temps en plus** dans la journée lorsqu'elles sont réalisées de manière formelle et **peuvent représenter une préoccupation**, une charge supplémentaire, pour être maintenues au quotidien.

En France, malgré l'engouement et l'intérêt croissant pour ce genre de pratiques, il subsiste toutefois **un scepticisme et une forme de rejet dans notre culture** pour la mise en œuvre de pratiques méditatives. Comme le nomme Kabat Zinn :

J'étais désolé que mon livre *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*, sorti aux Etats-Unis en 1990, ne soit traduit en français qu'en 2009 aux éditions De Boeck, alors qu'il était sorti en Allemagne en même temps que l'édition américaine. La France est profondément cartésienne. On établit une distinction entre le corps et l'esprit. Mais la science démontre chaque jour un peu plus qu'il n'existe aucune séparation fondamentale entre les deux. (« Jon Kabat-Zinn », 2012)

Cette limite peut s'avérer rédhibitoire pour tout ergothérapeute souhaitant intégrer ce type de pratique dans un contexte institutionnel réticent à ce type d'intervention.

Enfin, force est de constater que les scientifiques ne semblent que très peu aborder les **difficultés pouvant être rencontrées par les participants à des programmes de pleine conscience**. Certains auteurs mettent toutefois en garde l'utilisation de pratiques méditatives pour des personnes vulnérables et lorsqu'elles sont effectuées intensément, de manière prolongée ou isolément (Kuijpers et al., 2007). Une étude menée par Cebolla et al. révèle l'expression de 25,4% **d'effets indésirables** chez des pratiquants de méditation précisant que la plupart d'entre eux étaient transitoires et n'entraînaient pas l'arrêt de la pratique de la méditation ou la nécessité d'une assistance médicale. Les réactions les plus fréquemment décrites étaient les symptômes d'anxiété et la dépersonnalisation ou la déréalisation et étaient associées pour la plupart à des pratiques d'attention ciblée (Cebolla et al., 2017).

En guidant la personne vers soi, la méditation l'amène à être en présence de ses pensées, sensations et ses éventuels souvenirs jusqu'alors évités ; ceci peut être fortement **confrontant** car la personne se retrouve seule et face à ses difficultés, ses sensations désagréables, ses difficultés de se concentrer, ses multiples pensées, parfois dérangeantes (Lustyk et al., 2009). Et le temps méditatif peut lui paraître long, voire **stressant** dans ces

sensations de mal être (Cebolla et al., 2017). La personne ressentira possiblement des tensions, de l'agitation ou **impatiences physiques et de l'irritabilité** voire de la colère. Kathleen et al. mettent en garde sur le fait que l'attention focalisée est épiléptogène (Lustyk et al., 2009). De plus, une **posture immobile prolongée** sera déconseillée aux personnes souffrant de maladie neuro musculaire ou articulaire au risque d'accentuer des symptômes douloureux. Enfin, simplement le risque de **fatigue** musculaire peut se présenter pour les pratiques méditatives statiques (Lustyk et al., 2009).

Il est possible qu'inviter une personne à méditer soit **ressenti comme une mise en difficulté** pour elle, voire un sentiment d'échec. A ce jour, notre éducation et nos modes de vies nous ont globalement davantage incité à la performance, à la recherche de rejet et de suppression de nos maux ou nos émotions et moins à leur écoute, leur reconnaissance et leur compréhension. Il se peut que ces exercices de retour et de présence à soi soient donc vécus comme gênants, inconfortables et même voire culpabilisant si la personne considère qu'elle ne prend pas suffisamment soin d'elle. Une personne ayant été habituée à exercer des mécanismes de contrôle et d'exigence envers soi pourra effectivement se sentir déroutée par ces attitudes pouvant être considérées comme « contre nature ». Certaines personnes vont donc exprimer un manque de motivation et un manque de plaisir à méditer pour diverses raisons comme celle du manque de compréhension, du **manque de sens**. La connaissance parfois limitée et préliminaire des preuves scientifiques justifie une approche prudente de l'utilisation de la méditation pour les personnes vulnérables psychologiquement (Lustyk et al., 2009).

André témoigne lui-même de son expérience inconfortable en s'initiant à cette pratique :

J'ai découvert la vie contemplative, le recueillement, le silence. Ce n'était pas évident au début ; j'avais perdu l'habitude de ne rien faire et de ne pas fuir mes épreuves dans l'action. Les premiers jours, je me suis trouvé confronté à de terribles montées d'angoisse et de détresse. Exactement ce que vivent la plupart des patients lors des premières séances de méditation. En persévérant, cela s'est doucement décanté. J'ai alors fait l'expérience d'une transformation intérieure – mon regard sur moi-même s'était modifié. (Psychologies.com, 2017)

4. Synthèse et problématique

L'ergothérapie et la méditation de pleine conscience pratiquée de manière informelle présentent plusieurs points communs : celui de la promotion de la santé en favorisant l'engagement dans l'activité, celui de l'approche globale de la personne dans ses différentes dimensions, ou encore celui de l'accompagnement de la personne à trouver ses propres ressources. La méditation de pleine conscience favorise certains facteurs ergothérapiques comme l'engagement occupationnel ou la satisfaction occupationnelle. Il peut être pertinent d'avoir recours à la méditation en ergothérapie pour certaines indications comme le stress, la douleur ou certains troubles spécifiques comme les TDC ou les TSA. Enfin, cet outil est reconnu pour la pratique professionnelle en développant les capacités d'observation, d'accueil, de non jugement et d'empathie dans la relation thérapeutique. Toutefois, le patient doit pouvoir être en mesure de pratiquer ce type d'outil et d'y adhérer ; le thérapeute formé et engagé personnellement dans la pratique. Les études manquent encore sur de nombreux sujets dans ce domaine, aucune n'a été trouvée en France et des effets indésirables peuvent se présenter pour la personne.

Plusieurs questions peuvent émerger de chacune de ces thématiques. Pour ce qui intéresse l'ergothérapie, nous retiendrons la problématique suivante :

Comment la méditation de pleine conscience favorise-t-elle la réalisation de l'activité ?

Cette problématique inclut les questions suivantes : Est-ce que la méditation de pleine conscience aide la personne à pouvoir s'engager dans l'activité ? Est-ce que la méditation de pleine conscience favorise l'utilisation de l'environnement pour la réalisation de l'activité ? Est-ce que les gains réalisés sont transférables à d'autres activités et à d'autres environnements ?

Partie Méthodologie

1. Objectifs de recherche

Les objectifs de recherche sont multiples en raison des différents questionnements mentionnés dans la problématique sus visée :

- savoir comment, en France, la méditation de pleine conscience est utilisée en ergothérapie pour la réalisation de l'activité
- savoir si la méditation de pleine conscience aide la personne à pouvoir s'engager dans l'activité et si oui comment
- savoir si, par la méditation de pleine conscience, l'utilisation de l'environnement est impactée pour la réalisation de l'activité de la personne
- connaître cet impact s'il existe : est-ce que l'environnement est davantage utilisé ou pas ? est ce qu'il est mieux utilisé : notion de temporalité, notion d'adéquation ?
- est ce que des transferts sont possibles d'une activité à une autre et d'un environnement à un autre

2. Type de recherche et population

2.1. Type de recherche et méthode

Le type de recherche utilisée est une enquête exploratoire faisant appel à une méthode qualitative. L'outil spécifique employé est l'entretien, ou interview, personnalisé afin de recueillir les vécus d'ergothérapeutes pratiquant la méditation de pleine conscience dans leur profession. Il s'agit d'une méthode focalisée, car s'intéressant exclusivement à une caractéristique vécue par une personne, celle de la pratique de la méditation en ergothérapie.

2.2. Choix de la population

Du fait du faible recours à ce type de pratique par les ergothérapeutes à ce jour en France, l'objectif fixé est de réaliser 3 entretiens.

En regard des objectifs de recherche, des critères d'inclusion suffisamment larges ont été intentionnellement définis pour obtenir trois interviews.

Il se présentent ainsi :

- Ergothérapeutes diplômés d'état, exerçant en France
- Ergothérapeute formé à, et intégrant depuis au moins un an, la méditation de pleine conscience dans sa pratique professionnelle
- Sur tout type de lieu de pratique : libéral, milieu hospitalier, établissement médico-social, etc.
- Pour tout type de public

Il existe parfois à l'esprit une confusion dans la définition de ces techniques, aussi sont inclus exclusivement des ergothérapeutes utilisant la méditation de pleine conscience et non une autre technique comme par exemple la sophrologie ou la relaxation.

2.3. Démarche de recrutement

La population ciblée est réduite. Seuls les ergothérapeutes s'étant engagés dans un cursus de formation dans le domaine de la méditation de pleine conscience, avec l'objectif de s'en servir comme outil dans sa pratique professionnelle, sont visés. Pour recueillir une expérience significative sans pour autant être trop restrictif, une expérience minimale d'un an de pratique est demandée. Différents canaux de recherche ont été utilisés pour trouver les 3 participantes. La recherche sur Internet s'est menée de manière très large : moteurs de recherche, groupes de réseaux sociaux, réseaux de participants à des formations de pleine conscience. Des courriels ont été envoyés aux secrétariats des Diplômes Universitaires enseignant la méditation de pleine conscience à destination des professionnels de santé afin d'en identifier les ergothérapeutes. Deux ergothérapeutes ont été identifiées de cette manière : l'une grâce à un moteur de recherche : elle exerce en cabinet libéral auprès d'enfants et d'adolescents. L'autre par l'intermédiaire du secrétariat d'un programme universitaire de méditation : elle inclut la pratique de la méditation de pleine conscience en tant qu'ergothérapeute en santé mentale. Enfin, une ergothérapeute a été recrutée grâce à un stage effectué en début de formation, elle pratique essentiellement le programme MBCT dans le domaine de la santé mentale. Heureusement, les 3 ergothérapeutes identifiées répondaient aux critères d'inclusion et ont accepté de participer à l'enquête.

2.4. Choix et élaboration de l'outil d'investigation

2.4.1 Choix de l'outil d'investigation

Dans notre cas de méthode qualitative, un entretien de type semi directif est mené. Constitué majoritairement de questions ouvertes, il permet de répondre à l'objectif de recueillir un maximum d'informations de la part de l'interviewé. Avec ce type d'outil, l'enquêteur peut, à bon escient, faire usage d'interventions langagières pour clarifier, orienter ou faire préciser certains éléments.

2.4.2 Elaboration de l'outil

La préparation en amont du guide d'entretien (Annexe C) permet d'en assurer la structure, l'ordre, et l'exhaustivité. Cinq thèmes sont définis pour répondre aux objectifs de recherche, ils contiennent pour chacun d'entre eux des questions spécifiques ainsi que des indicateurs pour mesurer qualitativement et quantitativement les éléments de réponse donnés. Ces précisions permettent par la suite, de pouvoir analyser et comparer les différents contenus recueillis. La rigueur est de mise dans l'élaboration de ce guide pour assurer la confiance de l'enquêteur, l'ajustement des questions si besoin au cours de l'entretien et la richesse des propos recueillis. Cependant, cette préparation ne garantit pas les résultats, il est possible de découvrir des thèmes non anticipés. On peut également se sentir dépassé par la quantité ou la qualité des discours produits.

2.5. Méthode de traitement et d'analyse des données

Chaque entretien est intégralement retranscrit. Cette première étape permet de pouvoir disposer de la totalité des données discursives. La retranscription prévoit leur anonymisation et l'intégration d'annotations précisant les comportements non verbaux apportant une valeur au discours. Les données sont ensuite analysées grâce à une grille spécifique. Elle comprend en abscisse les participants, convergences et divergences et en ordonnée les 5 grands thèmes du guide d'entretien avec les sous-thèmes identifiés. Chaque verbatim abordant un thème identifié est sélectionné puis ajouté dans la grille d'analyse pour l'interviewée correspondant (Annexe D). Les informations similaires formulées par les participantes sont synthétisées dans la colonne convergences et inversement pour la colonne divergences. L'utilisation d'une grille pour tous les participants facilite la comparaison entre les réponses des différents interlocuteurs.

2.6. Aspects éthiques

Cette recherche exploratoire respecte les aspects éthiques et légaux de la Loi Jardé sur les recherches impliquant la personne humaine (Décret d'application n°2017- 884 du 9 mai 2017). En début de rencontre, le cadre de l'interview est rapidement rappelé et le consentement de la personne est recueilli avec le formulaire renseigné et signé (Annexe E). Comme mentionné sur ce dernier, l'anonymat des participants et la confidentialité des données ont été respectées tout au long de l'étude. Pour la transcription des résultats, les professionnelles apparaîtront respectivement sous les sigles E1, E2, E3 pour ergothérapeute n°1, 2 et 3.

2.7. Contraintes prévisionnelles et contextes de production des données

Le faible nombre de participants à l'étude crée un premier biais de représentativité. Une des personnes interviewées est une ancienne tutrice de stage. Toutefois le sujet du mémoire n'avait pas été identifié à cette période et aucun échange préalable à l'étude n'a eu lieu. La décision a été prise de conduire ces entretiens en présentiel pour une meilleure qualité de communication. Le facteur favorable majeur au recueil de données concerne la différence du cadre de pratique des professionnelles ce qui confère une pertinence à chacune des 3 interviews. De plus, chacune des professionnelles dispose d'une expérience significative dans le domaine spécifié. La confiance réciproque est un second facteur favorable commun aux 3 interviews.

Résultats et Analyse

1. Conditions de recours à la méditation en ergothérapie

	Ergothérapeute n°1 ou E1	Ergothérapeute n°2 ou E2	Ergothérapeute n°3 ou E3
Lieu de pratique	Cabinet libéral	Service de réhabilitation psychosociale en Santé mentale/Psychiatrie adulte	Centre de remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale
Population	Enfants Adolescents 6-12 ans	Adultes (18-env 60)	Adultes (18-env 60)
Pathologies	TDAH ⁵ , troubles de l'écriture, Troubles dys : dyslexie, dysorthographe, dyspraxie et Troubles du Spectre Autistique	Troubles psychotiques : troubles bipolaires, dépression, schizophrénie, troubles de la personnalité limite (borderline), addictions et troubles anxieux	Troubles de santé mentale : dépression, stress, anxiété, troubles du spectre autistique, troubles bipolaires, schizophrénie et TDAH ⁴
Fréquence d'utilisation	Hebdomadaire	3 fois par semaine pour les séances en groupe	Hebdomadaire pour les cycles MBCT
Pourcentage de patientèle concernée par la pratique méditative	100%	50%	« souvent indiqué »
Situations dans lesquelles la pleine conscience est utilisée	Ecriture Météo du jour Réglottes de l'humeur Pratiques formelles de très courtes durée et informelles pour l'attention	Ateliers d'expériences sensorielles Ateliers d'alimentation Cycle de méditation type MBSR avec initiation à l'ACT⁶ : thérapie d'acceptation et d'engagement	Cycles MBCT actuellement Expérience en cycles MBSR, pratiques formelles de très courtes durées en réunion et en cycles de gestion du stress/estime de soi
Années d'expériences	6 ans	6 ans	Environ 10 ans

Tableau 1 : Contextes de pratique professionnelle des ergothérapeutes interviewées

⁵ Troubles Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

⁶ Acceptance and Commitment Therapy

Pour chacune des 3 professionnelles, la pratique méditative est intégrée à la pratique ergothérapique, « c'est un outil supplémentaire sur mes outils ergo de base » comme le nomme E2. Parmi les objectifs thérapeutiques visés, elles mentionnent toutes celui d'identifier et comprendre le fonctionnement **des processus attentionnels, émotionnels et de la pensée** et leurs influences entre eux afin de **ne plus subir** les effets négatifs de certains fonctionnements. En prendre conscience pour réguler ces processus et devenir acteur de choix de vie bénéfiques et adaptés : E1 cite « faire remarquer... comment leur attention elle va partir sur des sujets des fois qu'ont rien à voir, comment ils peuvent se disperser sur des choses ...calmer, choisir, plutôt que d'être juste en action réaction » et E2 : « **réguler les émotions...** prise de conscience de notre pensée ..., les schémas dans lesquels ça nous embarque ...et développer sa capacité à **prendre du recul**, à s'interroger, à critiquer cette pensée, là aussi pour finalement avoir une intensité émotionnelle qui est moins grande et réduire l'impulsivité, faire redescendre l'intensité émotionnelle de manière autonome. Faire les **choix qui sont plus engagés et éclairés plutôt que des choix de réaction émotionnelle** ».

Les 3 interviewées utilisent l'association d'images pour « que ça ait du sens ». E1 ajoute certains outils matériels comme une bouteille d'eau remplie de paillettes ou un sablier pour ancrer davantage son discours auprès des enfants et associer l'image à l'expérience. « cette bouteille secouée là où il y a toute cette énergie toute l'agitation qui est là qui prend toute la place et puis tout d'un coup on s'arrête et puis ça se pose, l'agitation est là l'énergie est là mais ça se pose au fond de la bouteille et il y a plus de place pour faire autre chose, c'est pas juste ça qui a rempli tout ». Elle utilise aussi un autre outil tiré de sa formation « réglettes de notre humeur qui sont disponibles et qu'on peut modifier ... comme un curseur ...avec les émotions ...ou le niveau d'énergie » en précisant le niveau d'appropriation de l'outil par les enfants : « Et quand j'oublie c'est eux qui me disent « eh on a pas fait ! ». Elle insiste sur le fait d'entraîner, réentraîner et « muscler l'attention » pour favoriser, l'« automatisation » des tâches et ainsi agir au cœur des troubles dys.

Les 3 professionnelles évoquent l'objectif d'être capable de **diriger son attention** sur les **sensations corporelles**. Il consiste à être conscient de ses sensations et des pensées/émotions éventuellement liées. Cet objectif vise également à **être capable d'apprécier l'instant présent pour ce qu'il est**, de sensibiliser les personnes à leurs capacités de s'en émerveiller, s'en

réjouir. E2 et E3 intègrent à leurs objectifs la **réduction du stress et de l'anxiété**. Elles associent également celui de **prendre en compte le contexte global des situations**. Dans leurs contextes de pratique de santé mentale, elles développent l'objectif de compréhension des pensées pour que les personnes fassent le lien avec l'apparition de leurs symptômes pathologiques et soient capable de les prévenir.

E3 nomme à ce propos : « être plus perceptifs à ces pensées et se dire ah là tiens finalement je vais peut-être un peu moins bien et ben soit je vais voir mon psy pour lui en parler, soit je mets en place des stratégies pour ne **pas me trouver emballée** dans la spirale de la dépression ». Enfin, elles s'accordent toutes les deux à dire que « les patients utilisent aussi la méditation de pleine conscience comme moyen de détente » même si « c'est pas un but de la méditation, mais c'est vrai que c'est un effet » (E2).

E2 animait des ateliers d'alimentation pour des patients non pas présentant des « Troubles du Comportement Alimentaire à proprement parler mais une comorbidité de mauvaise hygiène » avec l'objectif de **régulation des apports alimentaires**. E3 cite l'objectif de « **mieux gérer son quotidien par de la pratique** » notamment par la régulation des émotions et l'objectif de « mieux se connaître, mieux comprendre la dépression » car le programme MBCT veut essentiellement « **éviter la rechute dépressive** ». Des outils spécifiques à ce programme sont utilisés comme celui d'identifier les 3 types d'activités vécues par la personne : ressourçantes, de maîtrise et épuisantes, identifier ses signes précurseurs ou encore reconnaître « son critique intérieur ».

E2 intégrait à son programme type MBSR une « initiation à l'ACT Thérapie d'acceptation et d'engagement ... où là c'était la prise de conscience de comment j'utilise mon temps au quotidien ... **qu'est-ce qui est fondamental pour moi, quelles sont « mes valeurs », et vers quoi je veux m'engager** pour être, je dirais, en paix avec soi-même ... qu'ils fassent des **choix** qu'ils estiment être bons pour eux parce que ça **répond à leurs besoins**, à leurs valeurs et pas parce qu'il se sentent obligés de faire ce choix-là » favorisant le **rendement occupationnel** de la personne.

2. L'engagement et la réalisation de l'activité

E2 répond à cette question en développant le travail effectué autour de l'ACT pour identifier les activités qui ont du sens pour la personne et favoriser leurs réalisations : « prendre le temps d'appeler des amis ..., ou aussi **se réengager dans les activités de contraintes** [faire les courses, le ménage etc.] qui ont une importance dans notre équilibre au quotidien ». Elle prend notamment l'exemple de nombreux patients qui ont pu **réaliser certaines activités grâce à un regain d'élan vital** : « ok je suis dans cet état d'esprit là et ben du coup je vais en profiter par exemple pour aller faire une démarche que j'arrive pas à faire depuis plusieurs jours... là ça m'a réveillé, ça m'a dynamisé » améliorant ainsi la participation occupationnelle.

E3 vise à « **rééquilibrer** » les types **d'occupations** citées plus haut : réduire les activités qui prennent « trop d'énergie » et favoriser les ressourçantes pour le mieux-être de la personne. Le programme promeut ainsi l'équilibre entre les occupations significantes et non significantes.

A propos des troubles attentionnels, E1 accompagne les enfants à **identifier les facteurs de réussite** à l'activité « comment il y a des moments où ils sont capables d'être attentifs, que pour être attentifs, ils doivent bouger ». Pour les difficultés d'écriture et les troubles dys, elle doit répondre à des attentes précises. Elle fait **diriger l'attention** des enfants sur ses fonctions sensorimotrices en leur demandant de **verbaliser leurs sensations** lorsqu'ils « sentent le crayon, ...si c'est moite si c'est crispé ». Pour la réalisation de l'activité écriture, elle décompose les différentes tâches forme des lettres, taille des lettres, suivre la ligne, etc. en **ramenant l'attention** « à ce qu'ils sont en train de faire...Quand c'est **synchronisé** qu'ils font ce qu'ils disent ça marche parce que l'attention à un moment elle est exactement au bon endroit. Il y a le bon indice, le bon indiçage pour faire. L'attention elle est là aussi. Si c'est désorganisé, si c'est décoordonné, ça marche pas ». Elle poursuit sur l'évolution des apprentissages : « **ramener l'attention à une chose à la fois puis après les coupler deux par deux** ..., pour y aller pas à pas », « tout doucement, il y a une automatisation qui se fait. Donc la rééducation elle part de ça et puis en même temps **on muscle l'attention** pour qu'il y ait de plus en plus de choses qui s'imbriquent et qui puissent être faites en même temps ».

Pour les 3 ergothérapeutes, les valeurs de bienveillance, **d'indulgence**, « compassion envers soi-même », « cadre sécurisant » pour E1, véhiculées par la pratique méditative, favorisent l'amélioration de la satisfaction occupationnelle. E2 formule ainsi ce point : « ils étaient moins dans la recherche de la perfection, de l'élève qui doit avoir la bonne note et ils gagnaient en indulgence ...et de **retrouver satisfaction d'avoir pu faire l'activité** même si c'était pas forcément parfait ».

Les habiletés développées lors de pratiques méditatives pour atteindre les objectifs thérapeutiques sont d'ordre cognitif pour les 3 professionnelles avec les **habiletés attentionnelles**. Elles sont aussi **d'ordre social** comme le cite E1 « dans les interactions ça permet d'être un peu plus ... adapté » notamment en reconnaissant son humeur, en l'exprimant au moyen de la réglette, « que ça prend pas toute la place non plus » et « à avoir des bons rapports malgré...les situations pas toujours faciles ». E3 explique la prise de recul la meilleure connaissance de soi même pour « qu'ils arrivent à **se détacher** [des pensées négatives] et à mieux comprendre leur fonctionnement... ça se traduit surtout sur le fonctionnement **social, le travail, avec les amis, la famille** ». E2 cite l'**habileté « d'arrêter de se juger et gagner en tolérance avec soi-même...changer de regard et prendre en compte tout le contexte** et pas que ce que ma pensée me raconte comme interprétation de la situation ». Au sujet de l'écriture E1 affirme **l'amélioration de la performance occupationnelle** : « il y a des mieux...Ça c'est très concret. Pour une activité comme ça il peut y avoir du plus, on voit il arrive davantage à prendre plus son temps, s'appliquer, c'est plus lisible ».

Pour répondre aux répercussions occupationnelles, E2 explique les apports de la pleine conscience à propos de **l'alimentation** : « **relativiser leurs excès et moins culpabiliser...**, ils arrivaient plus facilement à équilibrer... et c'est surtout qu'il y avait pas non plus la restriction de ne jamais **se faire plaisir**... finalement de prendre conscience que je maigris parce que j'ai cette capacité quotidienne à être dans ce **juste apport** ».

3. Impacts sur la relation à l'environnement

Pour les 3 participantes, à la question permettant de savoir si le recours à la méditation permet de mieux se saisir de l'environnement pour la réalisation de l'activité, elles répondent qu'« à l'inverse », ça peut aider la personne à « repérer » « ce qui peut les déranger », les

« épuiser » non pas directement pour réaliser l'activité mais pour maintenir sa présence dans un environnement.

E1 évoque les distracteurs possibles de l'environnement de l'enfant comme par exemple : « il y a trop de bruit » et qu'ainsi les enfants vont potentiellement être capable de « se saisir de casques ... ou des écrans » dans les salles de classe. Ou encore « être capable de dire là j'ai besoin d'une pause ou entendre l'adulte qui dit t'as peut-être besoin d'une pause ... même si c'est encore difficile pour les enfants ».

E2 et E3 relèvent une meilleure connaissance de « ses signes précurseurs » et d'« être plus perceptifs à ces pensées » dépressives (E3) ; qu'« ils prennent conscience qu'ils vont partir dans leur cercle vicieux » (E2) et qu'ils vont « aller solliciter de l'aide à ce moment-là ». E3 précise le propos tenu aux patients lors des séances de « plus s'affirmer pour pouvoir mieux se protéger » favorisant l'expression de ce qui ne leur convient pas, notamment pour prévenir les rechutes.

E3 explique **les bénéfices des échanges** en groupe qui encourage les prises de conscience : « telle situation, faut peut-être que je la mette un peu de côté » ou encore « c'est vrai ça finalement c'est pas pour moi...je prends le temps de choisir » réalisant l'adéquation ou non entre leur environnement et leurs envies ou leurs besoins.

4. Transferts d'apprentissage

4.1. Transferts pour une même activité à d'autres environnements

L'objectif visé pour ce sous thème était de connaître les éventuels transferts d'acquis pour une même activité dans un ou des environnements différent(s). E1 confirme les transferts d'acquis vérifiés pour l'activité écriture.

E2 utilisait l'attention sensorielle pour apprécier l'instant présent : sons d'un oiseau qui chante, la vue d'un écureuil dans le jardin, etc. Elle encourageait les personnes à **reproduire cette attention** à d'autres moments de la journée, **devenir autonome dans la réalisation d'une activité simple pouvant procurer du plaisir** : « ça leur permettait de **réinvestir cette attention**, ils me disaient ah bah tiens je suis allé fumer ma clope j'ai repensé à ce que vous m'avez dit et du coup j'ai entendu l'oiseau et donc du coup je me suis arrêté, voilà ça m'a fait

plaisir ». Elle complète son propos par « je ne suis pas certaine que ceux pour qui la nature n'était pas une valeur ça ait suffi pour qu'ils le transposent après ».

E2 poursuit l'explication de ses interventions sur un autre aspect de l'environnement : « j'aimais beaucoup leur faire travailler sur l'environnement étiqueté désagréable » en citant l'exemple de bruits présents dans l'environnement durant les méditations. « Faire travailler les patients sur le fait que dans la vie tout ne se passe pas comme prévu ... et que si je focalise sur le truc désagréable je ne vois plus que ça ... et on débriefait sur tout le discours intérieur ... se faire happer par les distracteurs, de choisir d'y rester, et de ne pas vouloir en partir ». « Si je reste focalisé sur ce qui m'intéresse moi... je vais pas rentrer dans un cercle de râler... c'est un **évènement dans l'instant mais ça devient pas l'élément unique** ». Elle explique une forme de décentrage : « **montrer notre capacité à avoir un point de vue très étriqué** alors que si j'élargis ...si je prends tout en compte ...finalement l'expérience elle [n'] est plus désagréable en fait », « ça va pas régler le problème mais **ça va permettre de ne pas être que sur le problème** ».

E' image à plusieurs reprises cette prise de conscience, le recul et le changement permis qui peut s'en suivre. Elle rapporte le témoignage de patients entre deux séances : « ce qu'ils ont vécu dans la semaine... qui expliquent par exemple qu'ils ont été rejetés pendant toute leur enfance. Et que toujours ce sentiment de rejet, il impacte leur vie de tous les jours même si la méditation ça va pas régler le problème ... mais ils vont se rendre compte que finalement ce sentiment ils y pensaient pas là mais que leur façon de penser ... elle est basée sur ce truc de rejet qu'ils ont toujours depuis l'enfance et qu'ils répètent... et du coup ... reculer et puis dire tiens cette pensée elle est là, elle réapparaît mais finalement on dit **pas partir avec le train des pensées**, pas partir avec ça tout le temps mais seulement le regarder passer, ...ben voilà moi je monte pas dans le train, c'est cette idée-là de **pas se laisser entraîner par ses pensées négatives** ».

Enfin, E2 prend l'exemple du maintien de l'activité dans un autre environnement en rapportant un témoignage d'une dame pour qui la peinture était une activité signifiante et qui avait senti, en présence du groupe dans lequel elle était, la colère monter en elle. En « **redirigeant toute son attention sur la sensation** du pinceau sur le bois », « **j'ai pu continuer l'activité** en faisant abstraction finalement de ce qui me dérangeait chez les

autres... effectivement la colère est partie... j'étais bien ». Elle termine en décrivant l'aspect social préservé « finalement elle a pu retourner dans le groupe sans souci ».

4.2. Transferts de compétences sur d'autres activités :

E1 exprime ses doutes au sujet des améliorations globales de fonctionnement de l'enfant : « **Souvent je sais pas quelle est ma part** quelle est la part d'autres choses, quelle est la part du jeune seul...c'est assez impalpable...souvent **c'est un ensemble** ». Elle parle des améliorations constatées en évoquant le fait de « prendre plus son temps » pour faire les choses, « de plus s'organiser aussi ou de plus écouter les conseils » et elle termine en rappelant l'amélioration du recours à l'environnement par le fait de « solliciter les adultes autour ».

Pour le transfert à d'autres activités, E2 explique les exercices qu'elle faisait réaliser aux patients durant ces ateliers d'expériences sensorielles, souvent avec de l'eau. Elle transposait l'activité de se laver les mains en pleine conscience à la douche pour « **réinvestir cette activité** » en moment de « **plaisir, de détente, de ressourcement** » et « il y en a beaucoup pour qui ça devenait un SAS de décompression pour la journée ». E3 rejoint ces propos pour apprécier l'instant présent : « ils sont tellement obnubilés par ...les idées délirantes, les ruminations...se poser et manger ou boire son thé en pleine conscience, **se dire qu'on peut faire ça**,... des fois c'est une découverte pour les gens et tout d'un coup se dire mais ça c'est chouette finalement, ou ça c'est beau, ou ça c'est agréable, ils ont un peu déconnecté des sensations ...corporelles... qu'est-ce qu'on ressent en sensation positive mais aussi négative».

E2 rappelle les concepts qu'elle enseignait en disant qu'« ils se mettaient pas forcément à se laver les dents en pleine conscience » et revient sur la philosophie globale de la pratique méditative qui permet d'« être pleinement présent sans jugement », « d'être un peu plus posé » ou « d'être capable de profiter de l'instant agréable et de s'en saisir quand il est là » avec le bénéfice indirect sur les activités réalisées.

E3 mentionne la **variabilité interpersonnelle** observée en pratique : « on a des gens qui vont pratiquer plus et qui vont être très aidants pour les autres parce que ceux qui ressentent les choses de positif du programme, ils vont, être un peu comme pair aidant à ceux qui sont un peu réticents au début ». Elle complète à propos des écarts constatés sur le transfert

d'utilisation d'outils dans d'autres environnements en disant « finalement ils prennent ce qu'ils veulent ..., nous on va pas forcer, **ils vont prendre ce qu'ils veulent** dans le programme alors il y en a qui auront pris beaucoup, pour qui ça aura vraiment été un changement dans leur vie et puis d'autres, ils ont pris un petit peu mais c'est pas grave, s'ils ont pris juste le scan [balayage corporel] pour ... mieux dormir, à mieux s'endormir, peut-être à mieux se réveiller le matin ... c'est déjà ça ».

5. Limites et points forts de la méditation de pleine conscience en ergothérapie

Ce thème répondait à un des objectifs de recherche de mieux comprendre l'application professionnelle des pratiques méditatives pour l'ergothérapie en France. Les 3 professionnelles interviewées témoignent ouvertement des limites rencontrées.

A propos des prérequis, E2 et E3 soulignent la nécessité de pratiquer pour des patients hors crise « relativement calmes », et « stabilisés » et disposant d'un minimum d'ouverture d'esprit. Pour E2, « ce qui est essentiel, c'est de **guider les gens**...la guidance continue c'est une des clés ». E1 insiste sur l'investissement du thérapeute « il faut vraiment s'inclure, faut vraiment le faire » quand elle évoque par exemple l'utilisation de la réglette avec l'enfant. Elle ajoute aussi « il faut de la bienveillance envers soi...et être en confiance » pour « accepter que le jeune des fois... il a pas envie ».

Une limite unanimement relevée est celle du temps nécessaire à accorder pour la pratique régulière chez soi. E1 et E2 se heurtent à la difficulté de « pérenniser » la pratique en dehors des séances. E2 trouve que « ce qui est très dommage, **ils deviennent vite dépendant** de moi...de ma voix...je pouvais avoir 80% de mes patients qui revenaient d'une séance à l'autre... en gros « j'ai pas fait mes devoirs » ...et je me demandais vraiment comment amener les patients à ce qu'ils fassent pour eux-mêmes ». Elle nuance ce manque de pratique personnelle dans les résultats observés en disant « paradoxalement sur des gens qui travaillaient pas spécialement en dehors de mes séances, il y avait quand même un impact mesurable même pas forcément significatif, mais cette petite baisse... donc c'était quand même intéressant de constater ça ».

E3 explique la mise en place de **séance de rappel tous les mois** « ils réclament ça... pour de la pratique...et puis pour discuter ... d'où ils en sont ... de la méditation dans leur vie de tous les jours ». E2 et E3 rapportent le stress et l'anxiété pouvant être perçu par certaines personnes quant à la pratique corporelle exemple du toucher pour E2 et de la respiration pour E3.

E1 répète le fait que « c'est des enfants, ils n'ont pas toujours la maturité cérébrale de gérer » et souhaite donc que « ça puisse être porté par ailleurs, rappelé à d'autres moments. » Elle énumère l'influence des « **facteurs environnementaux** » : « La limite c'est l'implication des adultes autour », l'importance du temps passé sur les écrans avec l'effet épuisant que cela engendre, « l'attention est plus difficilement mobilisable sur des activités moins plaisir comme l'écriture ou la lecture » et le cumul des activités ou des rendez-vous paramédicaux. Enfin, elle exprime la difficulté pour certains enfants à verbaliser certains ressentis.

E2 identifie le frein que constitue « la volonté du résultat efficace immédiat », majorée en période fragile ou instable, et les résultats non probants pour les patients anorexiques. Elle précise aussi à plusieurs reprises à propos de l'évaluation de l'anxiété, effectué au moyen des échelles STAI A et STAI B⁷, que le résultat de cet élément « multifactoriel » dépendait du contexte de vie de la personne au moment du cycle effectué. Enfin, E3 exprime le caractère « un peu spécial de l'outil, il faut être confiant, se laisser aller ». Elle termine à ce sujet en exprimant le point de vue macro : « ça fait pas partie de notre culture non plus ».

Toutes les 3 ergothérapeutes sont attachées personnellement et professionnellement à ce type de pratiques pour « prendre soin de soi », « être bienveillant », « ne serait-ce que pour soulager », « une meilleure connaissance de soi même » dans les processus comportements, pensées, émotions pour une meilleure qualité de vie. Des améliorations significatives sont rapportées par E1 à propos de l'écriture.

E2 évoque une « ouverture d'esprit...à vivre l'expérience pour ce qu'elle a à apporter », une « philosophie », « des valeurs » et « des concepts », véhiculés par la méditation, permettant d'améliorer le bien-être général de la personne et que « les activités reprennent

⁷ State Trait Anxiety Inventory

de ce pas ». « ça donne un guide qui, à mon sens, nous permet de **mieux traverser les évènements de la vie** même douloureux avec plus de facilité » (E2).

Elle rapporte ses résultats d'évaluation avant/après en signalant des baisses significatives au niveau du stress perçu et sur 2 des 5 facettes du niveau de pleine conscience coté par la FFMQ⁸ (Annexe B) : observation et non jugement.

E3 cite également l'importance du recours à ces pratiques pour aider dans la **gestion du stress** : « MBSR est très bien ...parce que c'est surtout la gestion du stress... nous on voit ...il a un **impact énorme** sur le fonctionnement des personnes ...tous pratiquement...en santé mentale on sait qu'il y a une telle stigmatisation et auto stigmatisation qui vont rajouter du stress aux personnes » lors de leurs interactions sociales.

En dehors des éléments statistiques, elles précisent toutes les deux les « bons retours » exprimés par les participants avec le renouvellement de participation des personnes. Apprécier l'instant présent, améliorer le fonctionnement social, elles soulignent aussi l'unicité de l'outil avec la possibilité d'y revenir plus tard si besoin.

E1 rappelle un des premiers objectifs pour lequel elle s'est formée à l'outil « me sert beaucoup pour **être présente à ce qui est là** et là où le jeune il en est...dans quelle énergie...à **l'écouter** ». E3 mentionne aussi ce bienfait pour la relation thérapeutique « ça m'apporte beaucoup dans la **compréhension de ce qu'ils** [les patients] **vivent** ». Elle termine l'entretien en faisant le parallèle entre la méditation et l'ergothérapie : « l'ergo comme il doit veiller au bon fonctionnement général de la personne, je pense que c'est un outil qui a beaucoup d'impact sur le fonctionnement général, global de la personne ».

Enfin elles expriment certains souhaits et conseils : « le vivre soi-même », « amener la pleine conscience dans la classe, dans la famille », « à proposer aux aidants, aux personnels de santé, aux étudiants ».

⁸ Five Facets Mindfulness Questionnaire

Discussion

1. Confrontation des résultats en rapport aux études théoriques

D'un point de vue global, nous pourrions dire que les réponses collectées rejoignent en de nombreux points les éléments issus de l'étude théorique, examinons plus finement les différentes thématiques traitées.

1.1. Contextes de pratiques intégrant la méditation

A propos des interventions et des pathologies rencontrées, l'entraînement et les interventions menées pour améliorer les processus cognitifs et attentionnels sont effectivement rapportés par les participantes. Elles expliquent l'utilisation qu'elles en font pour des **problématiques supplémentaires** à celles citées dans la partie théorique. E1 utilise l'attention dirigée aux fonctions sensorimotrices de l'enfant pour répondre à ses difficultés d'écriture. Elle exploite aussi l'outil pour prévenir des troubles dys. En santé mentale, E2 et E3 tirent profit des bienfaits sur le fonctionnement des processus cognitifs pour des personnes schizophrènes, avec troubles bi polaires et borderline.

Les résultats montrent ainsi les possibilités **d'exploiter les principes fondamentaux de la méditation** (attention, fonctionnement cognitif, fonctions exécutives, etc.) et de les appliquer à des **situations diverses et variées** selon les ergothérapeutes et les lieux de pratique.

Concernant les objectifs thérapeutiques visés, la transmission de concepts ou de philosophie de vie, pouvoir donner des clés aux individus sur la compréhension de leurs fonctionnements est unanimement recueillie auprès des interviewées. Élément novateur, cette **forme d'éducation** thérapeutique ou de **transmission de savoirs et d'expériences**, est une valeur forte pour les ergothérapeutes rencontrées visant l'autonomie au quotidien des personnes.

Autre précision apportée par l'enquête : les professionnelles mettent en valeur l'étape de **prise de recul**, préalable nécessaire à la reconnaissance des émotions et des pensées négatives présentes. Elles soulignent l'apprentissage nécessaire de pouvoir se poser avant de s'orienter vers ce qui répond au mieux aux besoins de la personne.

Enfin, leurs témoignages appuient l'intérêt d'utilisation de cette pratique pour la mise en œuvre et l'atteinte d'objectifs ergothérapeutiques. Leurs expériences montrent une forme de fusion de pratiques méditative et ergothérapique car, soit les objectifs convergent, soit la méditation vient supporter naturellement le plan d'intervention.

1.2. La problématique de recherche visée : la sphère occupationnelle, la réalisation de l'activité

Les entretiens confirment les apports relevés dans la bibliographie pour le concept occupationnel. En référence au concept de **volition** du MOH, la méditation en ergothérapie promeut les choix que fait la personne pour agir en fonction de ce qu'elle considère comme important à faire. Elle favorise la connaissance d'elle-même et qui elle souhaite **devenir** en tant qu'être **occupationnel**. Se reportant au MCREO, les résultats approuvent l'amélioration du **rendement occupationnel**. Complément d'enquête : E2 et E3 témoignent de **l'amélioration de l'équilibre occupationnel**. La méditation favorise **l'autogestion** dans la vie quotidienne par l'utilisation d'outils et de stratégies adaptés, et la **régulation** des processus attention, émotions, pensées. E1 donne un exemple de l'occupation consciente citée en première partie lorsqu'elle explique ses séances d'ergothérapie pour améliorer l'écriture. Néanmoins, hormis pour l'activité écriture où des mécanismes d'actions précis sont identifiés, la méditation en ergothérapie constitue un **soutien au niveau transversal** pour la réalisation de l'activité.

Dans le contexte d'intervention d'E2 et E3, les résultats montrent **l'importance** de réalisation **d'une activité plaisir**. L'épanouissement occupationnel est retrouvé mais la notion de sa portée est établie par les entretiens. Les résultats montrent **comment une activité quotidienne peut changer notre journée** et même au-delà, en nous permettant de profiter de ses bienfaits.

Faculté novatrice apportée par les entretiens, **l'indulgence favorise la satisfaction occupationnelle** et renforce la confiance en soi.

Les interviewées mettent l'accent sur l'expression thérapeutique et les **bénéfices des échanges** individuels ou en groupe. Les témoignages en révèlent **l'impact indirect sur le maintien dans l'activité et les interactions sociales**.

Enfin, il est mentionné une seule fois lors des entretiens mais ne figure pas distinctement dans la théorie : le **regain d'élan vital** suite à une activité méditative entraînant **la reprise de la vie occupationnelle** de la personne.

1.3. Incidences sur le rapport à l'environnement

La méditation en ergothérapie favorise **l'auto identification des éléments perturbateurs** de l'environnement. Les personnes vont pouvoir **recourir adéquatement** aux aides techniques ou humaines. En revanche, ce recours a pour **priorité le maintien de l'être** dans son environnement **avant son maintien dans l'activité**.

Autrement dit, la méditation favoriserait la prise de conscience des facteurs environnementaux pénalisant la personne dans son environnement. En réaction et pour la préservation de ses composantes psychosociales, la personne initie la mise en œuvre d'aides adaptées permettant in fine la réalisation de son ou ses activités.

1.4. Transferts d'acquis

Cette thématique permet de **corroborer les gains** acquis **rapportés par la littérature** : savoir tourner son attention vers les composantes corporelles, sensorielles et mentales, faire des choix éclairés et adaptés à ses besoins pour un équilibre de vie, prendre en compte le contexte global des situations pour gérer ses difficultés, être capable d'apprécier l'instant présent, de pouvoir s'y ressourcer. La **notion d'apprentissage par association d'images** est utilisée pour renforcer et augmenter les acquisitions dans la vie quotidienne. Les 3 ergothérapeutes communiquent des histoires et des symboles pour **encourager les personnes à intégrer les outils et stratégies dans leur devenir occupationnel**.

En regard de la théorie, ces résultats permettent de mieux percevoir la variabilité interpersonnelle constatée sur les transferts effectués. Les professionnelles mettent en lumière les expériences non concluantes, le fait que « ce n'est peut-être pas le moment pour ça », et surtout les **écarts constatés sur les bénéfices personnels engendrés**.

L'enquête délivre une meilleure compréhension des solutions apportées par le décentrage. Le fait de **pouvoir se détacher d'un évènement désagréable ou de pensées négatives** est essentiel pour vivre les choses autrement, **permettre une transformation** personnelle.

A l'inverse, **être capable de diriger son attention sur ses sensations corporelles** dans un instant difficile peut aider la personne à **laisser passer ses émotions ou ses pensées négatives**. Elle pourra ainsi **rester présente** dans son environnement, **poursuivre son activité et maintenir ses relations sociales**.

1.5. Evolutions de pratiques

Pour le contexte de pratique propre à E1, **les facteurs environnementaux** non détaillés dans l'étude préalable paraissent **déterminants pour instaurer et étendre durablement les acquisitions chez l'enfant**. Les ergothérapeutes interviewées disent le besoin de pouvoir **rappeler** ces pratiques **en dehors des séances**. Les résultats confirment les informations théoriques sur les répercussions bénéfiques possibles pour les institutions, la famille, la société de manière générale.

L'enquête relate le mal être vécu par les personnes accompagnées et les exigences parfois croissantes imposées par nos organisations actuelles. Ces pratiques méditatives représentent **une aide** parmi d'autres comme **soutien à la participation sociale, à l'évolution des personnes** et pour **s'extraire un instant des difficultés** en se reconnectant aux plaisirs simples de la vie.

2. Les limites et intérêts de cette étude

La limite majeure de cette étude relève du **faible effectif** de la population visée en France. Il a été fastidieux et **incertain de trouver trois professionnelles** répondant aux critères d'inclusion. Cela réduit la valeur des résultats. Certaines applications comme la douleur n'ont pas pu être confrontée sur le terrain. Ce mémoire étant une initiation à la recherche, il ne permet pas d'obtenir l'approbation d'un Comité de Protection de la Personne (CPP), et donc pas de recueil d'expériences de patients. Enfin une mauvaise interprétation des réponses constitue un biais.

Au niveau théorique, l'étude n'inclut pas la recherche d'articles portant sur certains outils de pratique en méditation comme le balayage corporel ou la respiration abdominale. **Aucune donnée statistique**, même outre atlantique, n'a été trouvée sur le nombre d'ergothérapeutes formé à la méditation. La mesure du faible niveau d'intégration de ces

outils à la pratique ergothérapique est possible mais aucun élément quantitatif permet de le situer.

Le principal intérêt de cette étude est son **caractère novateur dans le champ de l'ergothérapie** d'autant plus pour une pratique qui fait sens dans ces interventions. L'intérêt suivant est celui de l'intention de regard objectif sur les informations recueillies avec une ouverture sur la diversité des contextes d'intervention. Personnellement, ce travail m'a permis de **réinvestir les enseignements** dispensés durant notre formation et d'investir un **sujet concret de pratique professionnelle**.

Enfin, **cette étude rejoint** l'actualité sur l'évolution de la société avec l'intérêt porté aux valeurs de bienveillance, de non jugement, d'écoute de soi. Et sur **le développement**, car appuyé scientifiquement, **de médecines alternatives** dans le domaine de la promotion de la santé.

3. Suggestions pour la poursuite de l'étude

De par le vaste champ d'investigation, de **nombreuses pistes** d'étude complémentaire ont pu être identifiées tout au cours de cette recherche. Il pourrait s'agir de cibler un type de public pour recueillir des données significatives sur une question précise comme par exemple : la méditation en ergothérapie favorise-t-elle les interactions sociales chez les personnes présentant des troubles du spectre autistique ?

En complément des études scientifiques déjà parues, pourrait se poser la question de : En France, quels seraient les avantages, pour les étudiants et pour l'évolution de la profession, à intégrer l'enseignement de la méditation de pleine conscience dans le programme de formation des IFE (Institut de Formation en Ergothérapie) ?

Au terme des résultats de recherche exploratoire et poursuivant la thématique de la réalisation de l'activité en autonomie, il semblerait pertinent d'investiguer la recherche suivante : **En ergothérapie, comment promouvoir la pérennité de l'application des outils et des stratégies spécifiques de la méditation afin d'améliorer l'autonomie dans la gestion quotidienne ?**

Conclusion

La méditation en ergothérapie sollicite et développe les capacités attentionnelles et cognitives de la personne. Elle aide à mieux gérer le stress et l'anxiété. L'étude confirme, par la mise en œuvre d'outils et de stratégies spécifiques, l'auto régulation des émotions et des pensées négatives. Elle appuie son intégration pour de nombreuses situations cliniques. Une meilleure compréhension des fonctionnements de la personne favorise l'amélioration de ses relations sociales. Toutefois, la méditation nécessite une pratique régulière et un engagement. Certaines personnes peuvent ressentir des effets désagréables au début et ces pratiques n'appartiennent pas à notre culture occidentale.

L'enquête réalisée auprès d'ergothérapeutes valorise la transmission de leurs savoirs et de leurs expériences pour comprendre les processus pensées, émotions, comportements. Elles visent une meilleure gestion du quotidien quel que soit l'environnement dans lequel évolue la personne. L'étape de prise de recul est enseignée pour favoriser des choix éclairés et répondant aux besoins de la personne. Comme rapporté par la littérature, la méditation peut améliorer le rendement occupationnel de la personne et promouvoir sa satisfaction pour la réalisation de l'activité notamment par une plus grande indulgence envers elle-même. Pour favoriser la réalisation de l'activité, des mécanismes précis sont possibles en exploitant l'attention dirigée sur les fonctions sensorimotrices. L'étude montre une utilisation majoritairement transversale pour une meilleure connaissance de soi, une connexion possible à des activités plaisir. La méditation en ergothérapie favorise l'auto identification des facteurs environnementaux perturbateurs et le recours adapté aux aides techniques ou humaines. L'enquête rapporte l'importance et les bénéfices des échanges individuels ou en groupe pour favoriser le transfert d'acquis.

Cet outil, à la fois personnel et professionnel, constitue une approche alternative potentiellement efficace en ergothérapie. Toutefois, des recherches complémentaires sont nécessaires concernant l'étude de ces concepts pour l'occupation. Une des pistes proposées au terme de cette étude est la suivante : En ergothérapie, comment promouvoir la pérennité de l'application des outils et des stratégies spécifiques de la méditation afin d'améliorer l'autonomie dans la gestion quotidienne ?

Bibliographie

American Occupational Therapy Association. (2008). *Occupational Therapy Practice Framework : Domain & Process 2nd Edition* (Vol. 62). <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.5014/ajot.62.6.625>

Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2002). *Promouvoir l'occupation : Une perspective de l'ergothérapie* (Edition révisée). https://caot.ca/client/product2/400/item.html?language=fr_FR&

Beccia, A. L., Dunlap, C., Hanes, D. A., Courneene, B. J., & Zwickey, H. L. (2018). Mindfulness-based eating disorder prevention programs : A systematic review and meta-analysis. *Mental Health & Prevention*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.11.001>

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders : A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305. <https://doi.org/10.1080/08897070903250084>

Brewer, J. A., Mallik, S., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E., Deleone, C. M., Minnix-Cotton, C. A., Byrne, S. A., Kober, H., Weinstein, A. J., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2011). Mindfulness training for smoking cessation : Results from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 72-80. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.027>

Cahill, S. M., Egan, B. E., & Seber, J. (2020). Activity- and Occupation-Based Interventions to Support Mental Health, Positive Behavior, and Social Participation for Children and

- Youth : A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 7402180020p1-7402180020p28. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.038687>
- Cebolla, A., Demarzo, M., Martins, P., Soler, J., & Garcia-Campayo, J. (2017). Unwanted effects : Is there a negative side of meditation? A multicentre survey. *PLOS ONE*, 12(9), e0183137. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183137>
- Chugh-Gupta, N., Baldassarre, F. G., & Vrkljan, B. H. (2013). A systematic review of yoga for state anxiety : Considerations for occupational therapy / Revue systématique sur l'efficacité du yoga pour traiter l'anxiété réactionnelle : Facteurs à considérer en ergothérapie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(3), 150-170. <https://doi.org/10.1177/0008417413500930>
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3>
- De La Santé, O. M. (1946, July). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. In *WHO. int.*
- Elliot, M. L. (2011). Being Mindful about Mindfulness : An Invitation to Extend Occupational Engagement into the Growing Mindfulness Discourse. *Journal of Occupational Science*, 18(4), 366-376. <https://doi.org/10.1080/14427591.2011.610777>
- Fordham, B., Griffiths, C. E. M., & Bundy, C. (2015). A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychology, Health & Medicine*, 20(1), 121-127. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.902483>

- Goodman, V., Wardrope, B., Myers, S., Cohen, S., McCorquodale, L., & Kinsella, E. A. (2019). Mindfulness and human occupation : A scoping review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(3), 157-170. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1483422>
- Gura, S. T. (2010). Mindfulness in Occupational Therapy Education. *Occupational Therapy In Health Care*, 24(3), 266-273. <https://doi.org/10.3109/07380571003770336>
- Gutman, S. A., Gregory, K. A., Sadlier-Brown, M. M., Schlissel, M. A., Schubert, A. M., Westover, L. A., & Miller, R. C. (2017). Comparative Effectiveness of Three Occupational Therapy Sleep Interventions : A Randomized Controlled Study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 37(1), 5-13. <https://doi.org/10.1177/1539449216673045>
- HAS. (2014). *Recommandation de bonne pratique—Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d’avoir un trouble déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_recommandations.pdf
- Hawtin, H., & Sullivan, C. (2011). Experiences of Mindfulness Training in Living with Rheumatic Disease : An Interpretative Phenomenological Analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 137-142. <https://doi.org/10.4276/030802211X12996065859283>
- Hoffman, L., Hutt, R., Yi Tsui, C. K., Zorokong, K., & Marfeo, E. (2020). Meditation-Based Interventions for Adults With Dementia : A Scoping Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 7403205010p1-7403205010p14. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.037820>

- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression : A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science, 6*(6), 537-559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Jon Kabat-Zinn : « La méditation est une façon d’être, son essence est universelle ». (2012, octobre 8). *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/vous/article/2012/10/08/la-meditation-est-une-facon-d-etre_1771234_3238.html
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living (Revised Edition) : Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Random House Publishing Group.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G., Hosmer, D., & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention on Rates of Skin Clearing in Patients With Moderate to Severe Psoriasis Undergoing Photo Therapy (UVB) and Photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine, 60*(5), 625.
- Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation : Theory and Application* (3ème édition). Lippincott Williams & Wilkins. [https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=iNKSuVWytKYC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Kielhofner,+G.+\(2008\).+Model+of+Human+Occupation+:+Theory+and+Application+\(4t](https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=iNKSuVWytKYC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Kielhofner,+G.+(2008).+Model+of+Human+Occupation+:+Theory+and+Application+(4t)

h+edition).+Lippincott+Williams+%26+Wilkins,+Baltimore.&ots=S3C9TSB_Yb&sig=FX
O6CSXxEe5BJx_VQDLK8OaYico#v=onepage&q&f=false

Kielhofner, G. (2008). *Introduction to the model of human occupation. Model of Human Occupation, Theory and Application* (4ème édition). Lippincott Williams & Wilkins.

Koenig, K. P., Buckley-Reen, A., & Garg, S. (2012). Efficacy of the Get Ready to Learn Yoga Program Among Children With Autism Spectrum Disorders : A Pretest–Posttest Control Group Design. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(5), 538-546.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2012.004390>

Kuijpers, H. J. H., Heijden, F. M. M. A. van der, Tuinier, S., & Verhoeven, W. M. A. (2007). Meditation-Induced Psychosis. *Psychopathology*, 40(6), 461-464.
<https://doi.org/10.1159/000108125>

Langer, Á. I., Schmidt, C., Mayol, R., Díaz, M., Lecaros, J., Krogh, E., Pardow, A., Vergara, C., Vergara, G., Pérez-Herrera, B., Villar, M. J., Maturana, A., & Gaspar, P. A. (2017). The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample : Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1967-7>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Méditation - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 14 février 2023, à l'adresse
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9ditation/50158>

Loucks, E. B. (2019). *Health Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) : A Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses*.

- Ludwig, D. S., & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in Medicine. *American Medical Association*, 300(11), 1350-1352.
- Lustyk, M. K. B., Chawla, N., Nolan, R. S., & Marlatt, G. A. (2009). *Mindfulness Meditation Research : Issues of Participant Screening, Safety Procedures, and Researcher Training*. 24(1).
- Martin, M., & Doswell, S. (2012). Mindfulness and Older People : A Small Study. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(1), 36-41.
<https://doi.org/10.4276/030802212X13261082051454>
- Martín-Asuero, A., García-Banda, G., & Benito, E. (2005). Reducción de estrés mediante atención plena : La técnica MBSR en la formación de profesionales de la salud.
<http://www.redined.mec.es/oai/indexg.php?registro=00520063000163>, 31.
<https://doi.org/10.33776/amc.v31i139.2149>
- McVeigh, R. (2017). Mindfulness in practice : Developing an occupational therapy niche. (2017), 17.3.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* (1ère Edition). Deboeck supérieur.
<https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782353271856-de-l-activite-la-participation>
- Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., & Sala, L. (2012). *Mener une démarche de pleine conscience - Approche MBCT : Pour qui ? Pourquoi ? Comment ?* Dunod. <http://unrra.scholarvox.com.docelec.univ-lyon1.fr/book/88920538>

- Parker, A. E. (2014). Nirbhay N. Singh (ed) : Psychology of Meditation: Nova Science Publishers, New York, 2014, 362 pp. *Journal of Child and Family Studies*, 23(6), 1139-1143.
<https://doi.org/10.1007/s10826-014-9973-9>
- Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2017). *MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. <https://anfe.fr/product/mohost-outil-devaluation-de-la-participation-occupationnelle-2/>
- Poinsot, R., & Illy, J. (2016). La méditation de pleine conscience (mindfulness) en oncologie. *Cancer(s) et psy(s)*, 2(1), 74-83. <https://doi.org/10.3917/crpsy.002.0074>
- Psychologies.com. (2017, avril 12). *Christophe André : Je veux partager l'expérience d'une transformation intérieure*.
<https://www.psychologies.com/Culture/Spiritualites/Meditation/Interviews/Christophe-Andre-Je-veux-partager-l-experience-d-une-transformation-interieure>
- Ravalier, J. M., Wegrzynek, P., & Lawton, S. (2016). Systematic review : Complementary therapies and employee well-being. *Occupational Medicine*, 66(6), 428-436.
<https://doi.org/10.1093/occmed/kqw047>
- Razzaque, R., Okoro, E., & Wood, L. (2015). Mindfulness in Clinician Therapeutic Relationships. *Mindfulness*, 6(2), 170-174. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0241-7>
- Reid, D. (2008). Exploring the relationship between occupational presence, occupational engagement, and people's well-being. *Journal of Occupational Science*, 15(1), 43-47.
<https://doi.org/10.1080/14427591.2008.9686606>

- Reid, D. (2009). Capturing Presence Moments : The Art of Mindful Practice in Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 180-188.
<https://doi.org/10.1177/000841740907600307>
- Reid, D., Farragher, J., & Ok, C. (2013). Exploring Mindfulness With Occupational Therapists Practicing in Mental Health Contexts. *Occupational Therapy in Mental Health*, 29(3), 279-292. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2013.819727>
- Schell, B. A., Gillen, G., Scaffa, M., & Cohn, E. S. (2013). *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Schmid, A. A., Puymbroeck, M. V., Portz, J. D., Adler, K. E., & Fruhauf, C. A. (2016). "Merging Yoga and Occupational Therapy (MY-OT): A feasibility and pilot study". *Complementary Therapies in Medicine*, 28, 44-49.
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.08.003>
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
<https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.164>
- Stew, G. (2011). Mindfulness Training for Occupational Therapy Students. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(6), 269-276.
<https://doi.org/10.4276/030802211X13074383957869>
- Stroh-Gingrich, B. (2012). L'ergothérapie et la méditation de la pleine conscience : Une intervention pour lutter contre la douleur persistante. *Actualités ergothérapeutiques*, 14(5), 21-22.

- Townsend & Polatajko, E. & H. J. A. ; (2013). *Habiliter à l'occupation—2ème édition* (Editrice de la version française Noémi Cantin). <https://anfe.fr/product/habiliter-a-loccupation-2eme-edition/>
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. CAOT Publications ACE.
- Urbanowski, R., Shaw, L., & Chemmuttut, L. C. (2013). Occupational Science Value Propositions in the Field of Public Policy. *Journal of Occupational Science*, 20(4), 314-325. <https://doi.org/10.1080/14427591.2013.806208>
- Wood, J., Henderson, W., & Foster, E. R. (2022). Occupational Therapy Practice Guidelines for People With Parkinson's Disease. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 7603397010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.763001>
- Zeidan, F., Martucci, K. T., Kraft, R. A., Gordon, N. S., McHaffie, J. G., & Coghill, R. C. (2011). Brain Mechanisms Supporting the Modulation of Pain by Mindfulness Meditation. *Journal of Neuroscience*, 31(14), 5540-5548. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5791-10.2011>

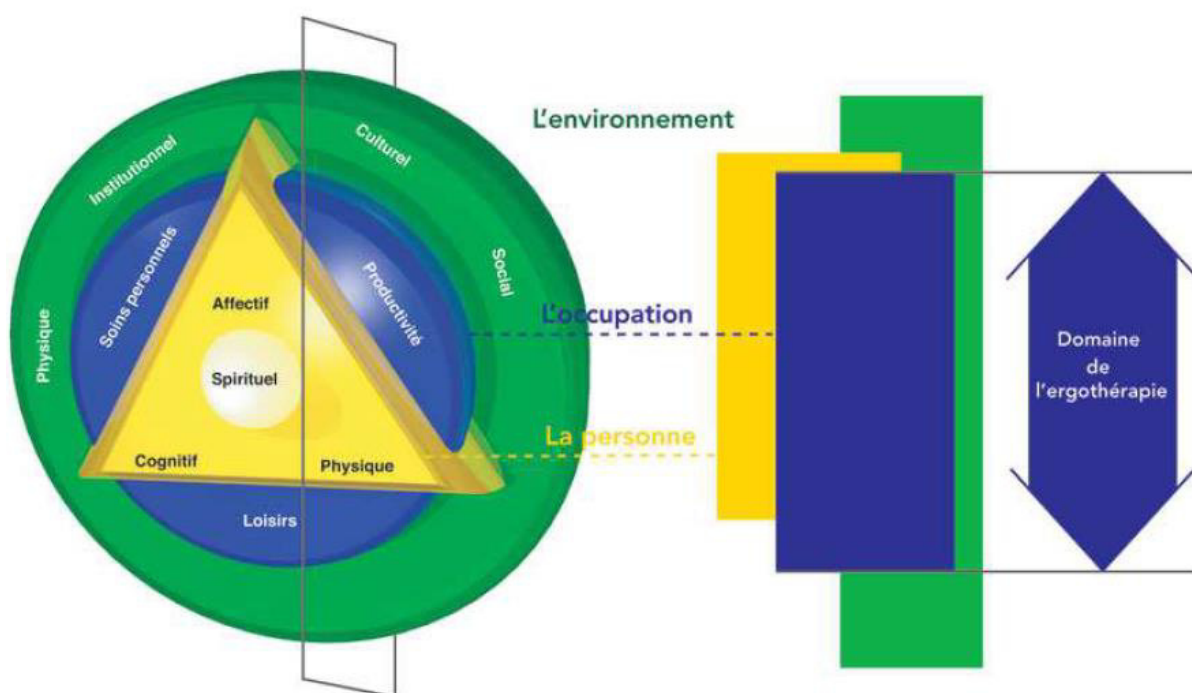
ANNEXES

Table des annexes

ANNEXE A - MCREO : MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL	II
ANNEXE B - FFMQ FIVE FACETS MINDFULNESS QUESTIONNAIRE	III
ANNEXE C - GUIDE D'ENTRETIEN	VII
ANNEXE D - GRILLE D'ANALYSE	XIII
ANNEXE E - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	XV

Annexe A - MCRO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

Figure 1.3 Le MCRO-P¹ : Spécifier notre principal domaine



A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Annexe B - FFMQ Five Facets Mindfulness Questionnaire

Version originale : Baer et al. (2008)
Adaptation et validation francophone : Heeren et al. (2011)

Five Facets Mindfulness Questionnaire

Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée.
Cochez le chiffre qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai pour vous.

	1 <i>jamais ou très rarement vrai</i>	2 <i>rarement vrai</i>	3 <i>parfois vrai</i>	4 <i>souvent vrai</i>	5 <i>très souvent ou toujours vrai</i>
1. Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).	☐	☐	☐	☐	☐
6. Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je ne fais pas attention à ce que je fais car je suis dans la lune, je me tracasse ou suis de quelconque façon distrait(e).	☐	☐	☐	☐	☐
9. J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je remarque comment la nourriture et les boissons influencent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Je suis facilement distrait(e)	☐	☐	☐	☐	☐
14. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.	☐	☐	☐	☐	☐
16. J'éprouve des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer la manière dont je ressens les choses.	☐	☐	☐	☐	☐

FFMQ - 1

17. Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.	☐	☐	☐	☐	☐
18. J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes.	☐	☐	☐	☐	☐
23. On dirait que je fonctionne en mode "automatique" sans prendre vraiment conscience de ce que je fais.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Je remarque les odeurs et les arômes des choses.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve).	☐	☐	☐	☐	☐
29. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Ma tendance naturelle est de traduire mes expériences en mots.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais.	☐	☐	☐	☐	☐

35. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée/image.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Je prête attention à la manière dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Je peux habituellement décrire la manière dont je me sens au moment présent avec des détails considérables.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles.	☐	☐	☐	☐	☐

Cotation de la version francophone :

N.B.: Les items suivis de R sont à inverser avant de réaliser le calcul des scores aux facettes.

Le score à chaque facette représente la somme des scores des items de celle-ci.

1. **Facteur Observation** (Observe): Items 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36
2. **Facteur Description de l'expérience** (Describe): Items 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37
3. **Action en pleine conscience** (Act with awareness): Items 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R
4. **Non-réactivité aux événements privés** (Nonreactivity to inner experience): Items 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33
5. **Non-jugement** (Nonjudge): Items 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R
6. **Mindfulness** (second-order factor): Items 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36, 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37, 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R, 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33, 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R (soit l'addition des scores des 5 facteurs précédents).

Annexe C - Guide d'entretien

1. Problématique :

Comment la méditation de pleine conscience favorise-t-elle la réalisation de l'activité ? Cette problématique inclut les questions suivantes : Est-ce que la méditation de pleine conscience aide la personne à pouvoir s'engager dans l'activité ? Est-ce que la méditation de pleine conscience favorise l'utilisation de l'environnement pour la réalisation de l'activité ? Est-ce que les gains réalisés sont transférables à d'autres activités et à d'autres environnements ?

2. Objectifs d'enquête :

a. Buts de mon enquête :

- savoir en France comment la méditation de pleine conscience est utilisée en ergothérapie pour la réalisation de l'activité

- savoir si la méditation de pleine conscience aide la personne à pouvoir s'engager dans l'activité et si oui comment

- Savoir si, en utilisant la méditation de pleine conscience, l'utilisation de l'environnement est impactée pour la réalisation de l'activité de la personne

- connaître cet impact s'il existe : est-ce que l'environnement est davantage utilisé ou pas ? est ce qu'il est mieux utilisé : notion de temporalité, notion d'adéquation ?

- est ce que des transferts sont possibles d'une activité à une autre et d'un environnement à un autre

b. Informations utiles à recueillir :

Fournies par la réponse à la consigne

Type de pratique exercée : méditation de pleine conscience/autre ?

Formation suivie : MBSR/MBCT/Mindful UP/autre ?

Parcours + raisons de mise en œuvre de cette pratique ou du choix de la formation

Expériences :

Temps de travail

Public bénéficiaire :

3. Critères d'inclusion :

- Ergothérapeute intégrant, depuis au moins un an, la méditation de pleine conscience dans sa pratique professionnelle
- Tout type de lieu de pratique : libéral, milieu hospitalier, établissement médico-social, etc.
- Tout type de public
- Pratique professionnelle exercée en France

Pas de critère de sélection sur la formation suivie ni sur la pratique personnelle.

4. Critères d'exclusion :

- pratiquant la sophrologie ou autre méthode que la méditation de pleine conscience

Méthode focalisée

5. Thèmes à aborder :

- **Conditions de recours à cet outil** : pour un public particulier ? pour une difficulté spécifique : douleur/stress/pathologie mentale, etc. Fréquence d'utilisation etc
- **Apports pour la réalisation de l'activité**
- **Utilisation de l'environnement** pour la réalisation de l'activité
- **Transfert d'apprentissage** : à d'autres contextes / à d'autres activités
- **Points forts et limites**

6. Consigne :

Pouvez-vous me raconter votre parcours qui vous a amené à intégrer la méditation de pleine conscience dans votre pratique d'ergothérapeute ?

7. Guide d'entretien

Questions principales

Thème	Sous-thème	Indicateur	Questions
Conditions de recours à cet outil	Population	Type de public Âge Sexe Fréquence d'utilisation : hebdo/ mois Nombre de patients concernés : pourcentage de patientèle	Pouvez-vous me présenter les situations dans lesquelles vous utilisez la méditation de pleine conscience dans votre pratique professionnelle ?
	Pathologie	Pathologie : schizophrénie, TAB, TSA, TDAH Problématique spécifique : gestion des émotions, douleur, stress,	Si besoin de préciser : Est-ce plus face à une problématique particulière ou à une pathologie ?
	Objectifs d'intervention	Type d'objectifs : cognitifs, physiques, psycho affectif, comportemental, réinsertion sociale, interactions sociales, gestion des émotions,	Idem si besoin de préciser : Pour quels types d'objectifs thérapeutiques faites-vous appel à ce type code pratique ?
Apports pour la réalisation de l'activité	Pouvoir s'engager dans l'activité	Général : - type d'aide pour le patient : aide pour la connaissance de soi, aide pour l'autogestion (émotions, stress, attention), aide pour la compréhension de soi/ses fonctionnements - type d'aide en tant que thérapeute - importance de cette aide : - fréquence de cette utilisation Spécifique : - type de mécanismes utilisés pour que la personne soit disponible pour s'engager dans l'activité : sensoriel, cognitif (attentionnel par ex.), émotionnel	Pouvez-vous m'expliquer en quoi la méditation de pleine conscience vous aide dans votre pratique professionnelle de manière générale puis je voudrais savoir plus précisément d'un point de vue occupationnel si la méditation de pleine conscience aide la personne à se rendre disponible pour l'activité et comment, par quels mécanismes ?

Thème	Sous-thème	Indicateur	Questions
		- efficacité de ces mécanismes -type d'habiletés développées : habiletés attentionnelles, habiletés motrices, etc.	
	Répercussions ergo	- composante ergothérapique impactée : engagement occ, participation occ, performance occupationnelle, satisfaction occupationnelle - niveau d'amélioration	Quelles sont les répercussions pour l'occupation ?
Utilisation de l'environnement	Conscience de l'environnement		Etes-vous d'accord pour dire que la méditation de pleine conscience favorise la prise en compte de l'environnement de manière globale ? pour la réalisation de l'activité ?
	Utilisation de l'environnement	Type d'impact : -sur le recours aux moyens techniques : AT, autre -sur le recours aux aides humaines : thérapeute en séance, ami, famille (plus d'utilisation extérieure car plus d'accès et donc plus d'utilisation des ressources intérieures) Niveau d'adéquation de l'utilisation	Est-ce que la méditation de pleine conscience favorise l'utilisation de l'environnement pour la réalisation de l'activité ? Comment ? Est-ce que cette utilisation est plus efficiente : mieux utilisée, à un moment plus adéquat ...
	Impact pour l'activité	- composante ergothérapique impactée : engagement occ, participation occ, performance occupationnelle, satisfaction occupationnelle - niveau d'amélioration	Quels sont les impacts pour l'occupation ?
	Transferts à d'autres environnements		Avez-vous pu constater ou avez-vous connaissance d'un ou des transferts possibles en dehors de la séance

Thème	Sous-thème	Indicateur	Questions
Transferts d'apprentissage/de compétences			d'ergothérapie, c'est-à-dire pour une même activité mais dans un environnement différent ? Ex : amélioration des capacités attentionnelles dans sa salle de classe Si oui : Pouvez-vous le détailler, l'expliquer, de quoi cela dépend à votre avis ? Si non : comment l'expliquez-vous ?
	Transferts à d'autres activités		Avez-vous pu constater un ou des transferts de compétences pour d'autres activités ? ex : gestion du stress en situation de travail avec la gestion du stress en interaction familiale
			Avez-vous identifié des éléments permettant de faciliter ces transferts
Points forts et limites	Prérequis	Patient : adhésion, état de santé psychologique, état de santé physique Thérapeute : niveau minimum de connaissance de la personne, niveau minimum d'installation de la relation thérapeutique	Identifiez-vous des prérequis dans la mise en œuvre de cette pratique dans votre pratique ?
	Limites	Types de difficultés : Manque de sens pour la personne, Impatiences, Causes Avec qui : autres professionnels, patients, entourage du patient Intensité : Fréquence : Moyens mis en œuvre pour les surmonter	Quels sont les problèmes que vous avez pu rencontrer dans votre pratique en utilisant la méditation de pleine conscience ?
		Type de pathologie : (ex : épilepsie, douleurs Niveau de lien thérapeutique cad relation thérapeutique fragile/moyennement solide/solide/instaurée depuis longtemps	Pour quelles situations déconseilleriez-vous le recours à cet outil ?

Thème	Sous-thème	Indicateur	Questions
	Points +	-type d'apport : pour soi en tant que thérapeute, pour les patients -importance de ce manque -	Qu'est-ce qui vous manquerait le plus pour votre pratique professionnelle d'ergo si demain vous ne pouvez plus faire appel à cet outil ?
	Conseils	-formation -pratique personnelle -évaluation de la pratique	Quels conseils donneriez-vous à un ou une ergothérapeute qui souhaiterait l'intégrer dans sa pratique ?

Souhaitez-vous apporter quelque chose ?

Annexe D - Grille d'analyse

Information similaire

Information importante

	E1	E2	E3	Convergences	Divergences
Population					
Pathologie					
Objectifs d'intervention					
Engagement dans l'activité					
Répercussions ergos					
Conscience de l'environnement					
Utilisation de l'environnement					

	E1	E2	E3	Convergences	Divergences
Impacts pour l'occupation					
Transferts à d'autres environnements					
Transferts à d'autres activités					
Pré requis					
Limites					
Points forts					
Conseils					

Annexe E - Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR UN ENTRETIEN DANS LE CADRE DU MÉMOIRE DE FIN D'ANNÉE EN ERGOTHÉRAPIE
--

Thème du mémoire : La méditation en ergothérapie - Etude des répercussions pour la personne sur la réalisation de l'activité et son rapport à l'environnement

Je soussigné(e)..... (nom et prénom), accepte de réaliser un entretien avec Marie-Cécile BOUCHERAND, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon 1, dans le cadre de la rédaction de son mémoire d'initiation à la recherche.

- Les objectifs et modalités de l'entretien m'ont été clairement expliqués.
- J'ai compris et j'accepte que l'entretien soit enregistré et retranscrit de façon anonyme.
- L'étudiant s'engage à traiter les données de manière confidentielle et à ne jamais dévoiler mon identité.
- L'étudiant s'engage à détruire toutes traces de l'enregistrement une fois le diplôme d'état d'ergothérapie validé.
- J'ai bien compris que ma participation est volontaire.
- Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation.
- Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement de participer à l'entretien qui m'est proposé.

Fait à

Le

Signature de l'étudiant

Signature du participant

Résumé/Abstract

La méditation en ergothérapie – Etude des répercussions pour la personne sur la réalisation de l'activité et son rapport à l'environnement

Introduction : Les atteintes physiques, cognitives ou émotionnelles d'une personne peuvent restreindre significativement sa participation dans toutes ses activités. La méditation de pleine conscience, pratique millénaire, est largement étudiée scientifiquement. Elle vise à être présent à soi et au monde dans l'instant et sans jugement.

Objectifs : Etudier les intérêts et limites de la méditation en ergothérapie. Explorer comment la méditation de pleine conscience favorise la réalisation de l'activité, quelles sont les incidences sur le rapport à l'environnement de la personne et quels gains sont transférables dans la vie quotidienne.

Méthode : Enquête exploratoire selon une méthode qualitative basée sur 3 entretiens semi dirigés menés auprès d'ergothérapeutes exerçant en libéral et en santé mentale.

Résultats : Les professionnelles visent une meilleure compréhension et une auto régulation des processus pensées, émotions, comportements. La gestion du quotidien est améliorée par l'utilisation d'outils et de stratégies spécifiques. Pour favoriser la réalisation de l'activité, des mécanismes précis sont possibles en exploitant l'attention dirigée sur les fonctions sensorimotrices. L'étude montre une utilisation majoritairement transversale pour un mieux-être global. La méditation en ergothérapie favorise l'auto identification des facteurs environnementaux perturbateurs et le recours adapté aux aides techniques ou humaines. La limite majeure rapportée concerne la pérennisation des acquis.

Conclusion : Cet outil, à la fois personnel et professionnel, confirme sa pertinence d'utilisation en ergothérapie pour améliorer la connaissance de soi, l'engagement occupationnel et le rapport à l'environnement. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour identifier comment maintenir ces pratiques en dehors de l'intervention.

Mots clés : Méditation, Ergothérapie, Méditation de pleine conscience

Meditation in occupational therapy - Study of its impact on an individual's activity achievement and relationship with the environment

Introduction: The physical, cognitive, or emotional impairments of an individual can significantly restrict their participation in activities. Mindfulness meditation, an ancient practice, is extensively studied scientifically. It aims to be present with oneself and the world in the moment, without judgment.

Objective: To study the interests and limitations of meditation in occupational therapy. To explore how mindfulness meditation promotes activity achievement, its impact on the individual's relationship with the environment, and the transferable benefits in daily life.

Method: Exploratory investigation using a qualitative method based on three semi-structured interviews was conducted with occupational therapists practicing in private practice and mental health.

Results: The professionals set a better understanding and self-regulation of thought processes, emotions, and behaviours. Daily management was improved using specific tools and strategies. To promote activity achievement, precise mechanisms were possible due to directed attention on sensorimotor functions. The study demonstrated predominantly cross-sectional use for overall well-being. Meditation in occupational therapy promoted self-identification of disruptive environmental factors and appropriate use of technical or human aids. The major reported limitation concerned the sustainability of gains.

Conclusion: This tool, both personal and professional, confirms its value for use in occupational therapy in promoting self-awareness, occupational engagement, and the relationship with the environment. Further research is needed to identify how to sustain those practices outside of intervention.

Keywords: Meditation, Occupational Therapy, Mindfulness