



**Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation
Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-
NC-ND 2.0)**

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

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

2011

Face au corps blessé, une personne à revaloriser

L'intérêt d'une activité signifiante auprès de personnes ayant subi un traumatisme physique

Soutenu par : Flora SCHINDELE

10602119

Maître de mémoire : Françoise BARRE

Remerciements

Je remercie Françoise BARRE pour son accompagnement tout au long de ma réflexion et pour ses conseils dans la rédaction de mon travail.

J'ai également de la reconnaissance envers Mr DEVIN, directeur de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Lyon, et Nicolas BALTENNECK, enseignant pédagogique.

Toute ma gratitude va vers les ergothérapeutes que j'ai interviewés, pour leur accueil, leur investissement et le temps qu'ils m'ont consacré.

Un grand merci à ma famille pour sa contribution à la relecture et à la correction de mon mémoire. Je remercie également de tout cœur mes amis pour leur présence et leur encouragement.

« Notre bien-être dépend de la réalisation de nos attentes » HALL L.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE CONCEPTUELLE	3
I. NOTION DE HANDICAP	3
1. <i>Déficience physique acquise</i>	3
2. <i>Handicap : différentes approches</i>	4
2.1. De la maladie au handicap	4
2.2. L'approche systémique du handicap.....	5
2.3. Le handicap vu comme un déséquilibre.....	8
3. <i>L'ajustement face à l'impact psychologique du handicap</i>	9
3.1. Le deuil : un processus de réintégration de l'identité.....	10
3.2. La résilience : la capacité de renaître	11
3.3. Résilience et handicap.....	11
II. RESTAURER L'ESTIME DE SOI PAR LA REVALORISATION.....	13
1. <i>L'estime de soi : une nécessité pour s'épanouir</i>	13
1.1. Notion d'estime de soi	13
1.2. Les trois piliers de l'estime de soi.....	13
1.3. L'estime de soi : un besoin	14
2. <i>La revalorisation pour rétablir l'estime de soi</i>	15
2.1. Notion de revalorisation.....	15
2.2. Développer la bonne opinion de soi et la confiance en soi	15
III. LA REVALORISATION EN ERGOTHERAPIE	18
1. <i>L'activité et l'occupation</i>	18
2. <i>L'ergothérapie : rééducation, réadaptation et... revalorisation.</i>	20
3. <i>L'ergothérapeute face au traumatisme de la personne</i>	21
4. <i>L'ergothérapeute et la revalorisation de la personne</i>	21
4.1. L'activité comme moyen de revalorisation	22
4.2. L'activité signifiante, but pour la personne, moyen de revalorisation pour l'ergothérapeute	23
5. <i>Les théories et modèles conceptuels en ergothérapie</i>	24

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	27
I. L'OBJECTIF DE CETTE RECHERCHE	27
II. LE CHOIX DE LA POPULATION.....	27
III. LE CHOIX DU TERRAIN	28
IV. LE CHOIX DE L'ENTRETIEN.....	29
V. LE DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN.....	30
VI. LA DEMARCHE : DE LA GRILLE D'ANALYSE A L'ENTRETIEN.....	31
VII. LES LIMITES ET LES DIFFICULTES RENCONTREES.....	31
RESULTATS ET ANALYSE.....	33
I. PRESENTATION DES PROFESSIONNELS INTERROGES	33
II. L'ERGOTHERAPEUTE FACE AU TRAUMATISME DE LA PERSONNE	35
1. <i>L'ajustement de la personne face à son traumatisme.....</i>	<i>35</i>
2. <i>Repérer les étapes du cheminement de la personne</i>	<i>37</i>
3. <i>Difficultés rencontrées par les ergothérapeutes.....</i>	<i>39</i>
III. L'ATTEINTE DE L'ESTIME DE SOI	39
IV. LES COMPETENCES DE L'ERGOTHERAPEUTE POUR REVALORISER	41
V. LA REVALORISATION DE LA PERSONNE EN ERGOTHERAPIE.....	42
1. <i>La relation thérapeutique</i>	<i>42</i>
2. <i>La revalorisation par l'activité en ergothérapie.....</i>	<i>45</i>
2.1. L'activité pour revaloriser	45
2.2. Quelles activités proposer ?	48
2.3. Le choix d'une activité capable de revaloriser une personne.....	50
VI. SYNTHESE DES RESULTATS	52
DISCUSSION	53
I. QUE SIGNIFIE LE TERME « SENS » ?	53
II. PRENDRE EN CONSIDERATION LA SUBJECTIVITE DE LA PERSONNE	55
III. LES LIMITES.....	57
CONCLUSION.....	59
BIBLIOGRAPHIE	62
WEBOGRAPHIE.....	65

INTRODUCTION

Lors d'un de mes stages, j'ai suivi Monsieur B., 19 ans, qui a subi un accident du travail avec amputation des doigts. Lors de cette prise en charge, je me suis rendu compte de l'impact psychologique que provoquait un tel traumatisme auprès de cette personne. Mais j'ai constaté aussi une amélioration concernant l'acceptation de cette main amputée. Cette amélioration s'est manifestée lorsque nous avons commencé un travail en ergothérapie centré sur les centres d'intérêt de Monsieur B. En effet, il souhaitait rejouer de la guitare, activité qui l'épanouissait dans sa vie. La promotion de cette activité en ergothérapie, qui a du sens pour cette personne, lui a permis de retrouver une identité qui était altérée et de se réinsérer dans son milieu social. J'ai donc ressenti, à partir du moment où Monsieur B a pu reprendre cette activité, une plus grande implication dans sa prise en charge en ergothérapie et le retour progressif d'une identité perdue. Lors d'un autre stage, je me suis rendu compte de l'effet inverse concernant l'activité proposée pour la personne, qui ne lui a pas permis d'avancer sur l'acceptation de sa situation, celle-ci n'ayant aucun investissement et intérêt personnel pour cette activité.

En ergothérapie, nous rencontrons des patients en situation de handicap. Cette situation peut avoir d'importantes répercussions sur le moral de ces personnes suivies. Confrontée aux deux situations présentées ci-dessus, j'ai été sensibilisée à cet aspect des choses dans mes stages. La plupart du temps, je me suis sentie démunie pour travailler cette dimension psychologique de la situation de handicap avec les patients et je me suis raccrochée à l'approche de l'ergothérapie que je connaissais au niveau de la rééducation et de la réadaptation. Par ailleurs, il n'était pas toujours facile d'allier l'objectif de rééducation et celui de revalorisation personnelle : En tant que professionnel, on peut parfois juger nécessaire de faire pratiquer des exercices ou des mises en situations qui ne constitueront pas pour autant des activités parlantes pour la personne et capables de l'aider sur le plan de la revalorisation. Je me suis donc posé la question de savoir si cette notion de revalorisation était assez prise en compte dans notre métier. Le travail de l'ergothérapeute est de mettre en œuvre ses compétences au service d'un rétablissement physique de la personne, mais il doit aussi l'accompagner dans son processus d'ajustement psychologique face à la situation de handicap

et l'aider à avancer sur une revalorisation personnelle, car, bien sûr, l'un ne va pas sans l'autre. En effet, lors de l'apparition du handicap moteur dans la vie de la personne, celle-ci a un cheminement d'adaptation psychologique à faire face à cette nouvelle réalité. Il peut donc y avoir une notion de revalorisation dans la prise en charge en ergothérapie. Quel impact l'ergothérapie peut-elle avoir sur l'estime de soi ? Comment peut-on l'évaluer ? Que mettons nous en place pour pouvoir revaloriser la personne ? Comment l'ergothérapeute intervient-il sur ce processus d'adaptation psychologique suite à un handicap physique ?

Certains ergothérapeutes ont déjà abordé la question, tels que Pibarot I. (1999): « *En ergothérapie, nous rencontrons des personnes submergées par les douleurs et les frustrations. Chaque événement traumatique produit un désordre dans l'esprit, c'est ce que l'on nomme entropie psychique. La conscience peut même devenir erratique lorsque la déficience est très sévère. L'engagement dans une activité significative pourra permettre de lutter contre cette entropie psychique.* ». Pibarot I. (1999).

Nous pouvons donc poser la problématique suivante : **dans quelle mesure l'ergothérapeute permet-il à la personne adulte présentant un handicap moteur acquis un ajustement face à sa situation de handicap ?**

J'avance une hypothèse face à cette problématique : **l'ajustement face à la situation de handicap est facilité par la mise en œuvre d'une activité qui contribue à la revalorisation de l'estime de soi. L'ergothérapeute utilise l'activité pour aider la personne à avancer sur le chemin d'une nouvelle estime, surtout si cette activité est signifiante pour la personne.**

Pour aborder ce sujet, nous interrogerons dans un premier temps la notion de handicap, en prenant en compte l'impact psychologique de celui-ci sur la personne, et le processus de changement de la personne face à cette situation. Il nous faudra alors faire intervenir les concepts de revalorisation et d'estime de soi, qui nous amèneront à concevoir l'activité en ergothérapie comme un moyen de revalorisation, ce qui nous permettra d'apporter des éléments de réponse à notre problématique. Dans un deuxième temps, nous irons voir ce qu'il en est dans la pratique des ergothérapeutes et comment ceux-ci répondent à cette problématique.

PARTIE CONCEPTUELLE

I. NOTION DE HANDICAP

1. Déficience physique acquise

Cette notion de revalorisation est le plus souvent abordée dans le secteur de la psychiatrie. Or mon mémoire concerne les déficiences physiques. Je n'inclue pas les personnes ayant une déficience cognitive car il faut noter que l'altération des fonctions intellectuelles, selon leur gravité, fixe les limites de la résilience¹ (Handicap et résilience, ASPH).

La population concernée dans mon mémoire présente une déficience motrice acquise et non innée : celle-ci est apparue au cours de la vie de la personne et ne lui a pas été transmise à la naissance. Une étude (Coroir C. et Sordes-Ader F., 2001) a prouvé en effet que pour les adolescents avec une déficience innée ou acquise tôt dans leur enfance, l'image corporelle ne diffère pas significativement de l'image des enfants sans déficience motrice et que leur niveau d'estime de soi en est peu affecté. Par ailleurs, mon mémoire se limitera à une population adulte confrontée à une déficience physique, car il me semblait complexe d'étendre cette étude aux enfants et aux adolescents, encore en pleine construction d'eux-mêmes, ce qui rend d'autant plus complexe un processus de reconstruction. En effet comme le décrit Françoise Dolto, dans son livre **LE COMPLEXE DU HOMARD**, l'adolescence est le passage où l'individu « se défait d'une carapace » acquise pendant l'enfance « *pour en acquérir une autre* » à l'âge adulte. Le moment de l'adolescence correspond donc à « *une période charnière où se met en place l'identité personnelle de tout un chacun.* » (Coroir C. et al, 2001).

La déficience physique est une atteinte du corps, que ce soit au niveau de son fonctionnement et/ou de son apparence :

- « *un trouble de la motricité par lequel une personne perd tout ou partie de la capacité de mouvement. Les causes peuvent être très variées : maladie acquise ou génétique, traumatique dû à un accident, vieillissement...* » (Wikipédia, novembre 2010).

¹ Notion de résilience approfondie dans I.3.3

- Une atteinte de l'image corporelle, avec des difficultés pour se réapproprier ce corps et à l'accepter face aux autres, limitant la personne au niveau du contact social.

Cette déficience nous ramène à la notion de handicap lorsque la personne est confrontée à son environnement.

2. Handicap : différentes approches

2.1. De la maladie au handicap

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait paraître en 1980 la Classification Internationale des Déficiences, Incapacité et Handicaps (CIDIH) fondée sur les travaux de Philip Wood. Elle est également nommée : la Classification Internationale du Handicap (CIH) (figure 1). Elle distingue trois niveaux d'expérience du handicap : déficience, incapacité, désavantage



Figure 1: CIH, WOOD, OMS 1980

Cette classification est basée sur le modèle médical. C'est un modèle linéaire de causes à effets. Cette vision est segmentaire. Elle présente une segmentation des éléments consécutifs du handicap en trois niveaux. C'est une approche plutôt négative car le handicap est vu comme un *désavantage*. De plus, l'absence de la prise en compte de l'environnement manque dans cette classification. Suite à plusieurs contestations de cette classification, le terme de désavantage a été abandonné et une refonte du projet de classification de handicap a été mise en place. Cette approche du handicap est centrée sur les seules caractéristiques médicales et fonctionnelles de l'individu. Ceci renforce l'étiquetage des personnes en situation de handicap et ne remet pas en cause les conditions structurelles et socioéconomiques à l'origine de l'oppression sociale que subissent ces personnes. « **Un modèle social** du handicap a été alors proposé selon une conception radicalement différente du **modèle individuel** de la C.I.H. Le handicap n'est plus envisagé en fonction des caractéristiques individuelles biomédicales ou fonctionnelles mais en fonction des barrières physiques ou

socioculturelles faisant obstacle à la participation sociale et à l'exercice de la citoyenneté.» (Botokro R., 2006).

2.2. L'approche systémique du handicap

Ces approches sociales et sociopolitiques font surgir de nouvelles notions : systémique interactive, écologique du handicap.

2.2.1. Processus de Production de Handicap (PPH)

Le PPH élaboré par FOUGEYROLLAS en 1998, permet d'appréhender les déterminants des maladies et traumatismes : les facteurs personnels et environnementaux.

Le mot *handicap* a été enlevé pour laisser place à un *système en interaction* » (figure 2), dont les facteurs en interactions sont les suivants:

- Facteurs personnels
- Facteurs environnementaux
- Habitudes de vie

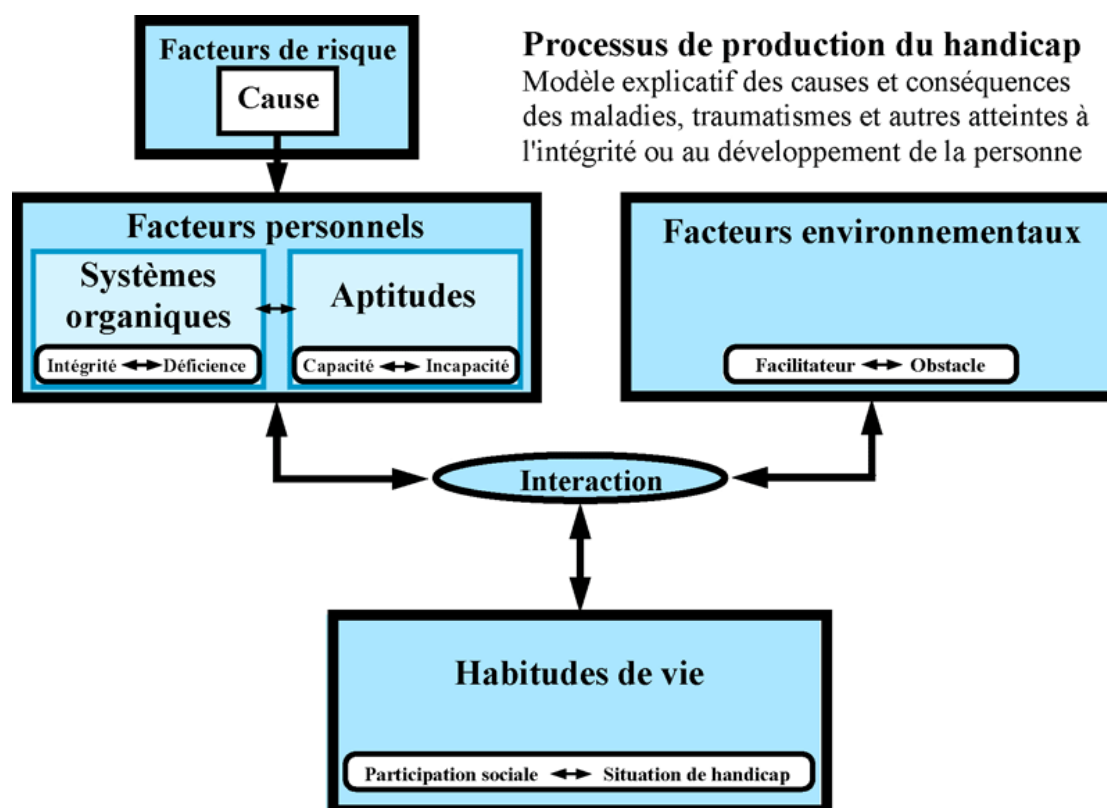


Figure 2: PPH

La classification québécoise du PPH définit une habitude de vie comme « *une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon les caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité culturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement de la personne dans la société tout au long de son existence.* » En lien avec ce concept d'habitudes de vie, l'essentiel du modèle s'articule autour des concepts de participation sociale ou de situation de handicap.

La situation de handicap serait une résultante de cette interaction déficitaire. Le handicap peut, par exemple, être une conséquence de l'absence d'aménagement des environnements ordinaires.

On peut aller jusqu'à dire que le handicap résulte d'un problème d'organisation sociale et de rapport entre la société et l'individu. La situation de handicap serait donc inhérente à la société.

2.2.2. Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)

La CIF a été élaborée par l'OMS en 2001. Elle a beaucoup de similitude avec le PPH. Le but de cette classification est d'établir un savoir scientifique commun du handicap. Elle est universelle, internationale et s'applique à toute pathologie, à toute discipline, à tout domaine, à tous les moments de la vie.

La CIF est un instrument de mesure du fonctionnement humain dans la société. Elle insiste sur le fonctionnement humain qu'elle définit par ce qui se rapporte aux fonctions organiques, aux activités de la personne et à la participation au sein de la société (figure 3). En tenant compte de cette notion de « *fonctionnement humain* », le handicap est abordé sur deux niveaux :

- La limitation de l'activité : désigne les difficultés que présente la personne dans l'exécution de certaines activités.
- La restriction de la participation : concerne les problèmes qu'une personne peut rencontrer lorsqu'elle s'implique dans des situations de vie. Le cœur du problème se situe à ce niveau, sur ce que veut et doit pouvoir réellement faire la personne.

Fougeyrollas parle lui « *d'incapacité in vitro* » et « *d'incapacité in vivo* » pour formaliser ce décalage entre le « *pouvoir faire* » et le « *faire dans la vie de tous les jours* » (Bodin J.-F.,

2003). Une situation de handicap apparait chaque fois qu'une personne rencontre des obstacles dans une situation nécessaire à sa participation sociale.

Les définitions des éléments de la CIF permettent de mieux cerner ces facteurs interagissant : structures anatomiques, fonctions organiques, déficiences, activité, participation, facteurs environnementaux. Le handicap est donc considéré comme le résultat des interactions entre les caractéristiques propres à la personne et les caractéristiques de l'environnement dans lequel elle vit.

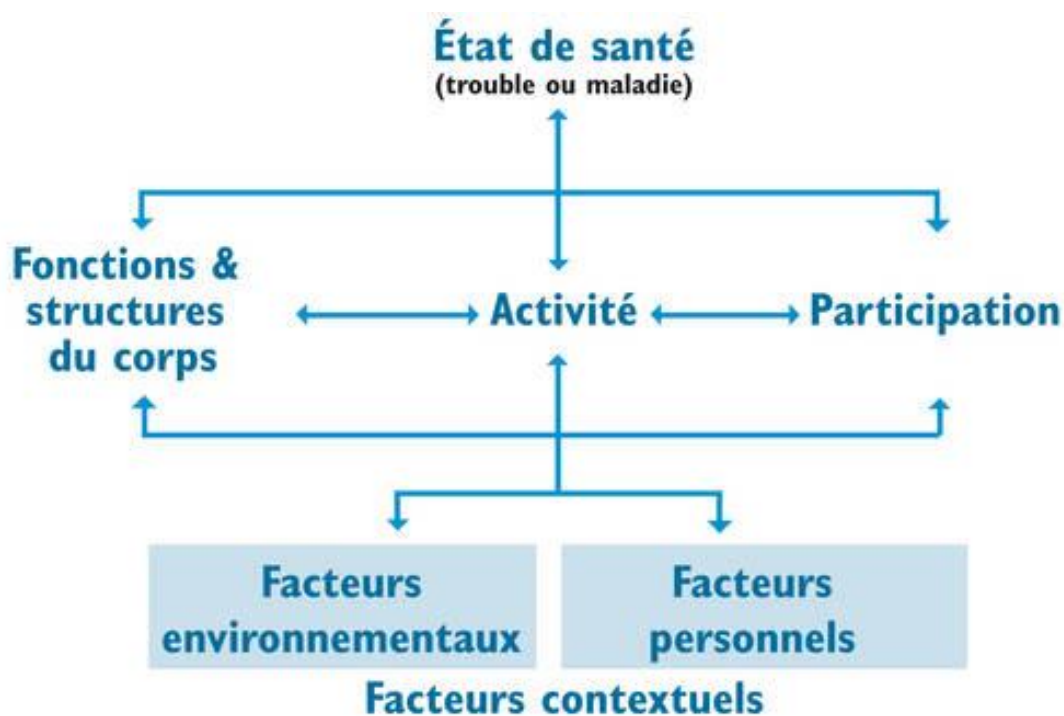


Figure 3: CIF

La CIF définit le handicap comme un terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participations.

Il s'agit donc aujourd'hui par cette classification de ne plus considérer le handicap comme une constante mais comme quelque chose de variable en se basant sur la notion de situation de handicap qui élargit la pensée sur ce concept. Ceci permet de ne pas considérer le handicap comme quelque chose de propre à la personne mais quelque chose de variable qui est lié au contexte dans laquelle elle peut se trouver.

2.3. Le handicap vu comme un déséquilibre

Ces théories nous invitent à ne plus considérer le handicap uniquement comme le résultat d'un accident ou d'une pathologie. Il nous faut introduire la notion, plus large, de *situation de handicap* : Contrairement aux approches antérieures qui identifiaient le handicap comme quelque chose qui commençait là ou s'arrêtait la santé, les nouvelles approches par le PPH ou la CIF nous permettent d'aborder le handicap d'une nouvelle manière : le handicap est vu aujourd'hui comme un déséquilibre.

Le handicap est quelque chose de relatif. Il n'est pas perçu comme un état mais bien comme un processus insatisfaisant qui place la personne en situation de handicap. « Le handicap n'est pas une constante mais une variable » (Pierre Minaire cité par Hamonet C., 1997). Une nouvelle notion surgit, la situation de handicap : en effet on considère que « *c'est la situation qui crée le handicap, elle devient alors une **situation handicapante*** » (Hamonet C., 1997).

Le handicap peut être envisagé comme un déséquilibre. « *Le handicap est abordé non pas comme un état d'infériorité systématique mais comme un déséquilibre qui s'est établi entre les aptitudes restantes de la personne handicapée et les exigences de son environnement.* » (Hamonet C., 1997). P. Margot-Cattin a avancé un modèle pour expliquer cette nouvelle vision de la personne handicapée. Il propose le modèle de l'être idéalement équilibré avec les quatre sphères qui le compose (son identité, sa structure, sa culture, son corps) (figure 4). Ce modèle permet d'éviter de rentrer dans les notions de normalité/anormalité. En effet, elle permet de sortir de la vision où le handicap fait parti de l'identité de la personne. Les caractéristiques personnelles sont accentuées dans ce modèle. Il s'agit également de prendre en compte la contextualisation de celles-ci (Margot-Cattin P., 2007). Le handicap n'est pas immanent à la personne, mais la personne présente une situation de handicap. La notion de handicap existe si et seulement si la personne se trouve en situation de handicap. Pour illustrer cette pensée, prenons l'exemple suivant : une personne reconnue normale par la société sera en situation de handicap dans une bibliothèque braille alors qu'une personne malvoyante, considérée comme *handicapée*, sachant lire le braille, ne le sera pas dans cette situation !

« *La personne handicapée a toujours été en marge de la société et l'est encore, malgré toute la communication qui se fait autour de la sensibilisation pour leur intégration. Pour changer les mentalités, beaucoup de chemin reste à parcourir, mais des progrès sont perceptibles. Beaucoup de*

politiques se mettent en place pour l'intégration de la personne handicapée, certaines avec beaucoup de pertinence. » L'Association Socialiste de la Personne Handicapée (ASPH¹).

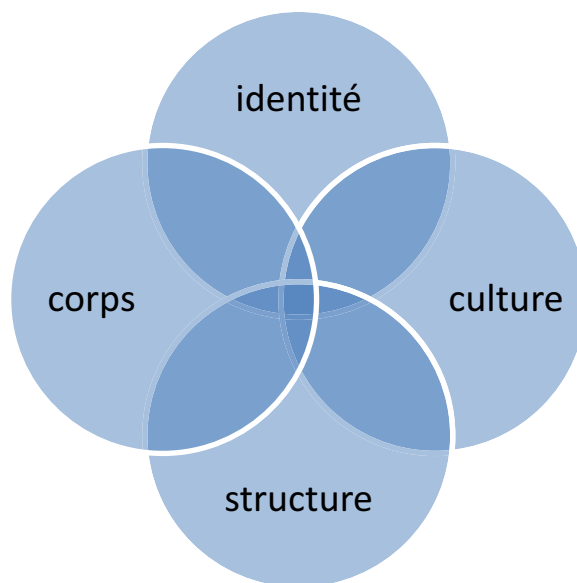


Figure 4: Modèle de "l'être idéalement équilibré"

Cette situation de handicap crée un déséquilibre, un changement sur le champ identitaire et corporel auprès de la personne. Ses repères changent et elle se retrouve dans un monde inconnu. Cette situation a un impact psychologique important sur elle, qui est partie prenante de la situation de handicap.

3. L'ajustement face à l'impact psychologique du handicap

La déficience, envisagée comme la perte d'une partie de soi-même est souvent comparée à la perte d'un proche. L'équilibre construit tout au long de la vie de la personne se retrouve atteint avec une destruction de son référentiel personnel qui correspond au bouleversement de son image du monde antérieur (Curnillon B., 2001). Le traumatisme est physique, mais aussi psychique : il crée une douleur morale liée à l'image que la personne a d'elle-même. Le traumatisme est également relationnel car il induit un regard différent des autres et de la société, dégradant encore plus l'image de soi et majorant une différence (Khomiakoff R., Czternatsy G., Vandromme L, 2009). L'image de soi ainsi que la confiance

¹ASPH : Cette association belge sans but lucratif agit « pour une intégration de la personne handicapée, quel que soit son âge et son handicap, et que ce soit en terme d'accessibilité, de droits ou encore d'évolution des mentalités des personnes valides et des instances décisionnelles. » (<http://www.asph.be/ASPH/Qui-sommes-nous.htm>, 26/02/2011).

en soi sont donc touchées par ce traumatisme. L'acceptation de soi dans un corps modifié passe nécessairement par une prise de conscience progressive et courageuse. Toute personne ayant subi un traumatisme physique est alors soumise à un véritable travail de réorganisation psychique, d'ajustement face à la situation, en mettant en place un « *processus d'adaptation à la situation de handicap* » (Hamonet C. cité par Khomiakoff R. et al, 2009).

L'intérêt se porte alors sur les processus mis en œuvre pour «faire face» à un tel événement. L'ajustement de la personne face à la situation de handicap lui permettra d'accéder à un nouvel équilibre. La réaction consécutive est celle du travail de deuil.

3.1. Le deuil : un processus de réintégration de l'identité

Le « travail de deuil » est une expression créée par Sigmund Freud dans l'article Deuil et mélancolie en 1915, et largement reprise par la suite. Cette expression désigne le processus intrapsychique à l'œuvre à la suite d'une perte : que ce soit la perte d'un proche ou la perte d'une partie qui constitue l'individu. Suite à cette perte, la personne entre dans un processus psychologique, progressif dans le temps, avec différentes phases du travail de deuil qui va permettre à la personne endeuillée de se détacher progressivement de l' « objet » perdu, comme le décrit Balmelle G. :

- La phase de choc initiale : la personne est dans un phénomène de sidération, elle ne réagit pas.
- La phase d'état : confrontation au handicap en passant par plusieurs étapes : étape du refus, étape de la colère, étape de marchandage, étape de dépression réactionnelle.
- La phase de réinvestissement dans l'avenir : la personne devient consciente de son état. C'est d'abord le temps de la délivrance. Dans le cadre d'un soutien thérapeutique, la personne se dévoile, raconte son drame en libérant les sentiments qui y sont attachés. La personne retrouve une place dans cette expérience traumatique, puis au centre de sa vie. La personne intègre cet événement comme une caractéristique de son identité. Enfin elle redevient actrice. Après un épisode de profonde impuissance, elle récupère un pouvoir. La personne découvre de nouvelles ressources et s'ouvre à la resocialisation. Elle est capable de faire part de ses désirs.

Il est important, par un travail d'observation, que l'ergothérapeute puisse distinguer dans quelle étape du travail de deuil se situe la personne pour l'accompagner dans la réalité du handicap.

La troisième phase du travail de deuil présentée ci-dessus peut être également abordée sous le terme de résilience.

3.2. La résilience : la capacité de renaître

La résilience est « l'art de s'adapter aux situations adverses (conditions biologiques et socio-psychologiques) en développant des capacités en lien avec des ressources internes (intrapyschiques) et externes (environnementales, sociales et affectives), permettant d'allier une construction psychique adéquate et l'insertion sociale ». (Anaud M., 2005a).

Boris Cyrulnik¹, qui a travaillé sur la notion de résilience, définit cette notion comme le fait de « *repandre un développement après une agonie psychique.* » (Interview, streaming : « Cyrulnik : la résilience », 26/02/2011). C'est la capacité à faire face à un événement traumatisant, l'expression d'une force insoupçonnée que l'on a en soi.

3.3. Résilience et handicap

La personne met donc en place des stratégies cognitives et optimise ses ressources pour accepter² le handicap et retrouver l'estime de soi supposée perdue.

La construction de cette résilience dépend de différents facteurs et ressources, tels que (ASPH) :

- les ressources intrinsèques incluent la capacité à réinvestir son histoire en incluant l'événement traumatique, la capacité à accepter d'être aidé, écouté et bien accompagné. Elles dépendent aussi du vécu personnel de l'individu.
- les ressources extrinsèques concernent l'environnement matériel et humain (famille, professionnels, société de la personne). Il s'agit pour la personne handicapée résiliente de s'appuyer sur les éléments facilitateurs qui lui

¹ Boris Cyrulnik : neurologue, psychiatre, éthologue et psychanalyste français né le 26 juillet 1937 à Bordeaux. Responsable d'un groupe de recherche en éthologie clinique à l'hôpital de Toulon et enseignant à l'éthologie humaine à l'université du Sud-Toulon-Var, Boris Cyrulnik est surtout connu pour avoir développé le concept de «résilience» (renaître de sa souffrance). (wikipédia, consultation 26/02/2011)

² Accepter quelque chose ne veut pas dire pour autant qu'on l'approuve mais qu'on est prêt à accepter la réalité pour se libérer de l'attachement à notre problème et pouvoir aller de l'avant. S'accepter c'est renoncer à vouloir se contrôler et faire preuve d'estime envers soi même (Hall L., 1997).

permettront d'avoir une qualité de vie idéale. Il faut également prendre en compte dans le processus de résilience des tuteurs de résilience qui peuvent être professionnels, des membres de la famille ou des personnes de confiance. Ces tuteurs peuvent offrir une référence, une écoute, une présence, un modèle, de l'amour...

Les capacités personnelles ne sont pas souvent suffisantes et des facteurs externes tels que l'environnement de l'individu et son entourage peuvent permettre le déclenchement du processus de résilience l'aidant à redevenir acteur et favorisant sa participation. Les ressources extrinsèques viennent donc s'ajouter aux ressources intérieures, souvent insuffisantes. La place de l'ergothérapeute est importante dans cette recherche de ressources personnelles (capacités à faire) et les ressources extrinsèques (travail sur l'environnement de la personne) (ASPH).

La résilience dépend donc de plusieurs facteurs. « Un processus ne peut pas être isolé, ce n'est pas un facteur qui provoque un effet. C'est une convergence de facteurs psychologiques, physiques, médicaux, sociaux qui provoque un effet de résilience ou empêche la résilience » Interview de Boris Cyrulnik. La personne handicapée va développer ses capacités à condition que l'environnement familial, social et culturel lui donne un moyen d'expression.

La résilience n'est pas un vaccin contre la souffrance mais une démarche personnelle qui restaure l'estime de soi. C'est un travail continu pour développer et augmenter ses compétences dans une situation adverse. Elle permet de prendre acte de son traumatisme pour sortir de la dépression. La personne prend conscience que l'évènement vécu fait parti de sa vie: « *C'est "vivre avec"* ». (ASPH)

A l'apparition de la situation de handicap, la personne a tendance à *s'handicaper* plus qu'elle n'est déjà. L'estime de soi est atteinte. Il s'agit en ergothérapie d'accompagner la personne dans ce processus de résilience pour restaurer l'estime d'elle-même, pour aboutir à une reconstruction identitaire. Pour aider la personne à restaurer l'estime d'elle-même, il s'agit de passer par un processus de revalorisation pour la mener à avoir une meilleure image d'elle-même et une plus grande confiance en elle.

II. RESTAURER L'ESTIME DE SOI PAR LA REVALORISATION

1. L'estime de soi : une nécessité pour s'épanouir

1.1. Notion d'estime de soi

Le verbe « estimer » vient du latin *aestimare*, « évaluer » : cela signifie en même temps « déterminer la valeur de » et « avoir une opinion sur » : c'est un jugement de soi comparé avec l'idéal Moi, qui est un modèle interne auquel on cherche à se conformer.

« *L'estime de soi représente l'ensemble des attitudes et des sentiments que le sujet éprouve à l'égard de lui-même et qui l'orientent dans ses réactions comme dans ses conduites organisées.* » (Coroir C. et al, 2001, p 47). On peut le définir comme l'ensemble des représentations que la personne se fait d'elle-même que ce soit des appréciations positives ou négatives. En se comparant aux personnes valides, qu'un individu en situation de handicap peut aller vers une dévalorisation de lui même. (Coroir C. et al, 2001, p 47).

Ce regard sur soi est indispensable pour notre équilibre psychologique. « *L'estime de soi est un besoin puissant de tout être humains* » (De Saint Paul J., 1999)

L'estime de soi est donc précieuse pour s'adapter à des expériences de vie parfois difficiles. « *L'estime de soi, c'est ce qui donne la force de se redresser et de se sortir du désespoir* » (Haulot B., 2009).

1.2. Les trois piliers de l'estime de soi

D'après André C. et Lelord F., l'estime de soi repose sur trois piliers

- L'amour de soi :

Ce pilier est la base des deux autres. On s'aime malgré ses défauts, ses limites et les échecs rencontrés. C'est par cet amour de soi que l'on se reconstruit face à une adversité. Il est par contre difficile de déterminer le degré exact d'amour qu'éprouve la personne envers elle même.

- La vision de soi :

C'est être capable de discerner ses qualités, défauts, limites, potentialités. Cette vision

est subjective. Il est donc difficile de se rendre compte comment la personne se voit.

- La confiance en soi :

L'estime de soi est souvent assimilée à cette notion. « *Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes* ». (André C. et Lelord F., 2002).

Cette confiance en soi se développe par des actes réussis, des petits succès au quotidien. Ce concept étant plus facilement identifiable que les deux autres, l'ergothérapeute peut donc travailler sur cette notion de confiance en soi pour augmenter l'estime de la personne. Le domaine d'action de l'ergothérapie répond pleinement à cette préoccupation : l'ergothérapeute peut intervenir pour reconstruire l'estime de soi du patient, en créant les conditions de la réussite, et d'une réussite signifiante. L'estime de soi sera ainsi alimentée par « *le fait d'avoir du succès dans la réalisation de tâches considérées comme importantes par l'individu et donc au centre de ses intérêts*. » (André C. et Lelord F., 2002).

1.3. L'estime de soi : un besoin

Selon Maslow, l'estime de soi fait partie des besoins d'une personne, et c'est la satisfaction de ses besoins qui va lui permettre de mener à bien son accomplissement personnel. La pyramide de Maslow est une échelle qui reprend les différents besoins :

- Besoins physiologiques (faim, soif, survie, sexualité, repos, douleur)
- Besoins de sécurité (propriété et maîtrise sur les choses, emploi, se sentir en sécurité, faire confiance)
- Besoin d'amour, appartenance (être aimé, écouté, compris. Estime des autres. Faire partie d'un groupe, avoir un statut).
- Besoin d'estime de soi (sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur. Conserver son autonomie, son identité).
- Besoin de réalisation de soi (développer ses connaissances, ses valeurs. Créer, résoudre des problèmes complexes).

Lorsque les besoins de base ont été satisfaits on peut accompagner la personne vers les besoins supérieurs, indispensables pour une reconstruction identitaire : besoin d'appartenance,

besoin d'estime, besoin de dépassement.

Le besoin d'estime de soi signifie que la personne a besoin de confiance en elle face aux autres et a besoin de se sentir compétente. La satisfaction de ce besoin nous permet de nous ressentir réalisé, reconnu. (André C. et Lelord F., 2002). L'enjeu est donc essentiel.

Pour pouvoir accéder à une bonne estime de soi lorsque celle-ci est défaillante, il faut passer par un processus de revalorisation des potentiels de la personne et l'aider à avoir une meilleure vision d'elle-même, à reprendre confiance en elle.

2. La revalorisation pour rétablir l'estime de soi

2.1. Notion de revalorisation

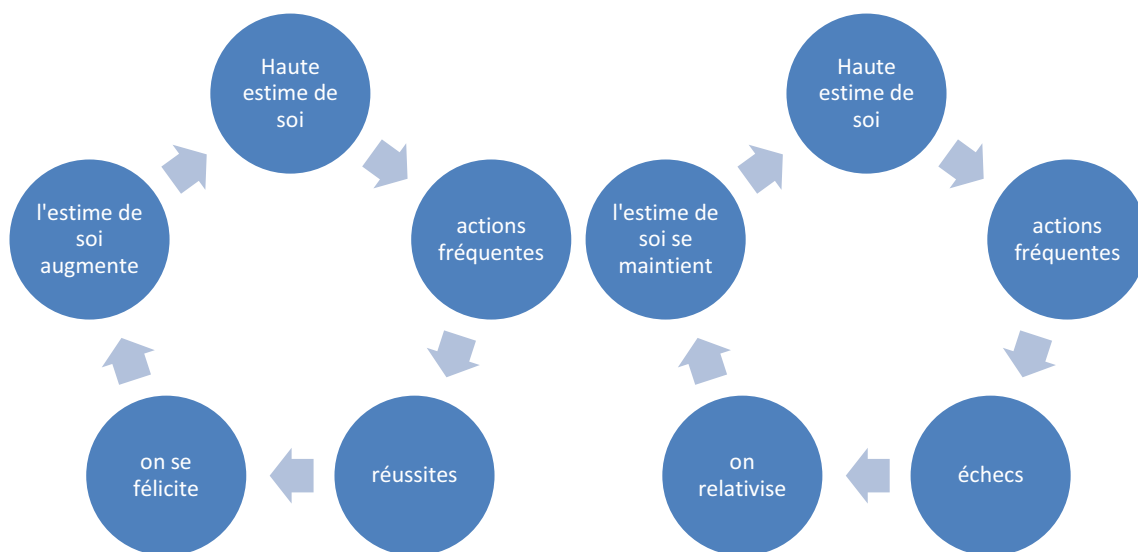
La revalorisation est définie par le petit Larousse comme « *l'action de revaloriser* » c'est à dire « *le fait de redonner une valeur plus grande à quelque chose* ». C'est redonner de la valeur à quelque chose ou à quelqu'un qui en avait peu ou l'avait perdu. Il s'agit parfois de mettre en valeur, de présenter de façon plus avantageuse, d'accorder une importance plus grande à quelqu'un ou quelque chose. Comment revaloriser la personne aux yeux d'elle-même et des autres pour qu'elle acquière une meilleure estime d'elle-même ?

2.2. Développer la bonne opinion de soi et la confiance en soi

« *La promotion de l'estime de soi et de la confiance en soi constitue un levier puissant.* » (De Saint Paul J., 1999). Pour un changement efficace, il s'agit selon Curnillon B. de tenir compte de deux niveaux : l'action d'une part et la perception d'autre part (Curnillon B, 2001) :

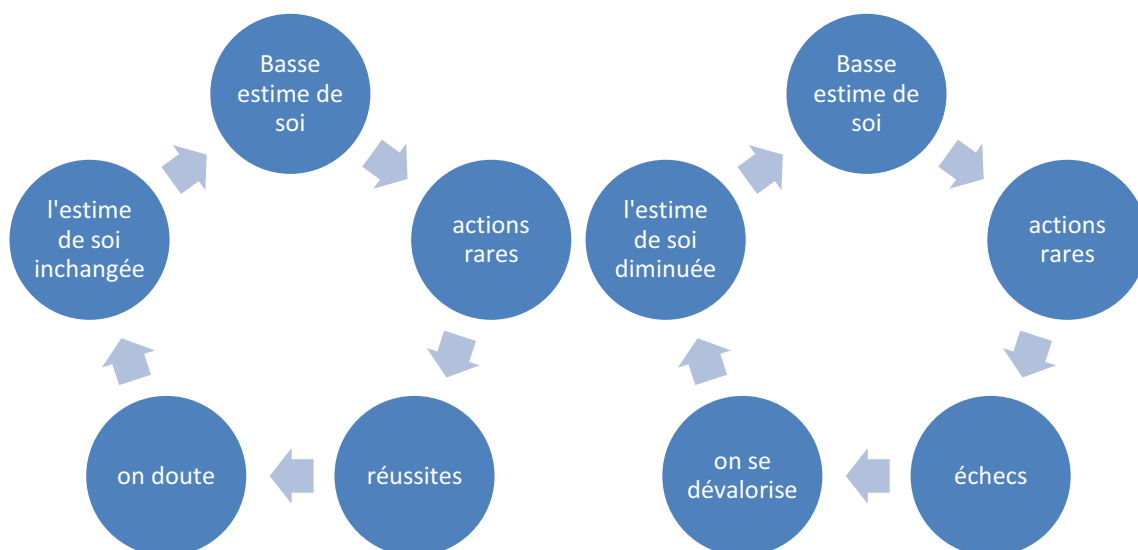
- Le sentiment d'être compétent grâce à l'action : nourriture de l'estime de soi. (André C. et Lelord F., 2002).

André C. et Lelord F. développent l'idée que la construction de l'estime de soi passe par l'action, et par la façon dont on agit dans la vie. Ils identifient ainsi deux attitudes différentes face à l'action, qu'ils nomment « *les boucles de la haute estime des soi* » et « *les boucles de la basse estime de soi* ». Les résultats de nos actions ont ainsi des conséquences sur l'estime de soi, en particulier parce qu'elles nous confortent dans la haute ou basse estime de soi en créant une dynamique, positive ou négative :



Les boucles de la haute estime de soi

Pour André C. et Lelord F., l'estime de soi demande à être auto-entretenu. Pour cela, il est important d'agir. En effet, en agissant, l'individu a donc plus de chance de récolter des succès qui le valoriseront : cercle vertueux de la réussite. Il est important pour la personne d'avoir une estime d'elle-même suffisamment haute pour pouvoir affronter les échecs et ne pas se dissuader de se lancer à nouveau dans l'action.



Les boucles de la basse estime de soi

En revanche, comme l'illustration ci-dessus l'évoque, quelqu'un avec une basse estime de lui-même hésitera avant d'agir. Il aura donc peu de chance de récolter des succès et, de plus, ayant une estime de lui-même basse, il ne pensera pas les avoir mérités et se demandera s'il est capable de les réussir à nouveau. Son estime de soi restera donc basse. « *En cas d'échec, touché de plein fouet dans le regard qu'il porte sur lui même, le sujet sera dissuadé de persévérer ou de tenter à nouveau sa chance.* » (André C. et Lelord F., 2002, p 257) : cercle vicieux de l'échec.

Il s'agit donc, pour développer l'estime de soi, de se faire confiance pour agir et relever les défis de l'existence, mais cette confiance ne sera présente que si la personne a réussi quelques actions valorisantes. En effet, selon André C. et Lelord F. (2002, pp.264), l'implication dans une activité valorisante permet de développer l'estime de soi. « *Les actes sont la gymnastique d'entretien de l'estime de soi.* ». Et en étant revalorisée, la personne reprend confiance et se met d'autant plus en action (rentre dans le cercle vertueux de la réussite), elle se prend en main. Elle développe ainsi son autonomie et ceci lui permet retrouver une bonne estime d'elle-même. « *Pour changer, il est donc indispensable d'agir. Il ne sert à rien de changer uniquement dans sa tête ; l'estime de soi ne s'en trouvera pas modifiée de manière durable.* » (André C. et Lelord F., 2002, pp. 266).

Tant sur le plan personnel que socioculturel, il est important d'agir. Socioculturel car les actions permettent à la personne d'apporter sa contribution à la société et ainsi trouver une place dans celle-ci : on redevient compétent à ses propres yeux, mais aussi dans le regard des autres.

- Ouvrir les portes à la perception

Agir est essentiel pour reconstruire l'estime de soi, mais encore faut il agir en ayant conscience de ses capacités, en percevant la réalité telle qu'elle est : « *Observer est la base même de notre capacité à relever les défis de la vie.* ». « *Le lien avec l'estime de soi est assez clair : si nous évitons de percevoir les faits qui nous dérangent, nous nous mentons à nous même et ce n'est pas ainsi que nous allons gagner une bonne récupération à nos propres yeux.* » (De Saint Paul J., 1999). Pour les personnes ayant subi un traumatisme physique, cela peut être difficile de porter un regard sur la nouvelle situation qu'il implique.

La confrontation à la réalité extérieure par la mise en activité permet d'avoir un regard

plus objectif sur sa situation et donc de sortir d'un discours qui peut lui paraître théorique, voire parfois moraliste (Curnillon B., 2001).

Il s'agit en ergothérapie de lui faire prendre conscience de son potentiel fonctionnel restant.

La revalorisation de l'estime de soi peut donc être nourrie par ces deux principes :

- se sentir compétent dans des activités qui ont un sens pour soi

et

- pouvoir avoir une vision plus juste de soi en ouvrant les portes de la perception sur la situation qui peut être difficile à supporter dans un premiers temps, puis en rationalisant son regard sur cette situation.

Quelle place peut donc avoir l'ergothérapeute dans cette entreprise de revalorisation ? L'activité est l'un des moyens utilisés en ergothérapie pour faire prendre conscience à la personne de son potentiel fonctionnel.

III. LA REVALORISATION EN ERGOTHERAPIE

1. L'activité et l'occupation

C'est l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose. Littéralement, l'activité est « *l'ensemble des phénomènes par lequel se manifestent certaines formes de vie, un processus, un fonctionnement* » (Le petit Robert 2005). Cette définition de l'activité primaire (comme on parle « d'activité cardiaque », ou « d'activité cérébrale ») permet de souligner le fait qu'être en « activité », c'est déjà retrouver une dynamique, retrouver un mouvement, retrouver une forme de vie.

Pour Guiheneuf M. (2005), l'activité permet également de stimuler la personne : elle n'est pas seulement là pour nous faire agir mais elle suscite également l'action. Cette activité pousse à agir si celle-ci est porteuse de sens pour la personne. Les pays anglo-saxons et le Québec utilisent un autre terme pour décrire une activité porteuse de sens: l'occupation.

Le réseau Européen d'Ergothérapie dans l'Enseignement Supérieur (ENOTHE¹ :

¹ ENOTHE est une association sans but lucratif créée en 1995 à Aalborg au Danemark, dans le cadre de l'Union Européenne, à l'initiative de la COTEC (Committee of Occupational Therapists for the European Communities).

European Network of Occupational Therapy in Higher Education) aborde l'activité et l'occupation sous les définitions suivantes (Meyer, 2005) :

- « *Activité : la réalisation d'une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations.*
- *Occupation : occupation/ activités humaines signifiantes et significatives : un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socioculturelle (significative) et un sens personnel (signifiante). Elles sont le support de la participation à la société. Elles comprennent les soins personnels, le travail et les loisirs. ».*

Ce terme d'*occupation* est défini, ci-dessus, selon les références anglo-saxonnes. En effet, en France ce terme ne signifie pas la même chose et on le définirait, selon le petit Robert 2005, par « *ce à quoi on occupe son temps* » et le verbe occuper par « *remplir un espace, le temps, exercer une fonction* ». Il faut donc se méfier de la connotation négative du mot français : il ne s'agit pas d'occuper son temps, encore moins d'occuper un patient : Dans les pays anglo-saxons et au Québec, ce terme désigne toutes les activités ayant un sens pour la personne, ses habitudes de vie et ses rôles. Pour se rapprocher de la signification de ce mot en anglais, nous pouvons donner comme signification française : activités significatives et signifiantes.

D'après Morel-Bracq M.-C. (2006, pp. 26), l'activité significative se réfère « *au sens social donné par l'entourage* » et l'activité signifiante « *revêt un sens particulier pour la personne lié à son histoire et à son projet personnel* ».

En ce sens, l'occupation permet de retrouver une identité qui est altérée, de s'insérer dans le milieu social et de donner du sens à sa vie. On peut donc considérer l'occupation comme un concept central de l'ergothérapie, l'engagement dans l'occupation permettant la promotion de la participation à la société. (ACE¹, 2002, AOTA², 2002, cité par Sylvie MEYER, 2007).

Les objectifs généraux d'ENOTHE consistent à unir les Programmes Educationnels Européens d'Ergothérapie (Instituts, Ecoles, Universités,...) dans le but de promouvoir l'éducation et les connaissances en ergothérapie.

¹ ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes.

² AOTA: American Occupational Therapy Association.

2. L'ergothérapie : rééducation, réadaptation et... revalorisation.

Comme l'indique son étymologie grecque, « *l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé.* » (ANFE¹).

L'ergothérapeute agit comme un guide auprès du patient. « *L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société.* » (ANFE)

En ergothérapie, les actions sont à la fois la fin et le moyen du traitement :

- Dans une visée rééducative, l'activité est considérée comme un moyen. Elle est utilisée pour obtenir des capacités gestuelles ou cognitives qui répondent à des objectifs spécifiques de rééducation.
- Dans une visée de réadaptation, l'action est une fin. L'intervention de l'ergothérapeute s'inscrit dans l'optique d'une ascension de la personne à un maximum d'autonomie et d'indépendance dans son environnement. Pour y parvenir, l'ergothérapeute joue un rôle d'interface entre la personne en situation de handicap et son environnement (Cheron V., 1990).

Selon Cheron V. (1990), l'ergothérapeute est impliqué également dans la restructuration globale de la personnalité. En effet, l'ergothérapie est basée sur une vision globale de la personne. (Margot-Cattin I., Margot-Cattin P., 2005). Cette vision consiste à considérer avant tout le patient comme une personne à part entière et prendre en compte l'action en fonction des caractéristiques personnelles de l'individu, de ses choix, ses rôles. L'ergothérapeute travaille en « partenariat » avec la personne et il la prend en compte par rapport à plusieurs domaines : médical, social, psychologique et moral. Il s'agit donc de rétablir la personne dans l'estime de soi, de la revaloriser.

En effet, l'ergothérapeute rencontre dans sa pratique des personnes ayant subi un traumatisme physique. Ce traumatisme, comme l'a souligné la première partie du mémoire, a des répercussions importantes sur le moral de la personne et sur l'estime d'elle-même.

¹ ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

3. L'ergothérapeute face au traumatisme de la personne

- Accueillir la souffrance :

Il s'agit d'accueillir la souffrance de la personne chez qui l'estime de soi est atteinte voir détruite. Cette estime de soi est à reconquérir. Il s'agit de prendre en compte également sa propre souffrance face à la situation, et de ne pas ignorer sa nature empathique : l'ergothérapeute est capable de se mettre à la place de l'individu sans pour autant éprouver les mêmes émotions. Ceci permet de faire sentir à la personne qu'elle est comprise et l'aider à avancer. (Haulot B., 2009)

- Etablir une relation thérapeutique de confiance:

Il s'agit que la personne se sente également accompagnée par notre présence et se sente en confiance pour oser ce qu'elle n'oserait peut être pas faire seule. Il s'agit donc d'établir une relation de confiance avec la personne pour induire le processus de changement. Il s'agit de mettre en place par notre présence et notre attitude un cadre stable et contenant pour que la personne ose de nouvelles expériences. Pour cela, l'ergothérapeute doit faire preuve d'authenticité auprès de la personne, il doit accepter le patient, et faire part d'une compréhension empathique (Selon Rogers 1961 cité part Curnillon 2001).

Pour parvenir à une relation de confiance il s'agit de travailler en partenariat avec la personne. Pour cela il faut parvenir à une compréhension commune sur ses aspirations et les difficultés qui l'empêchent de les satisfaire. Il faut amener la personne à préciser ses attentes et ses désirs. Il s'agit de centrer notre intervention par rapport à la personne et être conformes à ses valeurs et son projet de vie. Il est important de cerner les aspirations de la personne car l'ergothérapeute ne pourra faire un travail de revalorisation par l'activité avec la personne que si celle-ci est motivée et s'investit dans sa prise en charge.

4. L'ergothérapeute et la revalorisation de la personne

« *L'ergothérapeute est un soignant de/par/avec l'activité* » Pibarot I., ergothérapeute psychanalyste, (1996).

L'activité, pour l'ergothérapeute, est source de revalorisation auprès des personnes en souffrance.

4.1. L'activité comme moyen de revalorisation

L'investissement de la personne dans des activités lui permet de se rendre compte de ses capacités et ainsi la revalorise. Il s'agit de déterminer puis développer les ressources personnelles de la personne, de reconnaître les capacités dont dispose la personne, au lieu de s'arrêter sur tout ce qu'elle ne peut pas faire. L'activité va permettre d'exploiter et susciter les capacités restantes de la personne dans une activité qui ne risque pas de la mettre en échec et lui permettre de restaurer l'estime d'elle-même. Agir permet également d'acquérir les capacités nécessaires pour compter sur soi et faire face aux défis de la vie. (André C. et Lelord F., 2002).

L'activité permet une prise de conscience vis-à-vis de la personne par rapport aux situations de handicap que celle-ci pourra rencontrer. Mais par l'activité, elle peut également découvrir des ressources insoupçonnées. Ce n'est pas notre vision qui importe mais la vision que la personne se fait d'elle-même : il faut l'accompagner à changer son regard sur elle-même par la mise en valeur de ses compétences par l'activité. Le thérapeute est présent pour mettre en valeur les aspects positifs de la personne tout en restant objectif. Il ne juge pas, il accompagne la personne par l'activité à avoir une vision plus juste et plus positive d'elle-même. Il l'aide ainsi à se revaloriser et à reconstruire estime d'elle-même. La personne peut ainsi se comprendre et s'accepter telle qu'elle est (*insight*¹).

L'objectif de cette démarche est de permettre à l'individu de sentir son potentiel stimulé et utilisé, et par conséquent de se sentir vivre et réalisé.

Boris Cyrulnik, abordant la pratique du sport par des personnes handicapées, évoque la possibilité de rétablir des rapports d'égalité pendant les matchs, mais surtout après le match, lorsque l'on commente la performance étonnante de tel ou tel joueur. L'activité permet ici de recréer du lien, et de sortir de l'étiquette. Cette pratique du sport semble faire du bien à l'estime de soi, en favorisant la reconnaissance sociale et en renforçant le sentiment de compétences personnelle. (Interview, streaming : « Entretien de Boris Cyrulnik sur "Les personnes normales" »).

Même si la personne peut développer ses capacités dans une activité, pour que celle-ci

¹ Insight : Terme anglais dont la meilleure traduction en français serait « intuition » (si le sens étymologique de ce dernier mot n'était recouvert par tout ce que lui a ajouté la tradition philosophique) et qui désigne le phénomène de découverte soudaine de la solution dans une situation-problème après une période plus ou moins longue de tâtonnement. Encyclopaedia Universalis.

soit revalorisante, il faut qu'elle soit signifiante et qu'elle compte pour elle.

4.2. L'activité signifiante, but pour la personne, moyen de revalorisation pour l'ergothérapeute

Notre rôle est que la personne s'investisse dans sa prise en charge et y donne un sens : c'est la condition du processus de changement.

« Doris Pierce décrit les dimensions de l'activité dans ses dimensions subjectives (attrait lié à la productivité, au plaisir, au ressourcement) et contextuelles (spatiale, temporelle et socioculturelle ou réalité écologique). Doris Pierce place la dimension thérapeutique de l'activité dans l'attrait qu'elle suscite chez la personne, associé à sa réalité écologique et sa pertinence, grâce aux compétences du thérapeute, à la collaboration dans l'identification des objectifs et à l'ajustement de l'intervention. » (Doris Pierce citée par Morel-Bracq M.-C., 2006). Il y a donc cette notion de subjectivité à prendre en compte qui concerne l'attrait de l'activité pour la personne. Cet attrait est conditionné par le sens personnel attribué à cette activité par l'individu. Pibarot I. perçoit de la même manière le potentiel thérapeutique de l'activité et avance que « l'activité ne peut se concevoir, comme thérapeutique que si elle est porteuse de sens pour la personne ». La personne recrée un sentiment de continuité avec son existence par l'implication dans une activité qui lui est propre (Pibarot I., 1999).

Boris Cyrulnik apporte un exemple sur l'importance de l'activité signifiante auprès des personnes en situation de handicap lors d'un de ses entretiens (Interview, streaming : « Entretien de Boris Cyrulnik sur "Les personnes normales" »). Pour lui dès l'instant où on leur permet d'accéder à une activité qui les revalorise (le sport, la musique, l'art ou d'autres activités qui ont du sens pour eux), l'image de soi est revalorisée et ensuite le processus psychologique peut se déclencher (résilience) et le réseau social se reconstruit. Les personnes handicapées rétablissent un rapport d'égalité par exemple avec le sport (Interview, streaming : « Entretien de Boris Cyrulnik sur "Les personnes normales" »). Cette activité est donc, pour Boris Cyrulnik, facteur de résilience.

Il est important de tenir compte du fait qu'une activité signifiante pour une personne est peut être tout le contraire pour une autre, comme l'illustre Boris Cyrulnick avec **LA FABLE DES « CASSEURS DE CAILLOUX »** (annexe 1). « Cette fable montre comment les perceptions propres à chaque individu peuvent varier, qu'il s'agisse de la représentation de la situation vécue autant que de sa projection dans l'avenir » (Anaud M., 2005b).

Pour Haulot B., ergothérapeute, il s'agit d'accompagner la personne à réinvestir des petits plaisirs quotidiens : « *l'aspect technique est important mais le plaisir est primordial.* » (Haulot B., 2009). Il s'agit donc d'accompagner la personne à la concrétisation de besoins qui lui sont propres, de l'aider à vivre une envie. L'ergothérapeute doit être à l'écoute des besoins de la personne. L'occupation est donc très importante à prendre en compte dans notre pratique. Il en découle donc de ne pas rester fixé seulement sur la notion d'activité, mais promouvoir les activités signifiantes pour la personne.

Il est donc important en tant qu'ergothérapeute d'identifier ce que le patient désire et ce dont il a besoin. L'ergothérapeute aide la personne à discerner ses propres possibilités et à trouver des objectifs.

Pour appuyer ces réflexions, j'aborde ci-dessous les différentes théories et modèles rencontrés en ergothérapie.

5. Les théories et modèles conceptuels en ergothérapie

Csikszentmihalyi M. a développé la théorie du *flow*. Cette théorie avance que l'engagement dans une activité crée un sentiment de *flow*. C'est un sentiment de transcendance et qui permet de se sentir exister positivement. Pour atteindre ce niveau de *flow*, il faut permettre à la personne d'utiliser ses capacités optimales en mettant en place un objectif signifiant pour elle, à savoir des défis. De plus, l'activité crée d'autant plus cet état d'esprit lorsqu'elle est signifiante pour la personne : « *l'engagement dans des activités signifiantes procurant du flow permet d'augmenter non seulement ses capacités et son sentiment de contrôler sa vie, mais aussi son estime de soi et permet de structurer son identité* » (Morel-Bracq M.-C., 2001).

Selon le modèle de Kielhofner G., le thérapeute cherche le développement des capacités de la personne à travers l'activité (exploration, compétences, réalisation de soi) et le développement de la compréhension du monde environnant (Morel-Bracq M.-C., 2009). L'adaptation de l'activité selon la théorie du *flow* vu précédemment peut permettre à la personne de développer ses capacités, de se restructurer et d'améliorer sa qualité de vie en s'engageant dans une activité qui lui est signifiante. Elle accède d'autant plus à ce sentiment de *flow* si elle relève le défi qu'elle s'est fixée en posant elle-même ses objectifs en fonction de ses possibilités d'action. Selon le modèle de Kielhofner G., les décisions doivent être

laissées à la personne le plus possible afin de développer son autonomie (Morel-Bracq M.-C., 2009). Cette autonomie permet à la personne d'accéder à une meilleure confiance en elle et donc d'être revalorisée.

Csikszentmihalyi M. met en avant que ce défi de plaisir permet de tenir devant l'adversité. « *Apprendre à vivre deviendrait une source de plaisir et de fierté, en transformant l'accident et son entropie en une occasion d'ordre intérieur* » (Morel-Bracq M.-C., 2001). Il est important dans notre prise en charge de fixer un objectif global qui a du sens pour la personne et la motive et parallèlement des objectifs plus spécifiques et intermédiaires qui seront adaptés aux capacités de la personne. Il est également important de faire des évaluations fréquentes pour mettre en place un *feed-back* à destination de la personne et qui l'incite à s'impliquer davantage dans sa prise en charge. Les principes de la théorie du *flow* peuvent donc être appliqués afin de stimuler et revaloriser la personne.

Rosemary Hagedorn rejoint la théorie du *flow* en précisant dans son modèle qu'il est essentiel, pour sa santé et son bien-être, que l'être humain soit compétent et adapté dans la mise en œuvre de ses activités. Le processus de mise en œuvre de l'activité ainsi que la perception de la production qui en résulte créent des changements à l'intérieur même de la personne.

Le modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (MCRO-P) recoupe ce dernier concept en émettant également l'idée que la promotion de l'activité permet le maintien de la santé et contribue à redonner un sentiment de contrôle sur sa vie.

L'objectif de l'ergothérapie n'est-il pas d'aider la personne handicapée, dans un cadre relationnel thérapeutique, à retrouver des activités qui sont importantes pour elle dans son environnement et qui donnent sens à sa vie ? Il s'agirait de maintenir une représentation du soi en développant des activités propres à la personne. L'intervention de l'ergothérapeute pour revaloriser la personne, outre son aspect relationnel thérapeutique fondamental, portera donc sur l'évaluation des capacités et des besoins de la personne dans l'optique de rejoindre la personne sur un objectif qui lui est signifiant. Il s'agit donc d'identifier quelles sont les activités que la personne veut faire, a besoin de faire, devrait faire.

Dans un premier temps, comme nous l'avons vu dans la partie du mémoire abordant le travail de deuil, la personne doit pouvoir intégrer la notion de handicap, mais ceci n'est pas forcément une acceptation. Il s'agit donc de l'accompagner petit à petit à cette confrontation,

lui faire part d'un *feed-back* sur ses capacités encore présentes et lui faire prendre conscience, par ces mises en situations, de son potentiel. Il s'agit d'accompagner la personne dans une nouvelle vision d'elle-même par l'activité comme médiation, et d'autant plus une activité signifiante et porteuse de sens pour elle. Il s'agit également d'aider la personne à changer les perceptions, qui peuvent être très pessimistes, sur sa situation. « *Le résultat de ce travail de réappropriation de soi-même est une nouvelle image du monde plus en accord avec la réalité, intégrant la notion de handicap. Or une image du monde plus précise permet un développement de l'autonomie, qui se concrétisera par de nouvelles adaptations.* » (Curnillon, 2001).

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

I. L'objectif de cette recherche

La problématique émise en préambule de ce mémoire était la suivante : dans quelle mesure l'ergothérapeute permet-il à la personne adulte présentant un handicap moteur acquis un ajustement face à sa situation de handicap, qui contribue à la revalorisation de l'estime de soi?

Ma partie théorique avançait l'hypothèse suivante : la mise en place en ergothérapie d'une activité permet à la personne d'être revalorisée, et ce d'autant plus si cette activité est signifiante pour elle. La mise en place d'une telle activité participe à la restauration de l'estime de soi perdue suite au traumatisme.

Il me paraît essentiel de voir si cette hypothèse est corroborée par des ergothérapeutes en exercice. J'ai donc réalisé une enquête auprès de professionnels. Cette démarche avait pour but d'amener les ergothérapeutes rencontrés à développer une réflexion sur leur pratique et sur la place qu'ils accordent à la revalorisation de la personne. Il me semble important en effet, dans le cadre de ce mémoire, de recueillir le témoignage de soignants et de prendre en compte leur ressenti sur ce sujet de revalorisation auprès de la personne ayant subi un traumatisme physique. Recueillir les différents avis d'ergothérapeutes permettra d'alimenter la réflexion sur la pratique du métier, et de savoir si l'ergothérapeute utilise l'activité, l'outil spécifique de notre profession, pour revaloriser la personne. Inclut-il cette préoccupation comme critère essentiel dans le choix de son activité ? La notion d'activité signifiante est-elle déterminante dans le choix de celle-ci, y-a-t-il d'autres aspects intéressants à prendre en compte pour revaloriser la personne ? Quelles difficultés l'ergothérapeute rencontre-t-il pour accompagner la personne dans la revalorisation d'elle-même ?

II. Le choix de la population

Mon mémoire est limité aux ergothérapeutes travaillant auprès d'adultes présentant une déficience physique acquise.

J'ai fait une demande d'entretiens d'investigation dans huit établissements. J'ai obtenu

cinq réponses positives de ces différentes structures. J'ai donc pu interroger huit ergothérapeutes, dont certains de la même structure.

J'aurais aimé que mon mémoire inclue également le témoignage de patients, pour savoir ce qui leur a permis d'avancer dans leur prise en charge et ce qui leur semblait le plus valorisant. Pour des contraintes de temps, dans le cadre de ce mémoire, j'ai finalement fait le choix de limiter ma recherche au témoignage des ergothérapeutes, me disant que je pourrai par moi-même, lors de la prise en charge de mes futurs patients, interroger avec eux ma propre pratique.

Tous ces ergothérapeutes travaillent auprès de personnes ayant subi un traumatisme physique. Comme mon mémoire porte sur le traumatisme physique dans sa globalité, les pathologies ciblées peuvent être très variées. J'ai donc tenu à interroger des professionnels ayant des domaines d'intervention différents. De plus, je me suis fixé l'objectif d'interroger deux ergothérapeutes travaillant dans un même domaine afin d'avoir matière à comparaison. Les 8 interviews réalisées permettent ainsi de recouvrir 4 domaines différents, et présentent un échantillon des pratiques mises en œuvre par les ergothérapeutes pour favoriser la revalorisation d'un patient.

III. Le choix du terrain

En ce qui concerne mes terrains d'investigation, j'ai choisi de m'intéresser à des centres de rééducation ou hôpitaux dans le domaine fonctionnel. Je n'ai pas restreint ma recherche en fonction du type d'institution ou de la géographie, mais bien en fonction de populations cibles ayant subi un traumatisme physique acquis. J'ai donc essayé d'identifier les différentes populations pouvant s'offrir à moi dans ce domaine, en concentrant mon investigation sur différents établissements dans le domaine fonctionnel, désignées par les lettres suivantes :

Etablissement A : J'ai pu dans ce même établissement, un centre de rééducation/réadaptation fonctionnelle (CRF) pour adulte, qui se trouve dans le département du Rhône, faire passer des entretiens aux ergothérapeutes de deux services différents :

- Deux entretiens d'ergothérapeutes (E3 et E4) travaillant dans le service auprès de personnes grands brûlés et en traumatologie.

- Deux entretiens d'ergothérapeutes (E7 et E8) travaillant dans le service de neurologie centrale, auprès de personnes cérébrolésées suite à un traumatisme crânien, un accident vasculaire cérébral ou des problèmes d'addiction.

Etablissement B : Un ergothérapeute (E1) travaillant dans le service de rééducation d'un hôpital général et militaire, dans le département du Rhône. Il intervient essentiellement auprès des patients du service de médecine physique et de réadaptation. Son secteur de prédilection est surtout la traumatologie et la rhumatologie, même s'il intervient également dans les autres services de l'hôpital (neurologie, cardiologie...). Il rencontre à proportion égale des civils et des militaires.

Etablissement C : Un ergothérapeute (E2) qui travaille dans un centre médico-chirurgical de réadaptation (CMCR) dans le département du Rhône. Il intervient auprès des personnes amputées.

Etablissement D : Un ergothérapeute (E6) travaillant dans un établissement de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) dans le département de la Manche. Il intervient surtout auprès de personnes cérébrolésées et blessés médullaires.

Etablissement E : Un ergothérapeute (E5) travaillant en CRF pour adulte, dans la région des Pyrénées-Orientales. C'est un établissement qui prend en charge les personnes atteintes d'affections médullaires ou cérébrales qu'elles soient d'origine traumatique, vasculaire ou cérébrale.

Mon sujet abordant le traumatisme physique acquis au sens large, il m'a paru nécessaire d'interroger des ergothérapeutes travaillant avec des populations différentes. Ceci me permettra peut être de trouver des concordances ou discordances entre ces professionnels qui interviennent auprès de populations différentes. Au delà de cette distinction, il s'agit peut être tout simplement d'une question d'identité professionnelle, de savoir être, d'expérience personnelle. C'est pour cela que j'ai choisi également d'interroger, dans chaque domaine, deux ergothérapeutes travaillant auprès de la même population.

IV. Le choix de l'entretien

Il m'a paru nécessaire, pour mener les investigations nécessaires à mon sujet, de rechercher des réponses plus qualitatives que quantitatives, ce qui m'a mené naturellement au

choix de l'entretien individuel, préféré au questionnaire ou à d'autres méthodes d'investigations. En effet, cet outil m'a paru le plus pertinent pour obtenir des réponses de qualité sur la représentation qu'ont les ergothérapeutes de leur pratique.

L'entretien individuel est une technique de recueil de l'information qui se déroule dans une relation de face-à-face entre l'évaluateur et la personne enquêtée. Ce contact direct, et, il faut le dire, plus naturel et humain qu'un questionnaire écrit, permet à la personne de s'exprimer librement, de témoigner et partager son expérience comme elle l'entend.

J'ai fait le choix d'un entretien semi-directif. J'ai élaboré un guide d'entretien comportant majoritairement des questions ouvertes (annexe 2). Cet entretien semi-directif m'a permis de poser d'autres questions visant à éclairer les réponses faites par l'ergothérapeute interrogé. Cela m'a permis d'intervenir dans la discussion jusqu'à obtenir les informations nécessaires pour la réalisation de mon travail, et de laisser également une marge de liberté à l'interlocuteur pour exprimer son ressenti, ce qui a considérablement enrichi la conversation.

V. Le déroulement de l'entretien

Deux entretiens sur huit se sont déroulés par téléphone du fait de l'éloignement géographique des personnes interrogées. Je me suis déplacée pour les six autres.

Pendant l'entretien, j'ai essayé, dans un premier temps, de mettre la personne en confiance, lui rappelant que mon entretien était anonyme et qu'aucun jugement n'était porté sur sa pratique.

J'ai ensuite rappelé le thème général de cet entretien (« la revalorisation ») en citant la thématique de mon mémoire : « La thématique de mon mémoire porte sur les compétences de l'ergothérapeute concernant la revalorisation de l'estime de soi d'une personne adulte ayant subi un traumatisme physique ». J'ai insisté sur le fait que mon sujet concerne les personnes adultes ayant subi un traumatisme physique acquis, excluant du coup les autres déficiences. Je leur ai demandé ensuite s'ils avaient des questions avant de commencer, pour m'assurer que tout était clair pour eux. Enfin, je les ai informés que l'entretien était enregistré afin de pouvoir retranscrire la discussion en totalité.

Pour réaliser des entretiens recevables, il est nécessaire que les conditions de passation soient sensiblement les mêmes : pour remplir cette condition, j'ai eu quelques difficultés car j'ai dû, pour deux d'entre eux, les réaliser par téléphone, les lieux de travail des

ergothérapeutes étant trop loin pour m’y rendre dans le délai qui m’était imparti : l’un d’eux travaille dans le Nord et l’autre dans le Sud-Ouest. Ces deux entretiens se sont déroulés par téléphone.

VI. La démarche : de la grille d’analyse à l’entretien

L’élaboration de ma partie conceptuelle m’a permis de construire ma grille d’analyse : je me suis appuyée sur mes recherches théoriques pour construire la trame de mes entretiens (annexe 3).

Cette grille d’analyse va pouvoir me permettre de confronter les idées et opinions des différents ergothérapeutes interrogés sur les mêmes thèmes. Les thèmes de ma grille d’analyse correspondent aux mots clés de ma problématique et de mon hypothèse. En ciblant ces notions dans mes entretiens, je souhaite trouver des éléments qui infirment ou confirment mon hypothèse de départ.

Après avoir retranscrit mes entretiens, j’ai pu compléter ma grille d’analyse des résultats. J’ai ensuite effectué, item par item, une analyse horizontale des réponses des différents ergothérapeutes, analyse qui fait l’objet de ma troisième partie. L’intérêt essentiel de cette grille est en effet de rendre sensibles les différences de point de vue exprimées sur chaque sujet et de pouvoir confronter les différentes opinions des ergothérapeutes. J’ai ainsi pu mettre en évidence les accords et désaccords des ergothérapeutes sur chaque thème ou constater les différences d’approche et les nuances qui peuvent être apportées sur chaque sujet.

VII. Les limites et les difficultés rencontrées

Lors de ce travail d’initiation à la recherche, j’ai rencontré plusieurs difficultés. Tout d’abord, il m’a fallu du temps pour apprivoiser mon outil d’investigation, l’entretien. En effet, il m’a fallu un temps d’adaptation pour me familiariser avec cet outil et savoir l’utiliser à bon escient. Avec le recul, je me suis rendu compte que lors de mes deux premiers entretiens je manquais d’aisance pour relancer la personne sur un sujet, ou développer des idées que j’aurais voulu finalement approfondir. Par exemple, en relisant la transcription de mon

entretien avec l'ergothérapeute 1, j'ai regretté de ne pas avoir exploité la singularité de son travail en hôpital militaire : on peut supposer qu'auprès de soldats, le travail de revalorisation de la personne aura certaines spécificités, qu'on ne rencontrera pas auprès de personnes civiles. En effet, plus que d'avoir trouvé un métier, le patient s'est « engagé ». L'engagement qu'implique cette vocation a sans doute des répercussions particulières quand la personne se sent affaibli et incapable de réaliser « son devoir ». Quels chemins prennent alors la revalorisation et la restauration de l'estime de soi ? Je regrette d'avoir occulté cette problématique lors de cet entretien. Par comparaison, les entretiens suivants m'ont paru plus aboutis.

Le temps et les circonstances m'ont également fait défaut : j'aurais aimé pouvoir mettre à profit mes stages et les prises en charges que j'ai pu faire pour confronter mes hypothèses à la réalité. Or le stage que j'ai réalisé durant l'élaboration de mon mémoire s'est effectué en psychiatrie. Je n'ai donc pu suivre des personnes ayant subi un traumatisme physique à ce moment là. Ce hasard du calendrier mis à part, le temps du stage n'aurait peut-être pas été suffisant de toute façon pour pouvoir me rendre compte de l'impact de ma prise en charge sur la revalorisation de l'estime de soi de la personne, et je n'aurais sans doute pas pu obtenir des résultats fiables, mêmes avec les outils adéquats : J'aurais pu envisager par exemple d'avoir recours à une échelle évaluant l'estime de soi, outil qui demande un certain laps de temps pour être probants et efficace.

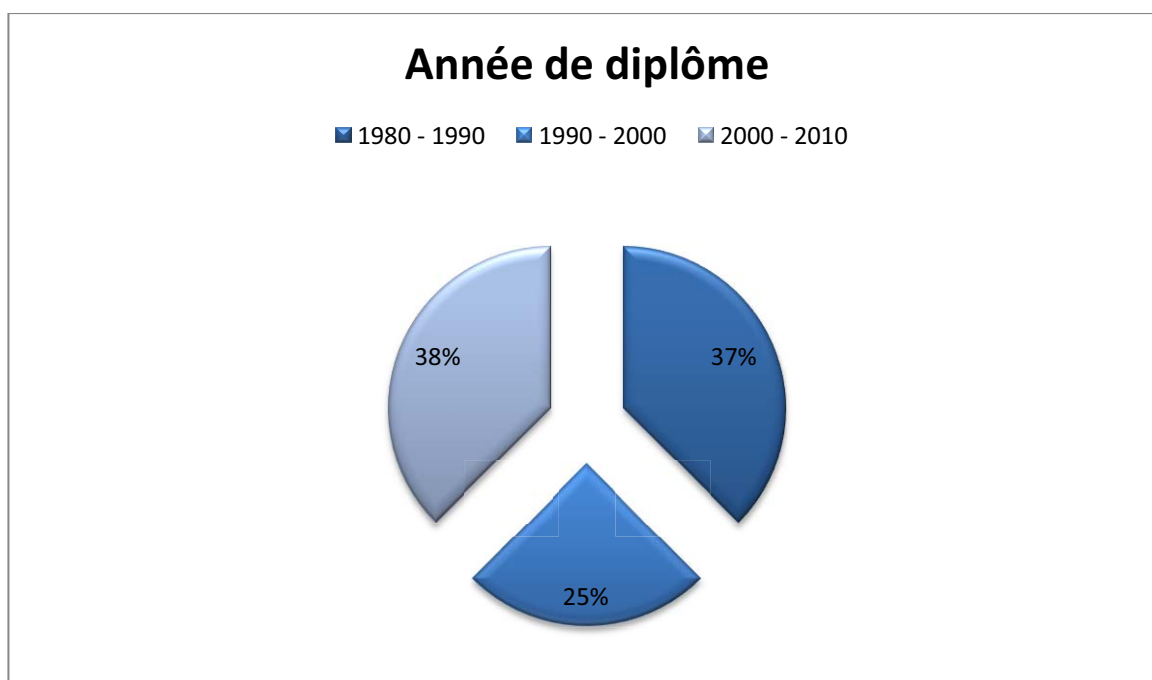
J'ai aussi été limitée par le cloisonnement des sciences : j'ai, en effet, manqué de connaissances sur les concepts dans le domaine de la socio-psychologie pour pouvoir mieux maîtriser ce sujet. Par le biais de lectures de revues et livres issus du domaine des sciences humaines, j'ai tenté de combler ces lacunes et de me familiariser autant que possible avec les différents concepts rencontrés dans ce domaine, et dont la connaissance était nécessaire à l'élaboration de mon mémoire.

RESULTATS ET ANALYSE

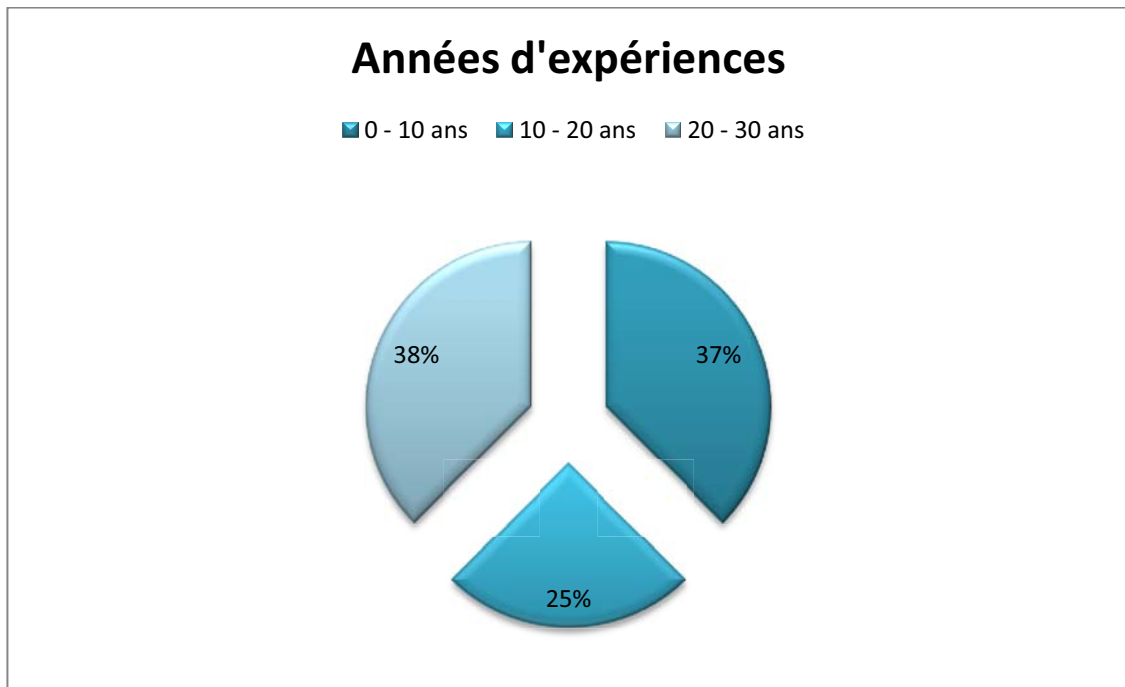
I. Présentation des professionnels interrogés

Pour une question de clarté dans ce travail de recherche, j'ai choisi de nommer les ergothérapeutes de la manière suivante : « E » : pour ergothérapeute. Le chiffre qui suit les lettres « E » désigne l'ordre dans lequel les différents entretiens ont été effectués.

J'ai fait le choix d'interroger 8 ergothérapeutes au cours de mon investigation. Afin de voir si d'éventuelles corrélations pouvaient être mises en évidence au cours de l'analyse, je me suis permis de leur demander leur année de diplôme ainsi que leur nombre d'année d'expérience dans leur structure actuelle.



Notons qu'il y a trois tranches d'année différentes en ce qui concerne l'obtention du diplôme. Deux groupes sur les trois sont un peu plus importants. Il s'agit des deux groupes aux extrêmes : les jeunes diplômés de moins de 10 ans, et les diplômés de plus de 20 ans.



En ce qui concerne le nombre d'années d'expérience dans le secteur où ils travaillent aujourd'hui, nous retrouvons un graphique semblable au précédent avec trois groupes dont deux qui ressortent un peu plus : un avec des ergothérapeutes ayant moins de 10 ans d'expérience et l'autre ayant plus de 20 ans d'expérience. Cette corrélation des deux graphiques montre que les ergothérapeutes interrogés travaillent depuis l'obtention de leur diplôme dans la même spécialisation.

Lorsqu'on interroge les ergothérapeutes sur les autres formations qu'ils auraient pu suivre en lien avec le sujet qui nous intéresse, aucun ne cite des formations spécifiques sur ce thème. La formation de base est pour un bon nombre d'entre eux un bon point de départ, tandis que pour d'autres, celle-ci ne nous forme pas assez sur ce sujet. Comme ces personnes n'ont pas fait leurs études à la même époque, peut-être faut-il y voir les signes d'une évolution de l'enseignement de l'ergothérapie en France. Néanmoins, tous se rejoignent sur l'idée que c'est surtout par les différentes expériences lors de la pratique que l'on se forme sur le sujet.

II. L'ergothérapeute face au traumatisme de la personne

Avant de commencer le travail de rééducation, l'ergothérapeute est confronté à la souffrance de la personne qu'il doit prendre en compte dans sa démarche. Il doit donc repérer où en est la personne dans sa phase d'ajustement face au traumatisme. Quelles sont les étapes de cet ajustement et comment les identifier chez le patient ?

1. L'ajustement de la personne face à son traumatisme

E7 mentionne d'emblée, qu'au-delà du traumatisme physique, il se retrouve la plupart du temps face à une personne en **souffrance** : « après une blessure quelle qu'elle soit, après un accident ou un deuil... il y a une grosse souffrance qui est là »¹. E6 rejoint E7 car pour la population avec laquelle il travaille (les blessés médullaires) « le traumatisme est quand même important et difficile à soutenir pour la plus part d'entre eux. »². E7 rajoute qu'il « essaie au mieux de tenir compte de la douleur de la personne au lieu de la minimiser, de la négliger ou de la rogner. »³

Trois ergothérapeutes (E1, E3, E5) interrogés ne citent pas explicitement la notion de résilience dans leur discours, mais tous y font référence d'une autre manière en parlant de virage, de **cap**. Ils expliquent tous que ce « cap » à franchir pour la personne dépend de plusieurs facteurs, parfois difficiles à définir, cibler et anticiper.

E3 et E5 font ressortir le facteur **temps** comme l'illustre l'exemple de E5 : « il y a des personnes qui vont mettre 6 mois, enfin 3 mois avant d'avoir envie de changer de fauteuil, il y en a, dès la première semaine qui ont envie de changer de fauteuil. »⁴.

La notion, difficilement analysable, de **personnalité** se retrouve également dans le discours de ces ergothérapeutes. En effet, E3 décrit que c'est un « cheminement qui est propre à chacun »⁵. A travers ces expériences, l'ergothérapeute a pu rencontrer des personnes qui étaient capable de « garder une dynamique et rester dans des choses positives » et d'autres qui

¹ Annexe 10, ligne 52

² Annexe 9, ligne 91

³ Annexe 10, ligne 54

⁴ Annexe 8, ligne 50

⁵ Annexe 6, ligne 437

restaient « dans l'attente d'une récupération »¹. Il souligne, au fil de la discussion, une distinction entre deux grands groupes de personnalité. Pour lui, les personnes qui restent « axées sur le faire et sur leur aspect physique » et qui « laissent peu de possibilité à vivre autrement les choses »² auront plus de difficulté à franchir le « cap », contrairement aux personnes qui étaient plus « présente dans la relation et avec un intérêt pour poursuivre ce qui est lié à la vie sociale »³.

Ces deux ergothérapeutes (E3 et E5) s'accordent aussi sur l'idée que cette capacité à dépasser le traumatisme dépend des **faits accidentels**. E5 l'explique plus en détail dans son entretien : pour lui cela dépend des circonstances de l'accident, par exemple, si c'est « un tiers qui est responsable de tout ça et du coup ben il y a la colère, et toute cette colère doit d'abord passer. »⁴. E5 attache également une importance à l'**entourage**.

Concernant le vécu du traumatisme, le **type de pathologie** rentre en compte pour E2. Pour lui il rencontre « essentiellement des butées d'épaule, des coiffes de rotateurs, donc qui n'ont pas forcément un impact important sur l'aspect physique de la personne, mais on la retrouve plus [l'atteinte de l'estime de soi] sur des pathologies rhumatismales, comme la polyarthrite rhumatoïde, où la personne voit ses mains se déformer et doit accepter à chaque fois le nouvel état de ses mains. »⁵.

La notion d'**acceptation** est abordée différemment par chacun des ergothérapeutes : E5 pense que : « c'est des années après que les gens finissent par arriver à retrouver un équilibre, enfin ça ne vient pas comme ça quoi. »⁶.

Pour E1 la personne « ne l'accepte pas vraiment ». Il décrit le travail de la personne face à son traumatisme comme étant une succession d'étapes à franchir liée à la prise en charge en ergothérapie : « quand on leur propose l'appareillage en essai, en général, ça redonne un petit peu de baume au moral. »⁷.

E4 rajoute que, pour lui « il y a souvent des chevauchements des étapes en fait : la personne est d'abord dans sa phase de révolte, après il y a la phase dépressive, mais qui arrive un peu en même temps, un peu en chevauchement, donc ce n'est pas toujours évident à

¹ Annexe 6, ligne 73 et 512

² Annexe 6, ligne 277 et 94

³ Annexe 10, ligne 70

⁴ Annexe 8, ligne 64

⁵ Annexe 5, ligne 66

⁶ Annexe 8, ligne 164

⁷ Annexe 4, ligne 42

repérer »¹.

2. Repérer les étapes du cheminement de la personne

Pour accompagner le patient dans son chemin vers l'acceptation de sa nouvelle situation, E4 dit qu'il s'agit pour lui de prendre en compte: « les comportements et puis les propos aussi, les deux étant bien souvent liés : l'infra verbal et le verbal, en général, en concordance. On se base donc sur l'observation des deux »². Tous les ergothérapeutes abordent cette notion d'**observation**. Cependant seulement quatre ergothérapeutes (E1, E2, E4, E8) abordent cette observation **infra verbale**. E2 la définit ainsi : « par son comportement on arrive parfois à flairer si le patient est en cours d'acceptation, ou en déni, à évaluer l'étape où il se situe dans son travail de deuil »³. L'ergothérapeute repère où en est la personne dans son cheminement en observant ses attitudes, ses comportements.

Pour le **verbal**, six autres ergothérapeutes (E2, E3, E5, E6, E7, E8) recourent E4. Ils se déterminent tous grâce aux propos de la personne, comme l'illustre l'exemple de E3 : « à la façon dont il parle de ce bras, on sent que ce bras l'énerve »⁴.

E6 mentionne que c'est aussi « au cours de discussions, lors des prises en charge »⁵ que l'on peut se rendre compte de la relation qu'entretient le patient avec sa nouvelle situation et l'aborder avec lui. E4 recoupe cette idée « en essayant d'amener la personne dans la discussion, en l'amenant à verbaliser aussi son vécu, soit dans le refus, soit dans la dépression, soit dans la révolte, en essayant d'aborder ces thèmes là »⁶. E7 préconise une « **attitude d'écoute** », comme E5 pour qui « la première chose c'est l'écoute et l'échange »⁷.

Par contre, E8 ajoute le fait que « c'est la personne qui apporte quelque chose dans une remarque qu'elle fait ou une attitude ». Il insiste sur le fait que « ce n'est pas moi qui aborde la question [...]. Par contre les choses peuvent venir au fur et à mesure du travail que l'on propose. Et la personne peut exprimer quelque chose par lequel effectivement je vais pouvoir essayer de rebondir, pointer avec elle ce qu'elle a à dire [...] »⁸.

¹ Annexe 7, ligne 48

² Annexe 7, ligne 58

³ Annexe 5, ligne 29

⁴ Annexe 6, ligne 25

⁵ Annexe 9, ligne 20

⁶ Annexe 7, ligne 61

⁷ Annexe 10 ligne 73 et Annexe 8, ligne 39

⁸ Annexe 11, ligne 58 et ligne 66

Deux ergothérapeutes évoquent la notion de temps comme étant un élément important. En effet, le temps permet de créer un **lien de confiance** qui est nécessaire pour arriver à échanger avec la personne. E8 le souligne en mentionnant que : « c'est plus par étapes successives, on prend en charge un patient et on l'accompagne pratiquement au jour le jour »¹.

Quatre ergothérapeutes (E6, E7, E5 et E8) mettent en avant cette relation de confiance pour que la personne puisse se confier. E5 considère que « c'est à nous d'instaurer une relation de confiance suffisante pour arriver à percevoir » car selon E8: « c'est dans le vécu de la relation que ça se passe »².

Pour E6 et E8, il y a aussi une question de « **feeling** ». On retrouve également cette notion dans le discours de E7 : « il y a une partie en l'homme que l'on a bien évincée, c'est tout ce qui est perception et tout ce que l'on sent. »³.

E5 résume ce paragraphe en déclarant que « la discussion, l'échange et la relation de confiance, ce sont vraiment des termes qui sont clés dans la prise en charge de la personne handicapée »⁴.

Cinq ergothérapeutes (E1, E2, E4, E5, E6) pensent qu'il est important de se référer aux collègues pour en savoir plus sur la personne et à quelle étape de deuil elle en est. En effet, E6 mentionne l'importance de la **discussion en équipe** « c'est en recoupant toutes les infos que l'on arrive à plus ou moins savoir » car « une personne peut se confier plus facilement à une aide soignante, ou à une infirmière, mais aussi à un kinésithérapeute ou un ergothérapeute. En fait, il y a quand même des relations différentes entre les thérapeutes et les patients. »⁵.

E4 souligne également l'intérêt de se renseigner auprès de l'équipe soignante pour en savoir plus sur le comportement social de la personne et de discuter avec les « collègues homologues professionnels ergo, soit avec les collègues pluridisciplinaires qui interviennent, soit avec le psychologue qui fait la supervision pour repérer où en est la personne. »⁶. E1 et E2 parle également du psychologue comme aide, et mentionnent aussi le psychiatre.

E3 met l'accent sur l'importance de cette pluridisciplinarité dans l'accompagnement de la personne: « on n'est pas tout seul à porter la personne par rapport à ça [son traumatisme]

¹ Annexe 11, ligne 43

² Annexe 8, ligne 49 et Annexe 11, ligne 75

³ Annexe 10, ligne 67

⁴ Annexe 8, ligne 85

⁵ Annexe 9, ligne 28 et ligne 24

⁶ Annexe 7, ligne 52

et heureusement. »¹. Cet ergothérapeute mentionne l'importance des autres professionnels, comme le psychologue ou le psychomotricien, pour le suivi psychologique de la personne. E2 s'accorde avec E3 en évoquant : « on a des psychologues et des psychiatres à portée de main, et qui peuvent effectivement intervenir auprès des patients eux-mêmes »².

E5 est, encore une fois, la seule à mentionner l'importance de l'**entourage**, car les échanges avec celui-ci peuvent permettre d'en savoir beaucoup plus sur l'avancée psychologique de la personne.

3. Difficultés rencontrées par les ergothérapeutes

Deux ergothérapeutes (E4 et E8) soulignent, cependant qu'il n'est pas si simple de repérer où en est la personne dans son cheminement. La complexité de ces situations, qui se dérobent souvent à la capacité d'analyse des ergothérapeutes, soulèvent plusieurs questions : dans quelle mesure la prise en compte de données psychologiques relève-t-elle du champ d'action de l'ergothérapeute ? La formation des ergothérapeutes en psychologie est-elle suffisante ou bien doit-elle être renforcée ? Si le travail en équipe présente un intérêt évident, les ergothérapeutes peuvent-ils se reposer uniquement sur les connaissances de leurs collègues psychologues et psychiatre ? Dans tous les cas, la difficulté exprimée par ces professionnels aguerris, incite à une réflexion sur le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge psychologique, car, incontestablement, on attend de lui une prise en charge globale de la personne.

III. L'atteinte de l'estime de soi

Quatre ergothérapeutes (E1, E2, E3 et E4) abordent la notion d'estime de soi :

E4 aborde cette notion en évoquant l'**image faussée** que peut avoir la personne sur elle-même : « c'est dans la reconnaissance qu'a la personne de son propre potentiel que c'est difficile »³. Il souligne que les personnes ont des difficultés pour s'approprier leurs performances.

E3, quant à lui, met en avant l'**image dégradante** que s'infligent certaines personnes.

¹ Annexe 6, ligne 478

² Annexe 5, ligne 242

³ Annexe 7, ligne 321

Cet ergothérapeute utilise même le mot « dévalorisation » : « elle se dévalorise en se disant qu'à son âge on ne peut plus rien attendre »¹. Il donne l'exemple d'une autre personne dont l'image de soi est atteinte du fait de ses capacités diminuées : « il était très actif et du coup l'aspect physique est très important, c'est quelqu'un qui voit tout ce qu'il ne pourra plus faire »².

E2 aborde l'atteinte de l'estime de soi par rapport à l'**image renvoyée aux autres**. La confrontation de la personne avec son entourage peut lui faire ressentir un « regard de pitié »³ comme l'illustre l'exemple de E2: « c'est la mère d'un jeune d'une vingtaine d'années qui est amputé, qui va de nouveau être omniprésente dans toutes les activités, va vouloir tout faire, et ça renvoie du coup à chaque fois son handicap à la personne. »⁴.

E2 nuance le fait que ce soit l'importance du traumatisme qui atteint l'image de soi : il s'agit plutôt d'**un vécu personnel** du traumatisme : « Alors ce n'est pas forcément proportionnel à l'importance du traumatisme ou de la dégradation physique, contrairement à ce qu'on pourrait imaginer, puisqu'il y a des gens qui subiront, d'une manière relative, bien entendu, une dégradation qui peut nous paraître minime, mais pour laquelle il y aura un impact très important justement sur l'estime de soi-même, etc. paradoxalement on a des gens qui auront une grosse dégradation physique, par exemple une amputation, une amputation d'un membre inférieur, et qui ne paraîtront pas forcément aussi mal à l'aise. »⁵. Il mentionne que le sexe joue aussi certainement : « une femme peut être aura plus tendance à s'attarder sur la dégradation de ses mains qu'un homme par exemple. »⁶.

Qu'en est-il vraiment de la question des compétences de l'ergothérapeute pour revaloriser (restaurer l'estime de soi) de la personne ?

IV. Les compétences de l'ergothérapeute pour revaloriser

Six ergothérapeutes (E2, E3, E4, E5, E6, E7) s'accordent à dire que d'aider la

¹ Annexe 6, ligne 34

² Annexe 6, ligne 117

³ Annexe 5, ligne 148

⁴ Annexe 5, ligne 149

⁵ Annexe 5, ligne 80

⁶ Annexe 5, ligne 211

personne à être revalorisé est un **axe essentiel** dans leur pratique.

E7 définit la revalorisation comme étant « la reconquête de l'estime de soi »¹. Il met en avant l'importance de reconstruire l'estime de soi après l'atteinte d'un traumatisme physique. Pour E4, revaloriser la personne : « c'est essentiel. Ce n'est pas toujours facile à faire, mais c'est effectivement essentiel pour que la personne puisse accepter et avancer dans son travail de deuil. Il faut une revalorisation et la reprise de confiance en soi. »².

E6 et E2 rejoignent E7 sur le fait que cet axe soit « capital » dans leur pratique. E6 met l'accent sur cette idée en affirmant : « une personne n'arrivera pas à se reconstruire si le traumatisme est important, qu'elle se dévalorise tout le temps et qu'elle n'a pas une bonne image d'elle-même. »³.

E6 insiste sur la nécessité de prendre en compte cette notion de revalorisation dans le secteur où il travaille: « ça fait partie du travail de l'ergothérapeute à mon sens. Si on ne se pose pas ce type de questions, je ne suis pas sûr que l'on fasse un travail de qualité. Après on n'a pas forcément des réponses aux questions que l'on se pose, en tout cas pas forcément des réponses claires, mais la remise en question fait partie de notre travail surtout en neurologie où la revalorisation et le relationnel ont une part importante de la prise en charge. Certainement autant que la rééducation pure. »⁴. Les trois autres ergothérapeutes (E3, E4, E5) qui travaillent dans le même domaine de la neurologie centrale le rejoignent sur ce sujet.

E4 compare la commodité de la profession d'ergothérapeute pour réaliser ce travail de revalorisation par rapport aux autres professions: « Pour moi, c'est évident qu'en ergothérapie, dans la mesure où l'on travaille au plus près du quotidien de la personne, par le biais d'activités, et d'activités qui ont la possibilité d'être ludiques, et choisies par la personne, on peut travailler du coup beaucoup plus facilement que certaines autres professions sur la revalorisation. »⁵.

Cependant deux ergothérapeutes (E1 et E8) ne voient pas ce travail comme l'axe à suivre, mais cette revalorisation découle pour eux de la prise en charge en ergothérapie.

En effet, E1 pense que cela passe par l'acquisition de l'indépendance de la personne, la revalorisation est donc pour lui secondaire à la reconquête de l'indépendance : « ce n'est

¹ Annexe 10, ligne 253

² Annexe 7, ligne 84

³ Annexe 9, ligne 42

⁴ Annexe 9, ligne 51

⁵ Annexe 7, ligne 91

pas un objectif principal. Il est secondaire. Donc la revalorisation passe par l'acquisition de l'indépendance. »¹.

Quant à E8, il considère que c'est par l'environnement favorable dans la relation et dans l'activité, que la personne peut se sentir valorisée : « c'est à travers l'expérience qu'on lui propose de faire, qu'elle va trouver, percevoir, non plutôt, éprouver cette façon positive de se percevoir. »².

Il rajoute que pour créer cet environnement favorable l'ergothérapeute doit :

- créer une relation de confiance car : « la personne doit se sentir respectée dans ce qu'elle vit »³.
- mettre en place une activité qui ait du sens pour la personne et qui évite la mise en échec.

V. La revalorisation de la personne en ergothérapie

1. La relation thérapeutique

Sur huit ergothérapeutes, sept mettent l'accent sur l'importance de la relation thérapeutique dans ce travail de revalorisation. Pour ces ergothérapeutes, cette **relation de confiance** est la première chose à mettre en place pour parvenir à revaloriser la personne : elle sous-tend la revalorisation.

E7 relate son expérience personnelle pour créer une relation de confiance face à la souffrance de la personne : « j'essaie au mieux de tenir compte de la douleur de la personne. Et au lieu de la minimiser ou de la négliger ou de la rogner... J'invite la personne et j'accompagne la personne pour qu'elle puisse se donner le droit à sa douleur. [...] Je vais plutôt dans son sens en disant je comprends. Et à partir de là je peux créer une relation. »⁴. E8 soutient les propos suivants qui mettent en avant l'importance de créer une relation de confiance avec la personne pour que celle-ci puisse arriver à se confier : « que la personne soit

¹ Annexe 4, ligne 84

² Annexe 11, ligne 197

³ Annexe 11, ligne 336

⁴ Annexe 10, ligne 54

en confiance et que l'on gagne sa confiance pour qu'elle arrive elle-même à déposer un peu ce qu'elle vit. »¹.

E5 met en avant l'importance de l'échange et de la relation de confiance dans l'accompagnement de la personne. Il les définit comme étant « des termes qui sont clés dans la prise en charge »². E3 mentionne aussi l'intérêt de **temps d'échanges** dans la prise en charge. Il avance aussi l'idée de pair émulation : Des temps de rencontre et d'échange sur leur vécu, entre personnes ayant des difficultés à accepter leur situation et des personnes qui ont dépassé leur traumatisme, seraient peut être pertinents selon lui pour aider la personne.

E4 souligne que cette relation de confiance va pouvoir être un moyen de revaloriser la personne si la personne ne peut pas réaliser une activité : « **Avoir l'écoute** aussi, pour pouvoir aussi revaloriser la personne pas forcément par le « faire » directement, mais déjà par la présence, et par ce qu'elle peut donner : parfois les gens ne peuvent donner autre chose que de la parole. Ils ne sont pas encore dans le « faire », et bon, eh bien il faut aussi savoir prendre ce temps-là aussi, si c'est nécessaire. »³.

Deux ergothérapeutes (E6 et E5) soulignent l'importance de la relation de confiance pour mener à bien le travail de revalorisation, car dans le secteur de la neurologie centrale dans lequel ils travaillent tous les deux l'accompagnement de la personne peut s'étendre sur plus d'un an : « Si on a pas une relation de confiance avec eux, sachant que c'est une prise en charge qui va durer longtemps, il faut dans les premiers temps outre leur permettre l'accès au contrôle d'environnement et tout ça, il va falloir instaurer une relation de confiance car c'est une prise en charge qui va durer longtemps »⁴ (E6). E6 ajoute qu'il s'agit donc de créer un « **relationnel solide** », mais celui-ci ne se mettra en place qu'avec le temps : « ça va s'instaurer progressivement au fil des semaines, au fil de la rééducation, des activités que l'on va pouvoir faire. »⁵. Pour résumer ces différents propos, je citerai E5 : « Moi j'accompagne des personnes depuis un an et demi et là maintenant je peux pousser un peu plus estime de soi/revalorisation parce que je les connais très bien, la relation de confiance est instaurée, donc on arrive à savoir jusqu'où on peut pousser la personne dans sa réflexion. »⁶.

¹ Annexe 11, ligne 79

² Annexe 8, ligne 86

³ Annexe 7, ligne 266

⁴ Annexe 9, ligne 92

⁵ Annexe 9, ligne 101

⁶ Annexe 8, ligne 593

L'importance de cette relation est également retrouvée lors de la mise en place d'activité. En effet, le travail de revalorisation par l'activité ne peut se faire qu'au travers une relation de confiance instaurée avec le patient. Cinq ergothérapeutes (E1, E3, E4, E6, E8) montrent que, par **leur présence et leur discours**, ils :

- aident la personne à restaurer l'image d'elle-même. E3 aborde la notion de progrès qu'il faut faire prendre conscience à la personne. Pour lui la personne doit arriver à: « mesurer les progrès qui ont pu être fait depuis l'arrivée et où elle en est : faire le point. C'est faire des photos d'elle-même, par rapport à un temps et un autre temps, et mesurer ce parcours là car généralement elles ont du mal à le faire aussi. Car elles se réfèrent toujours à comment elles étaient mais avant, pas par rapport à leur entrée, et puis la distance parcourue donc c'est aussi permettre ce regard là sur soi. Dire « vous voyez vous ne faisiez pas ça avant, et vous vous débrouillez toute seule pour venir etc.. » Voilà, valoriser aussi tout ce que la personne peut faire alors qu'elle ne le mesure pas elle-même. »¹. E6 aborde aussi l'importance de montrer à la personne qu'elle progresse. E7 l'aborde d'une autre manière. Le plus important pour lui c'est le regard qu'a la personne d'elle-même : il parle d' « auto-mesure » : « à chaque fois qu'il y a un effort de fait, je lui demande de ... se donner cette auto mesure, cette autosatisfaction. Personne au monde peut donner cette auto mesure que soi-même. On attend toujours que ce soit l'extérieur. Mais la première personne qui peut donner cette auto mesure c'est soi-même. »².
- aident la personne à restaurer une confiance en elle, en ses capacités. E7 parle de « reconquête de la confiance »³. Pour que la personne puisse regagner confiance en elle, trois ergothérapeutes (E1, E4, E6) mentionnent l'importance de l'attitude de l'ergothérapeute car il permet de rassurer la personne sur ses capacités. Deux ergothérapeutes (E6, E8) se rejoignent pour rajouter que cela dépend du discours que peut tenir l'ergothérapeute. En effet, E8 insiste sur l'importance des propos du professionnel pour soutenir la personne et lui faire prendre confiance en elle :

¹ Annexe 6, ligne 204

² Annexe 10, ligne 301

³ Annexe 10, ligne 313

« renvoyer que l'on peut être admiratif de l'effort, de la persévérance qu'il met pour y arriver »¹.

E4 met en avant le potentiel de la relation de confiance créée, comme pouvant être moteur pour aider la personne à s'investir dans sa prise en charge : « Je pense que la relation elle joue aussi, elle peut jouer aussi, pour être un peu un moteur, faute de l'énergie, faute de l'énergie, qui est vitale au départ quoi. »². E7 aborde aussi l'importance d'encourager la personne à se réinvestir dans des « petits actes » qui lui sont bénéfiques pour l'estime d'elle-même: « je la revalorisais, je l'encourageais à se maquiller, je l'encourageais à s'habiller avec ses vêtements personnels si elle en avait. Je pose la question en général « est ce que vous avez l'habitude de vous maquiller ? » »³.

2. La revalorisation par l'activité en ergothérapie

2.1. L'activité pour revaloriser

UNE ACTIVITE QUI METTE EN AVANT LE POTENTIEL DE LA PERSONNE...

Tous les autres ergothérapeutes abordent l'intérêt de l'activité, pour revaloriser la personne, en mettant en avant le potentiel fonctionnel du patient.

Trois ergothérapeutes (E2, E4, E6) considèrent que l'activité permet à la personne de lui prouver qu'elle est capable de faire et donc la valorise.

E2, en plus de montrer à la personne son potentiel, lui permet de prouver à l'entourage qu'elle est capable de faire: « l'activité ou l'objet créé va servir aussi de « preuve » à l'individu, auprès de l'entourage proche, et va être un moyen de valoriser son potentiel auprès de l'entourage »⁴.

Pour mettre en avant le potentiel de la personne, il s'agit donc avant tout d'éviter de la mettre en échec. E8 le souligne dans son idée de créer un environnement favorable, c'est à dire une activité qui ait du sens pour la personne mais qui ne la mette pas en échec, pour que celle-ci puisse se sentir revalorisée. Trois autres ergothérapeutes (E1, E4, E6) mettent aussi en avant cette notion dans le choix de l'activité. Deux ergothérapeutes (E1, E4) résolvent ce

¹ Annexe 11, ligne 152

² Annexe 7, ligne 245

³ Annexe 10, ligne 287

⁴ Annexe 5, ligne 137

problème en essayant d'orienter la personne vers une autre activité, ou en prenant le temps de réfléchir à la façon dont l'activité pourrait être réalisée sans mettre en échec la personne.

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, pour que la personne puisse prendre conscience de son potentiel, plusieurs ergothérapeutes cherchent aussi à mettre en avant les progrès pour revaloriser la personne.

Pour E5, le potentiel que va pouvoir déployer la personne dépend du plaisir qu'elle va éprouver à faire cette activité. Il rajoute que cela dépend également du sens que va mettre la personne à faire cette activité : « le potentiel oui, mais il va être très dépendant du plaisir et du sens qu'on met derrière parce que quelqu'un qui s'embête quand on fait une activité, je veux dire les exercices de rééducation par exemple, quels qu'ils soient, ben si la personne ça l'énerve qu'elle ne voit pas le sens qu'elle y met bah... son potentiel il en sera de toute façon amoindri. »¹.

En revanche, si ces différents aspects sont respectés (le sens et le plaisir), le fait d'être capable de faire quelque chose va être revalorisant pour la personne, comme le souligne E7 : « Dans la revalorisation, dans la reconquête de la confiance en soi, bon j'ai repris les outils classiques, les mises en situation classiques [...]. Donc là, elle a eu du plaisir de voir qu'elle est capable de faire de nouveau les choses [...]. »².

... OUI MAIS SIGNIFIANTE ET SOURCE DE PLAISIR !

○ L'activité signifiante

Sur les huit ergothérapeutes interrogés, tous attachent de l'importance à la notion d'activité signifiante. Elle est mentionnée comme étant la caractéristique principale à prendre en compte dans une activité destinée à revaloriser la personne. Cinq ergothérapeutes (E1, E4, E5, E6, E8) mettent en avant cette notion par rapport aux autres. Comme le souligne E6 : « si j'en avais une à retenir, je pense que ce serait l'activité signifiante. »³.

Deux ergothérapeutes (E1 et E4), ajoutent que le fait de réussir une activité est d'autant plus valorisant si celle-ci est signifiante pour la personne. E4 l'explique en ces termes : « puisque c'est justement le domaine qu'elle se met en priorité, là, effectivement, elle va se

¹ Annexe 8, ligne 309

² Annexe 10, ligne 312

³ Annexe 9, ligne 154

sentir revalorisée beaucoup plus. »¹.

Pour tous, cette notion de sens est indispensable dans le choix de l'activité. Car comme le souligne E5 : « si la personne n'est pas à l'initiative ou n'adhère pas à ce que l'on propose euh... ça ne marche pas. »².

Notons que quatre ergothérapeutes (E1, E3, E5, E7) rattachent cette notion aussi aux habitudes de vies antérieures de la personne et axent le choix de l'activité en fonction de ces activités.

E4 souligne l'importance de prendre en compte le sens de l'activité pour la personne, de faire en sorte qu'elle lui corresponde le mieux possible, afin d'éviter de présenter une image qui ne lui correspondrait pas, et qui participerait donc, d'une certaine manière, à son aliénation, ce qui la dévaloriserait d'autant plus. Pour éviter cela, deux ergothérapeutes (E7 et E8) mentionnent l'importance de « ne surtout pas proposer ou imposer une activité ou un exercice, sans en donner le sens. »³.

Les ergothérapeutes font référence à cette notion de sens en parlant de motivation pour la personne, d'une envie, d'un plaisir. Ils font donc un lien entre le sens porté à l'activité et le plaisir que celle-ci peut apporter. E5 relate une expérience intéressante pour illustrer cette idée : « une maman fait un gâteau pour ses enfants bah hop on va le mettre le vendredi soir parce que le weekend elle rentre et on sait que si elle fait un gâteau pour ses enfants ils pourront en manger le samedi ou le vendredi soir par exemple. »⁴. Il s'agit de proposer à la personne une activité avec un sens, un but.

E6 insiste sur l'importance d'une activité signifiante car celle-ci va permettre d'accéder à cette notion de plaisir.

- La notion de plaisir et de bien-être

Six ergothérapeutes sur huit (E3, E4, E5, E6, E7, E8), mettent en avant l'importance de cette notion de plaisir. E4 et E5 placent même cette dernière au même niveau d'importance que la notion du sens.

E7, quant à lui, met l'accent sur cette notion de plaisir comme étant un élément moteur : « alors pour moi, c'est la notion de plaisir et de bien-être... Tout part de là, on peut

¹ Annexe 7, ligne 112

² Annexe 8, ligne 76

³ Annexe 10, ligne 426

⁴ Annexe 8, ligne 260

tout faire à partir de là. Et s'il y a du plaisir, c'est un tout petit plaisir, la personne va aller chercher tout le potentiel qu'elle a. »¹.

Cependant, Le travail de deuil après le traumatisme, peut apparaître comme une limite, un obstacle à l'expérience de plaisir. C'est ainsi que E3 se prononce à ce sujet : « j'ai l'impression que quand les personnes sont dans cette difficulté-là par rapport à leur handicap c'est difficile pour elle. Je pense qu'elles ne sont pas forcément ouvertes. »². Il cite également la période dépressive comme une limite pour que les personnes accèdent à ces ressentis là.

2.2. Quelles activités proposer ?

Le choix de l'activité fait naturellement débat chez les ergothérapeutes interrogés : quelle activité choisir qui soit vraiment revalorisante pour la personne.

Contrairement à E1 par exemple qui « propose peu d'activités artisanales »³, quatre ergothérapeutes (E2, E4, E6, E7) proposent des activités artisanales, comme moyens de revalorisation. En effet pour E2 « .Ça peut être par le biais d'une activité artisanale, qui permet de mettre en évidence les potentiels, enfin les capacités fonctionnelles qui persistent, et qui permet du coup de revaloriser la personne et l'aider à mieux accepter son aspect. » et « l'activité ou l'objet créé va servir aussi de « preuve » à l'individu, auprès de l'entourage proche, et va être un moyen de valoriser son potentiel auprès de l'entourage. »⁴. E6 appuie également cette idée de « preuve » par l'objet créé : « au travers d'une production plus artisanale, on peut faire une activité menuiserie et avoir un résultat final, un objet que la personne touche et qu'elle a fait elle-même et qui est visible. »⁵. Il aborde aussi cet intérêt par rapport au facteur socioculturel suivant: « J'allais dire, en France comme partout, si on est non productif, la place dans la société est problématique. »⁶. E7 mentionne qu'il utilise ces activités manuelles occasionnellement.

E4 utilise lui-aussi des activités manuelles, mais également des activités ludiques et des jeux en groupe.

Pour E7, les activités ludiques peuvent permettre de « débrider un peu la personne, lui

¹ Annexe 10, ligne 440

² Annexe 6, ligne 418

³ Annexe 4, ligne 159

⁴ Annexe 5, ligne 99 et 137

⁵ Annexe 9, ligne 77

⁶ Annexe 9, ligne 171

donner déjà un peu de plaisir »¹ mais il ajoute que, parfois, pour que la personne s'intéresse, il y a un travail de préparation à mener : pour n'importe quel jeu, il faut d'abord connaître les règles. L'entrée dans le jeu et le plaisir qu'on en tire ne sont pas forcément immédiats et l'ergothérapeute doit aussi savoir se faire pédagogue, expliquer les règles, montrer l'intérêt du jeu, amener le patient à « entrer dans la danse »...

Trois ergothérapeutes (E1, E5, E6) mentionnent l'intérêt des activités en groupe pour revaloriser une personne. Pour eux cela permet à la personne de ne pas se sentir seule face à ses difficultés. Pour eux, le groupe permet un soutien et donne de la motivation.

Quant aux activités plus en lien avec le domaine du loisir, E6 explique qu'il peut intervenir sur la réflexion de l'accessibilité de la personne à ces activités. E6 explique que les ergothérapeutes de son établissement travaillent, si besoin, avec les autres professionnels pour adapter comme il se doit le loisir à la personne pour lui permettre d'y participer. Dans le cadre hospitalier, ils ont la possibilité d'offrir aux personnes des activités comme le char à voile ou le tire à l'arc. Pour E6 ces activités en groupe sont importantes car elles permettent de renouer un lien social : lien important qui peut permettre à la personne de se sentir revalorisée.

Qui dit plaisir ne dit pas forcément sensations fortes. Le plaisir peut également être trouvé dans l'accomplissement d'une tâche quotidienne : La majorité des ergothérapeutes (tous sauf E2 qui le mentionne implicitement, et E8) aborde l'importance d'arriver aux plus proches des habitudes de vie du patient avec des activités comme des mises en situations. E7 l'exprime ainsi : « dans la revalorisation, dans la reconquête de la confiance, bon j'ai repris les outils classiques, les mises en situation classiques, préparation de repas, courses, courses à l'extérieur pour préparer le repas »². E5 souligne l'importance des mises en situations en mentionnant que cela permet de « rendre la personne active. »³.

E7 conçoit ces mises en situations comme une mise en pratique des habitudes de vie de la personne et de ses envies, y compris des plus banales et des plus simples en apparences : « on parle là de petits plaisirs, de cet homme qui va chercher son saucisson sur le marché, le petit plaisir des courses au marché... »⁴. Il s'agit de rendre possible et accessibles ces « petits plaisirs ».

¹ Annexe 10, ligne 379

² Annexe 10, ligne 312

³ Annexe 8, ligne 255

⁴ Annexe 10, ligne 447

Pour E4, la revalorisation peut aussi passer par la mise en avant des petites activités que la personne a réalisées à domicile, évoquées lors des discussions qui reviennent sur ses journées de permissions.

Cependant, un seul ergothérapeute m'a parlé spontanément de prendre en compte les activités de loisirs de la personne pour lui permettre d'être revalorisée. Il s'agit de E3, qui m'a donné l'exemple d'une personne qui aimait beaucoup les jeux de cartes, et à qui il avait donc proposé un groupe belote. Deux ergothérapeutes (E5 et E6) sont allées en ce sens en mentionnant le sport, mais ils ont mentionné le fait que c'était-là le domaine des professeurs/éducateurs de sport d'activités physiques adaptés (APA).

Ce choix d'une activité valorisante ne se fait pas sans contraintes, car il y a une notion de choix primordial à prendre en compte, de priorité thérapeutique, qui se fait en fonction de différents facteurs, comme le mentionne E8 : « c'est rare que je fasse une activité pour euh... revaloriser, pour que la personne se sente revalorisée. [Silence] Je l'aborderai peut être plus comme ça : « qu'est ce que je peux essayer de lui proposer qui lui fasse plaisir, qui la motive et qui l'intéresse ». »¹. Ce qui nous mène à l'importance du choix de l'activité.

2.3. Le choix d'une activité capable de revaloriser une personne

La revalorisation d'une personne par l'activité est donc conditionnée par différentes caractéristiques de cette activité : son accessibilité, le potentiel qu'elle peut révéler, sa capacité à aider la personne face aux défis du quotidien, sa capacité à faire sens pour elle, sa capacité à produire du plaisir. Il faut par ailleurs considérer l'intérêt thérapeutique proprement dit et les contraintes matérielles de l'établissement où l'on exerce. Néanmoins, il faut noter que tous les ergothérapeutes interrogés s'entendent sur l'importance du sens de l'activité dans le choix de celle-ci.

Trois ergothérapeutes (E5, E7, E8) mettent en avant l'importance du choix de l'activité par la personne pour que celle-ci soit porteuse de sens. Ces ergothérapeutes avancent même l'idée que le fait de décider permet à la personne de se sentir revalorisée : son avis compte. E5 souligne la **prise de décision** comme étant « vecteur principal » dans ce travail de revalorisation. E7 la rejoint en mettant en avant que le plus important c'est : « de respecter l'endroit où est la personne, ce qui est une décision de sa part. Qu'elle voit le sens de

¹ Annexe 11, ligne 299

l'activité, mais qui est une décision de sa part. Elle peut être dans cet état d'esprit : « je vais prendre une décision, je vais décider pour moi, et ça fait du bien ». Donc en ce qui concerne la question de revalorisation, pour moi c'est le principal. »¹. E8 parle d' « espace de décision »² : l'ergothérapeute propose et la personne est actrice dans son choix.

E4 explique qu'il n'est pas toujours évident de trouver une **activité signifiante** pour la personne, mais qu'il existe des outils qui aident à la décision. Il souligne l'intérêt d'utiliser le questionnaire de Kielhofner dans ces situations. Il explique que cette évaluation rétrospective permet à la personne de faire le point sur les activités signifiantes antérieures, qui ont eu de la valeur pour elle, et de voir si elles le sont encore aujourd'hui.

Comme le souligne E4, le questionnaire de Kielhofner a également l'intérêt de permettre à la personne d'auto-évaluer ses compétences dans toutes les activités de son quotidien. C'est donc un instrument performant pour notre sujet d'étude, puisqu'il allie la question du potentiel, le besoin de répondre aux exigences du quotidien, et la nécessité de faire sens. On peut penser que la notion de plaisir découlera alors de la satisfaction des critères précédents : le plaisir naîtra de l'impression de réussite, de l'indépendance reconquise, et du sens retrouvé.

Enfin comme il a déjà été abordé précédemment, outre le fait de prendre en compte le caractère signifiant de l'activité dans le choix, plusieurs ergothérapeutes (E1, E4, E6, E8) rajoute qu'elle doit être **adaptée** aux capacités de la personne pour éviter de la mettre en échec. Il s'agit de proposer une activité qui soit à la portée du patient.

¹ Annexe 10, ligne 324

² Annexe 11, ligne 290

VI. Synthèse des résultats

Pour la majorité des professionnels interrogés, la **revalorisation** de la personne, encore nommée la « reconquête de l'estime de soi » par l'ergothérapeute 7, est l'**axe principal** à suivre dans la démarche de l'ergothérapeute. Cet axe fait partie intégrante des compétences de l'ergothérapeute. Beaucoup mentionnent cependant que c'est un **travail en équipe**, qu'ils ne sont pas seuls à soutenir la personne face à son traumatisme.

Comment s'y prennent les ergothérapeutes pour revaloriser une personne ? A cette question, tous soulignent l'importance de mettre en place une **relation de confiance** dans un premier temps. Car c'est par le biais de cette confiance que l'ergothérapeute va pouvoir, par ses attitudes et propos, revaloriser le patient. Tous mentionnent également l'intérêt de notre outil spécifique, l'**activité**, pour aider la personne à reprendre confiance en elle et à restaurer l'image d'elle-même. Ils s'entendent tous sur le fait que cette activité doit être **signifiante** pour la personne et la majorité met en avant également la **notion de plaisir** dans l'activité.

Dans le choix de l'activité, on retrouve l'importance du sens de celle-ci. Pour que cette activité soit signifiante pour la personne, il s'agit pour eux de la **laisser décider**. Ainsi est-elle autonome dans ses décisions, ce qui est un biais pour la revaloriser car le fait de la laisser maîtresse de ses choix lui permet aussi de se sentir active, partie prenante de son cheminement, revalorisée. L'ergothérapeute propose l'activité et laisse la personne être actrice. Il s'agit en revanche de proposer une **activité adaptée** pour éviter de mettre la personne en échec ce qui pourrait être très dévalorisant.

Suite à cette investigation auprès d'ergothérapeutes travaillant dans des domaines variés concernant le traumatisme physique acquis, j'ai pu valider mon hypothèse selon laquelle la mise en place d'une activité signifiante pour la personne lui permet d'être revalorisée et donc de l'aider à s'adapter à cette nouvelle situation.

DISCUSSION

Suite à mon travail bibliographique et ma phase exploratoire, j'ai pu mettre en évidence l'utilité de l'activité signifiante pour revaloriser la personne atteinte d'un traumatisme physique acquis, l'activité l'aidant à faire face à cette nouvelle vie.

En effet, lors de mes entretiens, la totalité des ergothérapeutes interrogés a appuyé mon hypothèse. Ceux-ci ont même exprimé de façon explicite des idées développées dans ma partie théorique. Ma réflexion personnelle et ma recherche exploratrice ont validé cette hypothèse de départ. Ce travail a également permis d'enrichir ma réflexion : car, même si je suis partie de ce qui pouvait sembler une évidence, il n'empêche que, à la suite de ce travail d'investigation, plusieurs notions importantes viennent nuancer cette hypothèse, pourtant soutenue et argumentée par ma partie théorique.

I. Que signifie le terme « sens » ?

La difficulté rencontrée dans notre profession, qui a été mentionnée lors des entretiens, est de concilier tout ce qui est de l'ordre du projet de soin, c'est à dire notre démarche de rééducation et réadaptation, et l'importance de laisser la personne active dans cette prise en charge. Ce deuxième point est pourtant nécessaire pour parvenir à aider la personne à restructurer l'estime d'elle-même. L'activité signifiante est donc un moyen que peut mettre en place l'ergothérapeute pour parvenir à revaloriser la personne et donc l'aider dans son cheminement et parvenir à retrouver un nouvel équilibre identitaire. Les résultats obtenus par les professionnels soucieux de recourir à une activité signifiante rejoignent les différents concepts abordés dans ma partie théorique, qui souligne l'intérêt de l'activité pour revaloriser une personne, comme le mentionnent André C. et Lelord F. (2002). Pibarot I. ajoute le fait que cette activité doit être signifiante pour la personne afin d'être thérapeutique. Csikszentmihalyi M. le rejoint avec la théorie du *flow* : l'investissement dans une activité signifiante permet à la personne d'atteindre un sentiment d'autosatisfaction et donc de restructurer l'estime de soi.

Même si ma recherche théorique et les résultats de ma partie exploratrice corroborent mon hypothèse, les entretiens menés avec les ergothérapeutes ont permis de soulever d'autres notions à prendre en compte sur ce sujet.

Le rôle de l'ergothérapeute est d'identifier ou construire un contexte personnel dans lequel la personne va pouvoir se retrouver et donner du sens à l'activité.

L'ergothérapeute 5 démontre, par exemple, que le fait de savoir quelle activité est porteuse de sens pour la personne est indispensable mais non suffisant. Il s'agit de prendre en compte le contexte dans laquelle celle-ci doit être réalisée pour que celle-ci ait du sens. L'exemple qu'il donne concerne une femme pour qui le fait de se laver peut-être porteur : non pas dans le fait de pouvoir se laver seule, le fait d'être indépendante lors de cette activité n'est pas ce qui lui importe. Pour cette femme, le plus important lors de ce moment, c'est de pouvoir passer trois quart d'heures sous la douche et se ménager ainsi un moment de plaisir. L'ergothérapeute 5 ajoute qu'une évaluation comme la grille de Kielhofner ne serait pas suffisante pour prendre en compte cet aspect. Il s'agit pour lui d'arriver à créer un lien de confiance suffisamment important pour lui donner la possibilité de faire part de ce qu'elle aimerait réaliser, pour respecter au mieux ses attentes et ses désirs, afin de lui permettre de restructurer son identité. Il s'agit donc bien de prendre en compte le contexte dans lequel l'activité est porteuse de sens, en plus du sens personnel de celle-ci.

On peut également, dans notre prise en charge, chercher quel contexte pourrait permettre à la personne de prendre plaisir dans l'activité et se sentir revalorisée. L'ergothérapeute 5 donne un autre exemple et raconte un travail de mise en situation cuisine avec une mère de famille. Il montre que cette activité a été revalorisante mais dans un contexte particulier. En effet, il lui a proposé de réaliser un gâteau le vendredi sachant que cette femme rentrait en permission le weekend, ce qui a pu lui permettre de faire le gâteau pour ses enfants qu'elle allait retrouver. Cela a pu permettre à cette femme de reconquérir son rôle de mère. Le fait de mettre en place un contexte dans la réalisation de l'activité permet de rendre cette activité signifiante et donc revalorisante.

Pour d'autres personnes, comme le mentionne l'ergothérapeute 3, il s'agira de pouvoir réaliser seule l'activité : ce qui a du sens et qui les revalorise c'est le fait d'être capable de réaliser l'activité seule.

Il s'agit donc plutôt de comprendre ce qui porte sens dans l'activité pour la personne :

Est-ce le fait de la réaliser seule, c'est-à-dire être indépendante dans la réalisation de celle-ci, ou plutôt le fait d'être autonome dans ses choix et dans la manière dont cette activité doit être réalisée ? Dans ces deux cas, comme on l'a vu pour trois ergothérapeutes, l'important c'est de laisser la possibilité à la personne d'être maîtresse de la réalisation des activités qui sont porteuses de sens pour elle, la laisser décider sur le choix de l'activité. Cet aspect, que l'on peut expérimenter davantage dans le domaine de la réadaptation, est confronté à des limites mentionnées ci-après. Et pour concilier cette volonté de libre choix avec notre démarche plus rééducative, plusieurs ergothérapeutes proposent de prendre le temps d'expliquer à la personne l'intérêt des différentes activités que l'on peut lui offrir et lui laisser ensuite la possibilité de choisir.

Le contexte socioculturel a également été mis en évidence dans cette investigation. L'ergothérapeute 6 soulève cette notion. Pour lui la société dans laquelle on vit influe aussi sur le sens que l'on peut porter à l'activité : « *En France [...] si on est pas productif, la place dans la société est problématique.* »¹. Cette phrase pourrait peut-être être contestée mais ce n'est pas le sujet de mon propos. Il s'agit juste d'une constatation qui nous invite à prendre en compte cette influence dans notre démarche professionnelle : il s'agit de recourir à des activités porteuses de sens dans notre société, tout en étant vigilant à l'histoire de chaque patient : le sens que nous attribuons nous-mêmes à certaines activités ne rejoint pas toujours la conception que s'en font des personnes issues d'un contexte socioculturel différent.

II. Prendre en considération la subjectivité de la personne

Un premier paramètre à prendre en compte c'est le cheminement personnel de la personne concernant son **travail de deuil**. En effet, celui-ci peut être un frein au travail de rééducation et réadaptation. Comme le mentionne l'ergothérapeute 4, la personne peut être dans un état de dépression qui ne lui permet pas de s'investir dans une activité. Dans ces circonstances, la place de la relation thérapeutique de l'ergothérapeute est primordiale. Comme le mentionne Balmelle B. dans son article, « *la fonction de relation devient un soutien*

¹ Annexe 9, ligne 171

psychologique ».

Un deuxième point qui a été soulevé pendant les entretiens menés concerne le passage d'une attente illusoire de récupération complète à une réadaptation dans les activités significatives par la mise en place de compensations. Ces entretiens m'ont donc menée à une réflexion sur ce sujet et j'ai effectué des recherches. Une étude a mis en avant l'importance de la subjectivité de la personne dans son « *processus d'adaptation à la situation de handicap* » (Khomiakoff R. et al, 2009). Les situations de limitations ou de contraintes liées au handicap sont vécues et surtout ressenties très différemment d'un sujet à l'autre. Trois ergothérapeutes mentionnent cette difficulté rencontrée pour certains patients à franchir le « cap » qui permet de passer d'un espoir de récupération à l'aide apportée par la compensation. Or l'avancement de la personne dans son travail de deuil est nécessaire pour qu'elle puisse s'investir dans ce travail de réadaptation. Comme il a été abordé dans ma partie théorique, Hamonet parle de « *processus d'adaptation à la situation de handicap* » (Hamonet C. cité par Khomiakoff R et al, 2009). Suivant l'individu, le processus d'adaptation va être plus ou moins long. Il s'agit donc de le prendre en compte dans notre pratique, car confronter la personne à l'idée que l'on envisage une « simple » réadaptation (mise en place de compensation à défaut de récupération) peut être quelque chose de très difficile à accepter pour elle.

Paradoxalement, la présentation d'une adaptation de l'activité peut parfois se révéler comme un élément déclencheur du processus de changement pour la personne : l'ergothérapeute 1 qui suit des personnes amputées mentionne leur intérêt et le fait que les adaptations sont la plupart du temps bien amenées : « *Quand on leur propose l'appareillage en essai, en général ça redonne un petit peu de baume au moral.* »¹. Dès lors, on peut se poser la question suivante : la perte du membre, et donc son absence, permet-il plus facilement le déclenchement du processus d'adaptation au handicap, contrairement aux pathologies neurologiques où le membre atteint est toujours présent ? On peut penser en effet que le processus de changement est peut être plus difficile à accepter lorsque les personnes souhaitent retrouver la fonction perdue d'un membre toujours présent ?

Au fil de la discussion avec l'ergothérapeute, une autre réflexion a été développée sur le processus d'adaptation : ce dernier dépend aussi de la **nature des centres d'intérêt** de la

¹ Annexe 4, ligne 42

personne. En effet, il a remarqué que certaines personnes veulent absolument retrouver leur capacité à réaliser seules leurs habitudes de vie antérieures, qui étaient liées à leur quotidien ou leurs activités professionnelles et qui donnaient sens à leur vie. En les comparant à d'autres personnes qui, dans leurs centres d'intérêt, privilégiaient davantage l'idée de renouer un contact social, à défaut de pouvoir retrouver une indépendance dans des activités qui demandent le « faire », l'ergothérapeute s'est rendu compte que les personnes moins axées sur la recherche d'indépendance ont plus de facilités à s'adapter à la situation, et que les activités apportant du sens dans leur vie sont plus facilement adaptables à leur nouvel état. Il prend l'exemple de deux personnes âgées l'une pour qui il était indispensable de renouer avec les tâches quotidiennes et l'autre pour qui l'essentiel était de retrouver ses amis pour jouer aux cartes : la deuxième personne a donc plus facilement vécu sa vie.

III. Les limites

Nous avons donc vu l'importance de prendre en compte tout ce qui a trait à la subjectivité de la personne, son vécu de la situation, et les paramètres importants qu'il faut prendre en compte pour qu'une activité soit signifiante : le contexte personnel et le contexte socioculturel. Or, la prise en compte de ces notions dans nos prises en charge est gênée par d'autres paramètres qui entrent en jeu.

1. Le cadre institutionnel

Cette donnée a été essentiellement abordée par l'ergothérapeute 5. Pour lui, la place que donnent l'institut et l'équipe pluridisciplinaire à la personne, a une répercussion non négligeable sur son vécu de la situation. Il mentionne l'importance de mettre la « personne » au centre du projet de soin, de prendre en compte l'individu, sans quoi cela peut être néfaste au niveau de l'estime de la personne. Il s'agit de prendre en compte au mieux les habitudes de vie de la personne et de lui demander son avis pendant son suivi. Or le manque de personnel, le manque de temps ne permettent pas toujours de respecter ces aspects là, qui sont pourtant primordiaux pour l'aider dans son processus d'adaptation au handicap.

Il illustre son propos : il explique, par exemple, qu'une personne qu'on n'aura pas le temps d'épiler verra s'accroître l'image négative qu'elle peut déjà avoir d'elle-même, ce qui la dévalorise. Pour lui, certes, la personne va avoir une moins bonne estime d'elle-même après

le traumatisme, c'est presque inévitable, mais il ne faut pas oublier que l'institution peut aussi amplifier ce sentiment. Il insiste donc sur l'importance de mettre la personne au centre de nos démarches professionnelles respectives.

2. Les moyens

La majorité des ergothérapeutes ont mentionné le défaut de moyens. Il n'est pas évident pour eux de trouver l'activité signifiante qui permettra de revaloriser la personne car ils n'ont pas les moyens de proposer toutes les activités ! Et les activités proposées ne sont peut être pas assez « écologiques¹ », même si la plupart d'entre eux reconnaissent qu'ils ont un appartement thérapeutique permettant de s'en rapprocher.

L'ergothérapeute 6 mentionne aussi le défaut de moyens au niveau du temps. Pendant les prises en charge, la mise en place d'une activité qui peut être signifiante pour la personne peut parfois ne pas être réalisable faute de temps.

Dans son écrit, Morel-Bracq M.-C. parle de cette notion de restriction de participation à l'intérieur d'une institution. Elle met en avant la manière dont d'autres pays finissent par travailler : « *Dès à présent en Suède, les ergothérapeutes n'interviennent plus guère dans les hôpitaux, leur travail s'effectue essentiellement dans le cadre de la réinsertion dans le milieu ordinaire de vie. L'analyse de l'activité doit donc se faire en contexte, avec l'entourage et selon le projet de vie des personnes concernées par le handicap.* » (Morel-Bracq M.-C., 2006b). En France des services d'accompagnement tel que le SAMSAH² et SAVS³, permettent de se rapprocher de cette perspective de fonctionnement.

¹ Ecologique= lié au cadre de vie de la personne.

² SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

³ SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Conclusion

Je me suis rendu compte par ce mémoire de l'importance d'une approche globale de la personne en ergothérapie. Il faut bien prendre en compte le vécu de la situation par le patient, car son mal-être psychologique peut mener à une restriction de participation.

Partant de ce postulat que l'approche en ergothérapie est une approche globale de la personne et que celle-ci doit donc prendre en compte l'impact psychologique qu'une telle atteinte peut poser, je me suis donc posé la question suivante : comment l'ergothérapeute peut-il parvenir à aider une personne, ayant subi un traumatisme physique, dans son processus d'adaptation psychologique à cette situation ? J'ai avancé l'hypothèse suivante: l'ergothérapeute, par la mise en place d'une activité signifiante permettant de revaloriser la personne, va aider cette dernière à avancer dans son cheminement pour accepter la situation.

Au fur et à mesure de mes recherches je me suis aperçue que mon hypothèse était validée, mais que de nouvelles données, auxquelles je n'avais pas pensé, se superposaient et élargissaient le champ de cette réflexion.

La relation thérapeutique a été abordée par tous les ergothérapeutes interrogés sur ce sujet. Il est important que l'ergothérapeute fasse preuve d'écoute, d'échange et d'empathie pour comprendre au mieux le point de vue de la personne.

Plusieurs limites, comme le manque de moyens en institution, ou l'institution en elle-même, empêchent d'aller au plus proche de ce qui permettrait à la personne de se sentir revalorisée.

De plus, déterminer quelles activités seront porteuses de sens n'est pas évident. Pendant mes entretiens, l'idée d'utiliser la grille de Kielhofner G. a été avancée. Or quelques nuances sont apportées, par les ergothérapeutes interrogés, sur l'apport de cette évaluation :

- Selon l'ergothérapeute 5, cet outil ne permet pas de prendre en compte le contexte de l'activité, qui permettrait à la personne de trouver du sens à la réaliser.
- Selon l'ergothérapeute 3, la grille se base sur les activités liées aux habitudes de vie antérieures, or certaines personnes se sentiront

dévalorisées si elles ne réalisent pas l'activité de la même manière qu'avant.

Une autre nécessité a été mise en évidence pendant mon travail de recherche : il s'agit également de prendre en compte la subjectivité de la personne dans notre démarche. En effet, cette notion est très importante à prendre en considération pour comprendre au mieux la personne : où elle en est dans son cheminement, quelle activité ou contexte de l'activité lui permettrait de se sentir le mieux possible dans cette situation qui l'a blessée. Comme le mentionne Marie Anaud, *« il s'agit de prendre en compte le fait que les nécessités, les difficultés et les attentes de chaque personne sont distinctes et singulières, tout comme le sont les ressources auxquelles elle pourra faire appel pour se construire et avancer dans sa trajectoire de vie. »*.

J'ai donc voulu en savoir plus sur la notion de subjectivité. J'ai trouvé un article répondant en partie à mes questions. Selon Hamonet C., il est important de ne pas oublier la notion de subjectivité dans notre pratique pour ne pas se fier qu'à nos normes culturelles (Hamonet G. cité par Khomiakoff R. et al, 2009). En effet, comme je l'ai avancé précédemment, le vécu de chaque personne et l'interprétation que celle-ci peut donner à une activité peuvent être complètement différents d'une personne à l'autre. De Jouvencel M. souligne même que : *« On ne peut pas mettre en place et évaluer correctement une réadaptation si on ne tient pas compte de l'interprétation et du ressenti par la personne handicapée des événements qu'elle vit dans un contexte de handicap. »* (DE JOUVENCEL M. et al, 2007).

Une question m'est venue à ce sujet : De quelles manières l'ergothérapeute peut-il se rapprocher aux mieux de la subjectivité de la personne ? Comment est-il donc possible de prendre en compte le vécu de la personne et de percevoir où elle en est dans son processus d'adaptation à la situation, notion importante à prendre en compte dans notre démarche ?

En ce qui concerne l'analyse de la subjectivité, Hamonet G. a avancé un Système d'Identification et de Mesure du Handicap (SIMH) qui permet d'avoir le point de vue de la personne sur sa situation de handicap. Cela permet aussi de nous aider à être au plus proche du chemin de la personne dans son processus d'adaptation psychologique au traumatisme. Un outil d'évaluation a été élaboré à partir de cette réflexion : « handitest ». Cette évaluation permet de dépasser l'approche seulement objective des praticiens et prendre en compte tout le versant subjectif qui permet d'adapter leur démarche auprès du patient en fonction de ce que celui-ci leur exprime, pour aller dans le sens d'une démarche de prise en charge plus globale de la personne et donc de plus grande qualité. (Khomiakoff R. et al, 2009).

En même temps serait-il pertinent d'utiliser un tel outil dans notre champ d'activité ? Une telle évaluation rentre-t-elle dans le champ de compétences de l'ergothérapeute ? Il pourrait cependant être intéressant d'y parvenir, dans l'optique d'une prise en charge globale de nos patients en ergothérapie. Se pose alors une question déontologique: Jusqu'où l'ergothérapeute peut-il s'immiscer dans le vécu de la personne ? Où s'arrête sa tâche ou commence celle du psychologue ?

Bibliographie

- ANAUT M. (2005a). *La résilience, surmonter les traumatismes*, Editions Armand Colin, pp. 50-90.
- ANAUT M. (2005b). *Regards sur la résilience et la singularité des situations de handicap*, Reliance, n°16, pp. 13-15.
- ANDRE C. et LELORD F. (2002). *L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres*, Editions Odile Jacob, Paris, pp. 11-26 ; 254-291.
- BALMELLE G. (1989). Handicap et travail de deuil, in *Expériences en ergothérapie*, Editions Masson, Paris, n°2, pp. 166-121.
- BODIN J.-F. (2003). La main dans le chapeau, Hand in cap, in *ErgOTHérapies*, ANFE, n°11, pp. 5-10.
- BOTOKRO R. (2006). A travers ses lieux d'exercices et modèles de pratiques, une histoire de l'ergothérapie pour poser les bases de son épistémologie, in *ErgOTHérapies*, ANFE, n°21, pp. 5-13.
- CHERON V., SOLDANO A. (1990). L'ergothérapie, *Journal d'ergothérapie*, Editions Masson, Tome 12, n°2.
- CURNILLON B. (2001). Le changement vers l'autonomie, in *ErgOTHérapies*, ANFE, n°4, pp. 5-13.
- COROIR C. et SORDES-ADER F. (2001). Echelle toulousaine évaluation estime de soi, questionnaire d'image du corps, revue *Handicap, revue sciences humaines et sociales*, n°89, pp. 47.
- DE JOUVENCEL M., HAMONET C., MAGALHAES T. (2007). Psychologie — Subjectivité — Accident vasculaire cérébral (AVC). La subjectivité : la dimension à ne pas oublier dans la réadaptation de l'hémiplégique, *Journal de*

Réadaptation Médicale, Elsevier Masson, n° 4, pp. 128-132 :

- GUIHENEUF M. (2005). Stimulations sensorielles et communication, mémoire. In *Ergothérapies*, ANFE, n°18, pp. 5-22.
- HALL L. (1997). *L'estime de soi, un bien précieux*, Souffle D'or Eds.
- HAMONET C. (1997). Situations handicapantes, désavantages et évaluation du handicap, in *Journal d'ergothérapie*, vol 19, n°3, Editions Masson, Paris, pp. 113-118.
- HAULOT B. (2009). Je veux mourir, j'ai envie d'aider, in *ErgOTHérapies*, ANFE, n°35, pp. 47-55.
- KHOMIAKOFF R., CZTERNATSY G., VANDROMME L. (2009). L'acceptation des aides techniques robotisées par la personne en situation de handicap moteur : une approche psychologique, in *Journal de réadaptation médicale*, Elsevier Masson, n°29, pp. 51-58.
- MARGOT-CATTIN P. (2007) Et si le handicap n'existait pas ? Réflexions philosophico-socio-ethnologique autour de la définition du handicap et ses représentations sociales. *Expériences en ergothérapie*, 20ème série, Editions Masson, Paris, pp 11-21.
- MARGOT-CATTIN I., MARGOT-CATTIN P. (2005). Ergothérapie: profession pivot d'un réseau de compétences pour la qualité de la vie le bien-être du « client », in *Expériences en ergothérapie*, 18ème série, n°11, Editions Sauramps Médical, Montpellier, pp 143-147.
- MEYER S. (2005) L'élaboration d'une terminologie consensuelle en ergothérapie, *ErgOTHérapies*, ANFE, n° 19, septembre, p.11-16
- MEYER S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Editions Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogique (EESP) – Lausanne, pp. 31-38.

- MOREL-BRACQ M.-C. (2001). Activité et qualité de vie, la théorie du flow, in *ErgOthérapies*, n°4, pp. 19-25.
- MOREL-BRACQ M.-C. (2006), Quelle place peut prendre la problématisation et en particulier la construction du problème dans la formation à l'analyse d'activité en ergothérapie, en relation avec l'analyse de pratique ?, Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie, Mémoire de recherche mention Sciences de l'éducation.
- MOREL-BRACQ M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Arcueil, ANFE.
- PIBAROT I. (1999). Ne dites pas à ma mère que j'ergonne, elle croit que je travaille, in *Journal d'ergothérapie*, Editions Masson, Paris, vol 21, n°4, pp. 200-204.
- VILLE I. et RAVAUD J-F, (1994). Représentations de soi et traitement social du handicap. L'intérêt d'une approche socio-constructiviste, in *Sciences sociales et santé*, Editions Persée, Volume 12, n° 12-1, pp. 7-30.
- SAINT PAUL (DE) J. (1999). *Estime de soi, Confiance en soi*. InterEditions, Paris, 95-100 pp.

WEBOGRAPHIE

ANFE (consulté le 25/01/2011) : www.anfe.fr

ASPH, Handicap et résilience (consulté le 01/02/2011) :

www.asph.be/NR/rdonlyres/47A1EDAE-7C4A-4BA1-B891-DA0B5D3C16D6/0/ASPH200933Handicapetresilience.pdf

Universalis (consulté le 10/02/2011) : www.universalis.fr/encyclopedie/insight-psychologie/

Interview Cyrulnik B, la résilience (consulté le 17/02/2011) :

www.youtube.com/watch?v=3kugoEI0-JU

Interview Cyrulnik B. sur "Les personnes normales" (consulté le 17/02/2011) :

www.dailymotion.com/video/xgfifs_entretien-de-boris-cyrulnik-sur-les-personnes-normales_shortfilms

Annexes

ANNEXE I	I
ANNEXE II	II
ANNEXE III	IV
ANNEXE IV	V
ANNEXE V	XI
ANNEXE VI	XVIII
ANNEXE VII	XXXIII
ANNEXE VIII	XLVII
ANNEXE IX	LXIV
ANNEXE X	LXXIII
ANNEXE XI	LXXXVIII

Annexe I

Fable des « casseurs de cailloux »

(Citée par Boris Cyrulnik)

En se rendant à Chartres, un voyageur voit sur le bord de la route un homme qui casse des cailloux à grands coups de maillet. Son visage exprime le malheur et ses gestes la rage.

Le voyageur demande :

« Monsieur que faites vous ? »

« Vous voyez bien, lui répond l'homme, je n'ai trouvé que ce métier stupide et douloureux. »

Un peu plus loin, le voyageur aperçoit un autre homme qui lui casse des cailloux, mais son visage est calme et ses gestes harmonieux.

« Que faites-vous Monsieur ? », lui demande le voyageur.

« Eh bien, je gagne ma vie grâce à ce métier fatigant, mais qui a l'avantage d'être en plein air », lui répond-il.

Plus loin un troisième casseur de cailloux irradie de bonheur. Il sourit en abattant la masse et regarde avec plaisir les éclats de pierre. « Que faites-vous ? » lui demande le voyageur.

« Moi, répond cet homme, je bâtis une cathédrale ! »

Boris Cyrulnik cité par : ANAUD M. (2005b). Regards sur la résilience et la singularité des situations de handicap, in Reliance, n°16, pp. 13-15.

Annexe II

QUESTIONNAIRE AUPRES D'ERGOTHERAPEUTES REFLEXION SUR LA PRATIQUE EN ERGOTHERAPIE

Ergothérapeute:

- 1) Dans quel type de structure travaillez-vous ?
- 2) Auprès de quels patients ?
- 3) Depuis combien de temps ?
- 4) Est-ce que vous êtes en capacité de repérer dans votre pratique les différents moyens mis en place par la personne pour faire face à son traumatisme ? Comment arrivez-vous à cerner où en est la personne dans son « cheminement », dans l'acceptation de son handicap ?
- 5) Connaissez-vous les termes de « coping » ou de « résilience » ? Qu'est ce que ces termes évoquent pour vous ?
- 6) Pour vous, la prise en charge des personnes présentant un traumatisme physique, rencontrées dans votre service, doit-elle passer par une revalorisation de soi ?
- 7) Vous êtes-vous déjà questionné sur les compétences de l'ergothérapeute par rapport à la revalorisation ?
- 8) Intervenez-vous auprès de la personne pour la revaloriser?

Si oui, par quels moyens y parvenez-vous ?

Si non, voyez-vous un intérêt à aborder la notion de revalorisation et à la prendre en compte dans votre pratique ?
- 9) Utilisez-vous l'activité comme moyen de revalorisation ?

10) Quelles « caractéristiques » de l'activité pensez-vous être nécessaires pour que celle-ci soit valorisante pour la personne ? L'activité doit par exemple pour la personne :

- Satisfaire des besoins
- Etre notion de plaisir et de bien-être
- Rétablir un lien social
- Mettre en avant le potentiel fonctionnel de la personne
- Etre une activité signifiante
- Autres...

11) Rencontrez-vous des difficultés dans votre pratique à proposer des activités en lien avec les caractéristiques citées précédemment ?

12) Quels types d'activités pouvez-vous proposer à la personne dans l'objectif de la revaloriser ?

13) Vous appuyez-vous sur des modèles théoriques pour aborder cette notion de revalorisation dans vos prises en charge tels que les modèles de Kielhofner, de Rosemary Hagedorn, la théorie du flow ou d'autres ?

14) Pour vous, est ce que le cursus de formation initiale est suffisant concernant la pratique de l'ergothérapeute concernant l'impact psychologique d'un traumatisme physique ? Si non, quels éléments manqueraient-ils selon vous à la formation ?

15) Avez-vous réalisé d'autres formations qui vous aident dans votre pratique par rapport à ce sujet de revalorisation auprès de la personne ?

16) Avez-vous dans votre pratique professionnelle la possibilité, par d'autres manières (analyse de la pratique en équipe, supervision...), de vous questionner sur vos prises en charge en lien avec cette notion de revalorisation ?

17) Avez-vous quelque chose à ajouter ?

MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE REpondre A MON QUESTIONNAIRE.

III

Annexe III

GRILLE D'ANALYSE

<u>Ergo</u>	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
<u>Thème</u>								
Secteur, années d'expérience, année du diplôme								
Formation								
Ajustement <ul style="list-style-type: none"> - Résilience - Le travail de deuil 								
Estime de soi <ul style="list-style-type: none"> - Image de soi - Confiance en soi - Amour de soi 								
Compétences de l'ergothérapeute pour revaloriser								
Revalorisation <ul style="list-style-type: none"> - Par l'activité - autres 								
Activité revalorisante <ul style="list-style-type: none"> - besoin - bien-être, plaisir - lien social - potentiel mis en avant - signifiante 								
Difficultés rencontrés qui limite ce travail de revalorisation								
Les modèles et théories en ergothérapie								
Relation thérapeutique								
Autres								

Annexe IV

- 1
- 2 Entretien numéro 1 : Ergothérapeute numéro 1
- 3
- 4 **Flora Schindele (FS) : Bonjour.**
- 5 **Ergothérapeute n°1 (E1) : Bonjour.**
- 6 **FS : Dans quel type de structure travaillez-vous ?**
- 7 **E1 : Alors c'est un CMCR, centre médico-chirurgical de**
- 8 **réadaptation, donc c'est un centre de réadaptation et de rééducation.**
- 9 **Je travaille dans un service de prise en charge des amputés qui est**
- 10 **une spécialité de l'orthopédie.**
- 11 **FS : D'accord, est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus sur**
- 12 **ces patients que vous rencontrez donc amputés ?**
- 13 **E1 : Donc on a majoritairement des amputés de membres inférieurs,**
- 14 **c'est à peu près 85% de notre population, 90% de la population. La**
- 15 **moyenne d'âge actuellement doit tourner autour de 63 ans. On a une**
- 16 **durée de moyenne de séjour qui est d'environ 36 jours, si je me**
- 17 **souviens bien mais c'est pondéré avec les week-ends thérapeutiques.**
- 18 **Donc les gens restent en général autour de 3-4 mois, ils viennent**
- 19 **pour euh cicatrisation ou rééducation, apprentissage de la marche**
- 20 **appareillée. Et donc on a 80% de la population qui est diabétique**
- 21 **artérielle, des patients qui viennent pour amputations suite à ces**
- 22 **troubles là. Euh après on a à peu près autant d'amputés de jambes**
- 23 **que d'amputés de cuisse. Sur les amputés de membre supérieur on a,**
- 24 **à peu près, autant d'amputés d'avant bras que de bras. Et**
- 25 **indifféremment entre les côtés dominant ou non dominant, c'est à peu**
- 26 **près pareil.**
- 27 **FS : Depuis combien de temps vous travaillez dans ce service ?**
- 28 **E1 : Je travaille dans ce service depuis septembre 2004. Ça fait 6**
- 29 **ans.**
- 30 **FS : Donc par rapport à vos patients, est-ce que vous arrivez à**
- 31 **cerner, dans votre pratique, où en est la personne dans son**
- 32 **cheminement ou dans l'acceptation de son handicap ? Comment**
- 33 **vous y arrivez ?**
- 34 **E1 : Alors euh on repère souvent à l'entrée, les gens viennent juste**
- 35 **après l'amputation, dans les 2-3 jours parfois une semaine après**
- 36 **l'amputation. Souvent on voit chez eux une certaine euphorie surtout**
- 37 **pour les gens les plus jeunes où ils se disent qu'ils vont pouvoir**

38 *refaire les choses comme avant. Donc assez rapidement surtout après*
39 *les premiers levés, où ils se rendent compte qu'ils ont perdus*
40 *beaucoup de force et compagnie, ils se rendent compte de leurs*
41 *difficultés, donc là en général ils ont une phase un petit peu plus*
42 *dépressive qui peut durer quelques semaines. Quand on leur propose*
43 *l'appareillage en essai, en général ça redonne un petit peu de baume*
44 *au moral et ensuite on les voit évoluer d'une façon aléatoire, il y*
45 *a des hauts et des bas par rapport aux différentes épreuves qu'ils*
46 *peuvent rencontrer pendant leur séjour. C'est-à-dire plus on*
47 *s'approche du départ plus ils angoissent du retour. Après une fois*
48 *qu'ils sont rentrés chez eux on les revoit en consultation donc là ils*
49 *sont confrontés aux problèmes de la vie courante, donc ça peut poser*
50 *parfois un peu de déprime. Et il y a une autre étape aussi pour les*
51 *plus jeunes, c'est la reprise du travail qui peut être un sujet un peu*
52 *angoissant pour certains. Donc là, à nouveau, on peut avoir un coup*
53 *de déprime et par rapport à l'acceptation du handicap euh je ne suis*
54 *pas sûr que ça se fasse vraiment un jour, donc je ne peux pas te*
55 *donner la date. Parce que je ne pense pas qu'on puisse accepter de*
56 *perdre un membre, vraiment, on fait avec, voilà, on ne l'accepte pas*

57 *vraiment.*

58 **FS : D'accord. Est-ce que vous connaissez les termes de**

59 **« coping » ou de « résilience » ?**

60 **E1 : Résilience oui. Le coping non.**

61 **FS : Est-ce que du coup la résilience vous pouvez me dire ce que**

62 **ça évoque pour vous ?**

63 **E1 : Alors euh pour moi la résilience, il me semble que c'est**

64 **l'acceptation du traumatisme et du coup pouvoir se donner l'énergie**

65 **pour avancer. Oui il me semble que c'est ça.**

66 **FS : D'accord. Pour vous la prise en charge en ergothérapie des**

67 **personnes présentant un traumatisme physique, que vous**

68 **rencontrez dans votre service, doit-elle passer par une**

69 **revalorisation de soi ?**

70 **E1 : Euh... Je pense que la revalorisation de soi se fait à long terme**

71 **pendant toute la prise en charge. Parce que la revalorisation passe**

72 **par l'acquisition de nouveaux actes qu'ils avaient perdu, donc ça**

73 **commence surtout en kinésithérapie, où ils reprennent une bonne**

74 **condition physique et ils améliorent leurs capacités, et la**

75 **revalorisation en ergothérapie, elle, passe dans les mises en**

VI

76 situation. Et par exemple, le plus difficile c'est l'acquisition des

77 transferts, et une fois que le transfert est acquis, les gens se sentent

78 plus indépendants donc valorisés. Donc euh, est-ce que tu peux

79 répéter la question s'il te plait pour voir si j'y réponds bien ?

80 FS : Euh... Non je vais dire les autres questions parce que du

81 coup tu réponds un peu aux questions d'après. Vous êtes-vous

82 déjà questionné sur les compétences de l'ergothérapeute par

83 rapport à la revalorisation ?

84 E1 : Euh je dirais que c'est un questionnement indirect. Parce que ce

85 n'est pas un objectif principal. Il est secondaire. Donc la

86 revalorisation passe par l'acquisition de l'indépendance.

87 FS : Intervenez-vous donc auprès de la personne pour la

88 revaloriser ?

89 E1 : Indirectement.

90 FS : Par quels moyens y parvenez-vous ?

91 E1 : On est toujours autour de la revalorisation : je pense que ça

92 passe par des mises en situation. Et aussi par la préparation du

93 retour à domicile dans le sens où on leur montre que maintenant ils

94 vont être capable de sortir d'un milieu protégé qui est

95 l'hospitalisation, l'hôpital donc. Donc je pense que la préparation du

96 retour à domicile leur montre que la préparation globale, ça veut

97 dire que peut être reprise de la conduite, reprise professionnelle,

98 donc la préparation du départ de l'hôpital, aide à la revalorisation.

99 FS : D'accord. Donc euh là je pense que ça répond un peu à cette

100 question : utilisez-vous l'activité comme moyen de

101 revalorisation ?

102 E1 : Oui.

103 FS : Donc plus par rapport aux mises en situation.

104 E1 : Oui.

105 FS : D'accord. Quelles caractéristiques de l'activité pensez-vous

106 être nécessaires pour que celle-ci soit valorisante pour la

107 personne ?

108 Alors je vous cite des caractéristiques, si vous en avez d'autres

109 vous me dites, et puis vous pouvez me dire ce que vous en pensez

110 par rapport à ce que je vous cite.

111 Donc l'activité doit permettre de :

112 - Satisfaire des besoins

113 - Etre notion de plaisir et de bien-être

114 - Rétablir un lien social

- 115 - **Mettre en avant le potentiel de la personne**
 116 - **Etre une activité significative**
 117 - **Autres...**
- 118 **E1** : *Alors je mettrais la dernière en premier : l'activité significative.*
 119 *Dans le sens où pour le choix des activités on va se rapprocher le*
 120 *plus possible des habitudes de vie antérieures. Donc euh je dirais que*
 121 *voilà l'activité significative ça veut dire que c'est une activité*
 122 *importante, c'est comme si on se rapprochait de la MCRO.*
- 123 **FS** : **MCRO** ?
- 124 **E1** : *La mesure canadienne du rendement occupationnel. Donc vu*
 125 *que c'est la personne qui choisit l'activité ça veut dire que c'est une*
 126 *activité importante pour elle donc forcément si elle la réussit ça sera*
 127 *une activité revalorisante pour elle. Et toutes les autres propositions*
 128 *sont valables.*
- 129 **FS** : **Sont valables, mais en tout cas vous tenez vraiment à**
 130 **celle-ci. Et vous parlez de MCRO, vous l'utilisez ?**
- 131 **E1** : *On a demandé à être formé cette année. Donc on va la mettre en*
 132 *place. Parce que pour l'utiliser il faut être formé.*
- 133 **FS** : **D'accord. Rencontrez-vous des difficultés dans votre**
 134 **pratique, à proposer des activités qui sont en lien avec ces**
- 135 **caractéristiques citées. Donc est-ce que vous allez travailler tel ou**
 136 **tel objectif avec telle activité et vous vous rendez compte que en**
 137 **tout cas les caractéristiques que j'ai citées précédemment, vous**
 138 **avez des difficultés à coordonner les deux.**
- 139 **E1** : *Donc euh une difficulté que l'on peut rencontrer c'est quand la*
 140 *personne choisit une activité et que l'on sait qu'elle peut présenter un*
 141 *risque d'échec. D'un point de vue ergothérapique, on pense que*
 142 *l'activité sera trop difficile et pour éviter de se confronter à un échec*
 143 *dans ce cas là j'essaie d'orienter la personne vers une autre activité*
 144 *ou vers une autre façon de la faire. C'est surtout ça que l'on peut*
 145 *rencontrer comme difficulté.*
- 146 **FS** : **Parce que du coup la mise en échec dévalorise la personne.**
- 147 **E1** : *Oui, ça ne serait pas valorisant non !*
- 148 **FS** : **Quels types d'activités pouvez-vous proposer à la personne**
 149 **dans le but de la revaloriser ?**
- 150 **E1** : *Donc en fait on dispose d'un appartement thérapeutique. Donc*
 151 *on peut, si on se rapproche des habitudes de vie, proposer des*
 152 *activités de cuisine, de préparation de repas, dresser la table, faire le*
 153 *lit, ça peut être une activité de repassage. Ça peut être simplement les*

154 transferts en salle de bain. De leur montrer qu'il y a moins de
155 difficulté que ce qu'ils ne pensent. Euh on a aussi un atelier de relevé
156 de sol qui est beaucoup apprécié par les patients, où on leur montre
157 les techniques pour pouvoir se relever du sol après une chute le plus
158 indépendamment possible et le faire en sécurité, c'est une activité de
159 groupe qui est très appréciée par les patients. Euh voilà, je propose
160 peu d'activités artisanales, on va dire macramé et compagnie. Il y a
161 peu de gens qui en font chez eux donc il n'y a pas de raison que j'en
162 fasse en rééducation. Par contre ça m'arrive, pour les hommes
163 essentiellement, de faire des mises en situations de bricolage. On a
164 un atelier de menuiserie ou ça m'arrive de mettre les patients en
165 situation.
166 FS : D'accord. Vous appuyez vous sur des modèles théoriques
167 pour aborder cette notion de revalorisation dans vos prises en
168 charge tel que le modèle Kielhofner, Rosemary Hagedorn, la
169 théorie du flow de Csikszentmihalyi, ou d'autres ?
170 E1 : Non je pense que notre pratique est inspirée de Kielhofner c'est
171 déficiences, incapacités et situations de handicap.
172 FS : Euh Kielhofner apporte plus les termes d'activité signifiante

173 et significative comme vous en avez parlé précédemment.
174 E1 : Oui, je pense que l'on est inspiré de modèles sans forcément
175 mettre un nom dessus. On ne s'appuie pas dessus mais on les
176 représente.
177 FS : Pour vous est-ce que le cursus de formation initiale est
178 suffisant concernant la pratique de l'ergothérapeute face à
179 l'impact psychologique d'un traumatisme physique ? Enfin, est-
180 ce que pour vous on a assez de notions dans nos formations
181 initiales par rapport à tout ce qui concerne ce sujet de
182 revalorisation ?
183 E1 : Je pense que l'empathie ça ne s'apprend pas. Et euh par rapport
184 à la souffrance des gens à part l'empathie je ne vois pas....
185 FS : Mais plus au niveau de tout ce que met en place la personne
186 lorsque la personne subit un traumatisme physique. Tout ce que
187 ça peut impliquer sur sa psyché, sur son psychologique. Est-ce
188 que vous avez eu une formation assez suffisante sur tout ça ?
189 E1 : J'ai fait ma formation à Berk, j'ai eu quand même des cours sur
190 le mécanisme du déni. Je dirais oui.
191 FS : Ok. Est-ce que vous avez réalisé d'autres formations qui

192 vous aident dans votre pratique par rapport à ce sujet de 211 E1 : *De rien.*

193 revalorisation ?

194 E1 : *Non.*

195 FS : **Et dans votre pratique professionnelle, est-ce que vous avez**

196 d'autres possibilités par d'autres manières comme par exemple,

197 l'analyse de la pratique en équipe, les supervisions, de vous

198 questionner sur vos prises en charges par rapport à cette notion ?

199 E1 : *Oui oui, donc le service dispose d'un psychologue et d'un*

200 psychiatre avec qui on est en lien par des réunions toutes les

201 semaines, et eux amènent souvent des informations sur les étapes

202 psychologiques où se trouve le patient.

203 FS : **D'accord.**

204 E1 : *Je dirai que oui on a la possibilité d'échanger et on a en plus*

205 des médecins qui sont à l'écoute de l'équipe comme du patient. Donc

206 oui je dirais que l'on arrive à échanger assez facilement.

207 FS : **Et euh pour finir est-ce que vous avez quelque chose à**

208 ajouter ?

209 E1 : *Non je ne crois pas.*

210 FS : **Bon et bien merci.**

Annexe V

- 1
- 2 Entretien numéro 2 : Ergothérapeute numéro 2
- 3
- 4 **Flora Schindelé (FS) : Dans quel type de structure travaillez-**
- 5 **vous ?**
- 6 **Ergothérapeute n°2 (E2) :** *Je travaille dans un hôpital général, ici*
- 7 *militaire, mais c'est un hôpital général, et plus particulièrement dans*
- 8 *un service de rééducation, au sein de cet hôpital. Je suis affecté au*
- 9 *service rééducation de l'hôpital.*
- 10 **FS : Auprès de quels patients ? Quelles sont les pathologies qu'ils**
- 11 **présentent ?**
- 12 **E2 :** *Alors, c'est très varié, puisque c'est un hôpital. Dans un premier*
- 13 *temps, ce sont les patients du service de médecine physique et*
- 14 *réadaptation, c'est donc de la traumatologie, de la rhumatologie. Euh..., et*
- 15 *puis j'interviens également auprès des autres services de l'hôpital, à*
- 16 *la demande, donc ça peut-être aussi bien de la neuro que la rhumatologie,*
- 17 *que la cardiologie, la réa etc.*
- 18 **FS : D'accord. Et vous, vous rencontrez le plus souvent quels**
- 19 **types de patients ?**
- 20 **E2 :** *Ce sont essentiellement des patients qui ont soit de la rhumatologie,*
- 21 *soit de la traumatologie, au niveau du service.*
- 22 **FS : Et donc un hôpital rattaché à l'armée ?**
- 23 **E2 :** *Tout à fait, qui dépend du ministère de la Défense.*
- 24 **FS : D'accord. Donc des civils et du personnel de l'armée ?**
- 25 **E2 :** *Des militaires et des civils, oui. A proportion égale à peu près.*
- 26 **FS : Dans votre pratique, est-ce que vous arrivez à cerner où en**
- 27 **est la personne dans son cheminement, dans son chemin vers**
- 28 **l'acceptation de son handicap ? Et comment ?**
- 29 **E2 :** *C'est vrai que de par son comportement... par son*
- 30 *comportement on arrive parfois à flairer si le patient est en cours*
- 31 *d'acceptation, ou en déni, à évaluer l'étape où il se situe dans le*
- 32 *travail du deuil.*
- 33 **FS : Par un travail d'observation donc ?**
- 34 **E2 :** *Grâce à un travail d'observation, et au discours qu'il peut tenir.*
- 35 **FS : Est-ce que vous connaissez les termes de coping ou de**
- 36 **résilience ?**

37 E2 : *Non.*
38 FS : **Ni l'un ni l'autre ?**
39 E2 : *Non.*
40 FS : **Mais par contre vous avez parlé de « travail de deuil »...** Est-
41 **ce que vous pouvez me dire ce que cette expression recouvre pour**
42 **vous ?**
43 E2 : *Le travail de deuil, c'est une étape obligatoire, ou tout du moins*
44 *souhaitée, dans l'acceptation de la perte. Alors ce peut être la perte*
45 *d'un individu, mais aussi la perte d'une fonction, la perte d'un*
46 *membre. Et le patient, s'il chemine d'une manière normale doit*
47 *passer par ces différentes étapes qui constituent le travail de deuil,*
48 *sans pour autant s'arrêter sur une seule étape. C'est-à-dire que si le*
49 *patient ne chemine plus et s'arrête sur une étape sans passer à*
50 *l'étape suivante, c'est pathologique, tout comme un patient qui ne*
51 *passerait absolument pas par ce travail de deuil relèverait du*
52 *pathologique. Donc c'est un cheminement incontournable.*
53 FS : **D'accord. Pour information, la notion de résilience recoupe**
54 **cette idée de travail de deuil, et « coping » est le terme anglo-**
55 **saxon. Pour vous, la prise en charge en ergothérapie des**

56 **personnes présentant un traumatisme physique, que vous**
57 **rencontrez dans votre service, doit-elle passer par une**
58 **revalorisation de soi ?**
59 E2 : *Est-ce que le patient, pour pouvoir accepter son état à nouveau*
60 *doit passer par là ? Oui, je pense que oui.*
61 FS : **Et vous, dans votre pratique, est-ce que, à chaque fois que**
62 **vous rencontrez la personne, vous vous demandez où elle en est,**
63 **et comment vous allez arriver à lui faire accepter son handicap ?**
64 E2 : *ça rentre en ligne de compte dans la prise en charge, c'est*
65 *incontestable. Alors peut-être moins sur les pathologies traumatiques que*
66 *je rencontre ici, parce que c'est essentiellement des butées d'épaule,*
67 *des coiffes de rotateurs, donc qui n'ont pas forcément un impact*
68 *important sur l'aspect physique de la personne, mais on la retrouve*
69 *plus [l'atteinte de l'estime de soi] sur des pathologies rhumatismales,*
70 *comme la polyarthrite rhumatoïde, où la personne voit ses mains se*
71 *déformer et doit accepter à chaque fois le nouvel état de ses mains. Il*
72 *y a donc dans ces pathologies chroniques évolutives un travail de*
73 *deuil qui est incessant. La personne accepte son nouvel état, mais elle*
74 *peut être soumise à une nouvelle dégradation de son état, qui va*

- 75 *engendrer un nouveau travail de deuil, etc.*
- 76 **FS** : **Du coup vous, par rapport aux différentes pathologies que**
- 77 **vous rencontrez ici, vous voyez des différences sur l'impact du**
- 78 **traumatisme ? Enfin, en fonction du traumatisme, l'impact peut-**
- 79 **être plus ou moins important sur l'estime de soi?**
- 80 **E2** : *Alors ce n'est pas forcément proportionnel à l'importance du*
- 81 *traumatisme ou de la dégradation physique, contrairement à ce qu'on*
- 82 *pourrait imaginer, puisqu'il y a des gens qui subiront, d'une manière*
- 83 *relative, bien entendu, une dégradation qui peut nous paraître*
- 84 *minime, mais pour laquelle il y aura un impact très important*
- 85 *justement sur l'estime de soi-même, etc. paradoxalement on a des*
- 86 *gens qui auront une grosse dégradation physique, par exemple une*
- 87 *amputation, une amputation d'un membre inférieur, et qui ne*
- 88 *paraîtront pas forcément aussi mal à l'aise. Ça dépend peut-être*
- 89 *aussi des circonstances de la situation.*
- 90 **FS** : **Est-ce que vous êtes-vous déjà interrogé sur les compétences**
- 91 **de l'ergothérapeute par rapport à la revalorisation ?**
- 92 **E2** : *C'est pour moi complètement obligatoire, enfin, ça va de soi :*
- 93 *l'ergothérapeute doit prendre en compte cet aspect là dans sa prise*
- 94 *en charge. C'est incontournable.*
- 95 **FS** : **Par quels moyens intervenez-vous auprès de la personne**
- 96 **pour la revaloriser ?**
- 97 **E2** : *Alors ça, c'est... [silence amusé] ça dépend un peu de la*
- 98 *personne, du contexte, de son âge, c'est vraiment très très variable.*
- 99 *Ça peut être par le biais d'une activité artisanale, qui permet de*
- 100 *mettre en évidence les potentiels, enfin les capacités fonctionnelles*
- 101 *qui persistent, et qui permet du coup de revaloriser la personne et*
- 102 *l'aider à mieux accepter son aspect. Ça peut être... Oui, c'est*
- 103 *vraiment du cas par cas.*
- 104 **FS** : **D'accord.**
- 105 **E2** : *Tout comme l'acceptation et du cas par cas et dépend vraiment*
- 106 *de la personne. Il est très difficile de mettre en face un protocole*
- 107 *établi pour revaloriser la personne. Ça passe par le biais d'une*
- 108 *évaluation, d'une discussion avec la personne, d'une écoute, et c'est*
- 109 *bien souvent à partir de là qu'on va essayer de greffer, de mettre en*
- 110 *place des outils pour atteindre cette étape de revalorisation.*
- 111 **FS** : **Vous avez déjà partiellement répondu à ma prochaine**
- 112 **question : utilisez-vous l'activité comme un moyen de**

- 113 **revalorisation.**
- 114 **E2** : *Ça a peut, oui. Ce n'est pas systématique, mais ça peut-être un*
- 115 *moyen. Là encore, ça dépend de la personne.*
- 116 **FS** : **Pour vous dans quelles conditions l'activité aura un impact**
- 117 **ou pas ? Si la personne accroche à l'activité...**
- 118 **E2** : *Alors, oui, tout dépend de quelle activité, effectivement, et tout*
- 119 *dépend où elle en est dans son travail de deuil, à quel moment on*
- 120 *intervient, quelle est la relation qui a été établie, ça passe par*
- 121 *beaucoup de choses. Mais effectivement la finalité de la*
- 122 *revalorisation, c'est de permettre à la personne de valoriser ça par*
- 123 *un objet, par une création, et pour ça l'activité est tout à fait la*
- 124 *bienvenue.*
- 125 **FS** : **Quelles caractéristiques de l'activité pensez-vous être**
- 126 **nécessaire pour que celle-ci soit valorisante pour la personne ?**
- 127 **J'ai quelques exemples, je peux vous les montrer et vous les**
- 128 **citer : satisfaire des besoins, être source de plaisir et de bien-être,**
- 129 **rétablir un lien social, mettre en avant le potentiel de la personne,**
- 130 **être signifiante, autres... Vous pouvez me parlez de chaque item,**
- 131 **ou sélectionner ceux qui vous paraissent les plus importants.**
- 132 **E2** : *Pour moi, je pense qu'il y a là deux items qui me parlent :*
- 133 *« Mettre en avant le potentiel de la personne ». C'est ce que*
- 134 *j'évoquais tout à l'heure sur les capacités fonctionnelles qui*
- 135 *persistent. Ça permet de mettre en avant ce potentiel là et de le*
- 136 *valoriser. L'autre expression que je retiens, c'est « rétablir un lien*
- 137 *social », car bien souvent, l'activité ou l'objet créé va servir aussi de*
- 138 *« preuve » à l'individu, auprès de l'entourage proche, et va être un*
- 139 *moyen de valoriser son potentiel auprès de l'entourage. Et c'est*
- 140 *souvent par le biais de l'entourage que cette valorisation va se faire*
- 141 *également. Par les yeux des proches, par ce que la personne va*
- 142 *percevoir en retour de ces personnes proches : elle va quitter petit à*
- 143 *petit les yeux de la pitié, pour reconquérir un petit peu des choses*
- 144 *peut-être perdues.*
- 145 **FS** : **D'où l'intérêt de proposer en ergothérapie une activité...**
- 146 **E2** : *...qui peut resserrer les liens, ou du moins retrouver des liens les*
- 147 *plus proches possible de ceux qu'il y avait auparavant. Et non plus*
- 148 *simplement un regard de pitié, quoi. C'est souvent ce que décrivent*
- 149 *les patients : c'est la mère d'un jeune d'une vingtaine d'années qui*
- 150 *est amputé, qui va de nouveau être omniprésente dans toutes les*

151 *activités, va vouloir tout faire, et ça renvoie du coup à chaque fois*
152 *son handicap à la personne. Alors qu'au contraire, on essaie*
153 *d'inverser la tendance et de faire en sorte que le patient redevienne*
154 *acteur, actif, et non plus passif et assisté aux yeux de l'entourage.*
155 **FS : Autre chose à ajouter sur ces items ?**
156 **E2 :** *Non, c'était en tout cas ceux qui me paraissaient les plus*
157 *intéressants, les autres sont sans doute valables également, mais ce*
158 *sont les deux qui me parlent le plus.*
159 **FS :** **Rencontrez-vous des difficultés dans votre pratique pour**
160 **proposer des activités en lien avec ces caractéristiques que j'ai**
161 **citées précédemment ? Peut-être y a-t-il d'autres objectifs de**
162 **rééducation prioritaires qui sont à atteindre, et peut-être est-il**
163 **possible d'avoir du mal à travailler en même temps la**
164 **revalorisation.**
165 **E2 :** *Par rapport à ces items là ? C'est-à-dire quelles pourraient-être*
166 *les difficultés que je rencontre à les mettre en place pour atteindre cet*
167 *objectif-là ?*
168 **FS :** **Oui tout à fait.**
169 **E2 :** *C'est parfois justement le retour du lien social. On essaie de*

170 *faire en sorte que..., mais on n'a pas toujours le retour du*
171 *comportement de la personne, parce que c'est finalement quand elle*
172 *va finir son hospitalisation chez nous qu'elle va être un peu plus*
173 *sujette à savoir si ça a changé quelque chose ou pas, et ça on n'a pas*
174 *forcément toujours un retour pour nous. Et puis difficulté à trouver*
175 *« la » bonne, la bonne activité, parce qu'il n'y en a pas forcément*
176 *cinquante mille. C'est trouver « la » bonne activité, qui intéresse*
177 *aussi le patient, qui lui parle, qui lui prouve quelque chose, qui le*
178 *motive, euh... Et on n'a pas toujours les moyens matériels de tout*
179 *proposer. Donc ce n'est pas toujours évident.*
180 **FS :** **Quel type d'activité que vous proposez dans votre service**
181 **vous semble le plus à même de répondre à cet objectif de**
182 **revalorisation, même si, comme vous l'avez dit, cela dépendra de**
183 **la personne.**
184 **E2 :** *On a un certain nombre de possibilités au niveau des activités.*
185 *Quand on est un peu limité, j'essaie de me débrouiller avec mon*
186 *collègue de psychiatrie qui a un panel un peu plus large de*
187 *possibilités. Voilà, mais on essaie dans la mesure du possible de*
188 *s'adapter, et c'est là la difficulté, c'est que ce n'est pas toujours*

189 évident de trouver le bon truc... Mais on essaie.

190 **FS** : Vous appuyez-vous sur des modèles théoriques pour aborder

191 cette notion de revalorisation dans vos prises en charge tels que le

192 modèle Kielhofner, Rosemary Hagedorn ou la « théorie du

193 flow » ? Je ne sais pas si vous les connaissez, ou d'autres...

194 **E2** : C'est vrai que c'est essentiellement Kielhofner. L'objectif c'est

195 finalement la réinsertion après notre prise en charge. La réinsertion

196 pour moi, c'est « la reconquête des rôles perdus », et parfois, c'est ce

197 que j'expliquais tout à l'heure : un jeune de vingt-cinq ans, qui

198 commençait à avoir son indépendance, son autonomie, se retrouve de

199 nouveau dans le rôle d'un enfant, vis-à-vis des parents. Et donc on

200 doit tout faire pour lui permettre de reconquérir son rôle d'adulte

201 autonome et indépendant. Ça, c'est du Kielhofner, hein, plus ou

202 moins.

203 **FS** : Vous me parlez d'un « jeune ». Vous rencontrez souvent des

204 jeunes dans votre service.

205 **E2** : Je parle des jeunes, parce que c'est vrai que les militaires, qui

206 reviennent parfois de droite ou de gauche, qui subissent justement

207 une altération physique comme ça, sont parfois des jeunes amputés.

208 C'est vrai que ça m'interpelle plus, mais j'aurais pu aussi bien parler

209 d'une patiente qui a une polyarthrite rhumatoïde, qui supporte mal la

210 dégradation de ses mains. Il y a aussi un facteur qu'on n'a pas

211 abordé, c'est celui du sexe de la personne : une femme, peut-être,

212 aura plus tendance à s'attarder sur la dégradation de l'aspect de ses

213 mains qu'un homme, par exemple. Sur le plan esthétique, il y a

214 beaucoup de chose qui se jouent également.

215 **FS** : Pour vous, est-ce que le cursus de formation initiale est

216 suffisant concernant la pratique de l'ergothérapeute, par rapport

217 à tous ces aspects psychologiques que peut rencontrer la personne

218 après un traumatisme physique ?

219 **E2** : C'est un bon point de départ, si on utilise ses compétences

220 d'ergothérapeute de manière optimale. C'est-à-dire que si on

221 travaille en rééducation, et qu'on oublie tout ce qui est de l'ordre du

222 psychologique, du relationnel, tout ce qui est censé quelque part nous

223 faire travailler en psychiatrie, on n'a rien compris, ce n'est pas

224 suffisant. Mais si on utilise toute nos compétences, toutes nos

225 connaissances théoriques acquises de par notre formation initiale,

226 c'est déjà un bon point de départ.

- 227 **FS** : Est-ce que vous avez réalisé d'autres formations qui vous 246 *la base.*
- 228 aident dans votre pratique par rapport à ce sujet, cet objectif de 247 **FS** : Avez-vous quelque chose à ajouter ?
- 229 revalorisation ? 248 **E2** : *Euh... non*
- 230 **E2** : *Oui, j'ai fait d'autres formations, qui n'étaient pas forcément 249 **FS** : **Merci !***
- 231 basées sur ce thème là, mais dans lesquelles on aborde forcément cet
- 232 aspect de notre travail, c'est notamment « la main traumatique », où
- 233 on n'est pas là à la base pour parler de la revalorisation, tout ça ;
- 234 mais quand on s'adresse à des ergothérapeutes, forcément ça arrive
- 235 sur le devant de la scène, et on finit par parler de ça.
- 236 **FS** : Est-ce que dans votre pratique professionnelle vous avez la
- 237 possibilité par d'autres manières, par exemple par « l'analyse de
- 238 la pratique en équipe », ou par des supervisions, de vous
- 239 questionner sur ces prises en charge en lien avec cette notion de
- 240 revalorisation ?
- 241 **E2** : *Alors on a la chance, nous, d'avoir ici une structure dans*
- 242 *laquelle on a des psychologues et des psychiatres qui sont à portée de*
- 243 *main, et qui peuvent effectivement intervenir auprès des patients eux-*
- 244 *mêmes, par exemple auprès des militaires blessés au combat, et avec*
- 245 *lesquels on va pouvoir travailler en équipe. C'est conçu comme ça à*

Annexe VI

- 1
 - 2 Entretien numéro 3 : Ergothérapeute numéro 3
 - 3
 - 4 **Flora Schindelé (FS) : Bonjour.**
 - 5 **Ergothérapeute n° 3 (E3) : Bonjour.**
 - 6 **FS : Dans quel type de structure travaillez-vous ?**
 - 7 **E3 : En centre de rééducation, auprès de pathologie de personnes**
 - 8 **cérébrolésés, en général, et aussi avec des personnes qui ont des**
 - 9 **problèmes d'addiction qui ont généralement des complications**
 - 10 **neurologiques suite aux problèmes addictifs. Sinon ce sont des**
 - 11 **personnes cérébrolésés, personnes traumatisées crâniennes et puis**
 - 12 **des personnes qui ont eu un accident vasculaire cérébral.**
 - 13 **FS : Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette**
 - 14 **structure ?**
 - 15 **E3 : On va dire quasiment 22 ans. J'ai du faire un an et demi à deux**
 - 16 **ans dans les services de traumatologie, rhumatologie.**
 - 17 **FS : Dans votre pratique, comment arrivez-vous à repérer les**
 - 18 **différents moyens que met en place la personne pour faire face à**
- 19 **son traumatisme ? Autrement formulé, comment arrivez-vous à**
 - 20 **repérer où en la personne dans son cheminement vers**
 - 21 **l'acceptation de son handicap ? Vous avez des exemples ?**
 - 22 **E3 : J'ai deux exemples actuellement de personnes qui n'acceptent**
 - 23 **pas du tout leur handicap. Ils en sont au début, à peu près à deux ou**
 - 24 **trois mois de l'accident initial. Donc c'est quand même récent.**
 - 25 **Et à la façon dont il parle de ce bras, on sent que ce bras l'énerve,**
 - 26 **mais ils s'énervent également par rapport au fait qu'ils n'arrivent**
 - 27 **pas à faire des choses précises avec cette main.**
 - 28 **C'est une personne qui à des troubles de sensibilité profonde**
 - 29 **importants, donc elle n'a aucune précision, c'est complexe pour**
 - 30 **effectuer des préhensions avec cette main. Du coup, cette personne**
 - 31 **s'énerve régulièrement des maladrresses qu'elle peut provoquer,**
 - 32 **quand elle fait tomber son objet ou qu'elle n'arrive pas à finaliser**
 - 33 **son mouvement. Elle va s'énerver avec cette main. Et puis en même**
 - 34 **temps elle se dévalorise en se disant qu'à son âge on ne peut plus**
 - 35 **rien attendre, elle a plus de 80 ans. Beaucoup de dévalorisation par**
 - 36 **rapport au fait qu'elle ne peut pas récupérer à son âge.**
 - 37 **Et l'autre Monsieur qui a 60-70 ans, lui, il a une hémiplegie droite**

38 *profonde et donc pas du tout de motricité au niveau de sa main et*
39 *régulièrement il me dit que son bras il voudrait mieux le couper.*
40 **FS : Et cette personne ça fait combien de temps qu'elle a subit ce**
41 **traumatisme ?**
42 **E3 :** *Aux alentours de 3 mois, comme la dame. C'est assez récent.*
43 *Mais du coup avec un symptôme qui est quand même massif.*
44 *Quelqu'un qui a un trouble de sensibilité profonde à ce point là je*
45 *n'en avais jamais vu. Surtout qu'il y a une motricité qui est présente.*
46 *Souvent quand le bras ne fonctionne plus, il ne fonctionne plus, que*
47 *ce soit moteur ou sensitif. Et là du coup elle a quand même une assez*
48 *bonne motricité pour ce qu'il en est de tout ce qui est prise fine, la*
49 *motricité fine est là que ce soit la motricité proximale mais aussi*
50 *distale mais la sensibilité profonde est vraiment touchée et du coup*
51 *ça fait une gêne fonctionnelle énorme. Et c'est vrai que c'est rare de*
52 *suivre des cas comme ça.*
53 **FS :** **Et l'effet inverse, est-ce que vous rencontrez des personnes**
54 **qui même à trois mois commencent à faire avec, à se booster par**
55 **rapport à leurs incapacités ?**
56 **E3 :** *J'ai connu une dame, qui avait surtout des gros troubles*

57 *phasiques et elle présentait également une hémiplégie et ne marchait*
58 *pas. Cette hémiplégie n'était pas si profonde que ça, peut-être plus de*
59 *sensibilité du coup peut-être des troubles sensitifs mais surtout un*
60 *gros trouble phasique. Et cette dame avait gardé une volonté, elle est*
61 *restée ici plusieurs mois et j'avais peur avant qu'elle soit placée en*
62 *maison de retraite, je craignais un syndrome de glissement en fait,*
63 *j'avais peur qu'elle finisse par se décourager. Et finalement cette*
64 *dame m'a vraiment impressionné même si elle n'a pas tant que ça pu*
65 *contourner son handicap. Elle n'a jamais vraiment voulu arriver à*
66 *être indépendante car elle faisait part qu'elle allait aller être en*
67 *maison de retraite et que ça n'allait pas lui servir d'être*
68 *indépendante pour la toilette car elle disait qu'il y aura des gens*
69 *pour s'occuper d'elle, donc bon ça peut s'entendre, une dame qui*
70 *avait plus de 80 ans aussi. Et, mais du coup, elle était plus présente*
71 *dans la relation et avec un intérêt pour poursuivre ce qui est lié à la*
72 *vie sociale. Donc c'est quelqu'un qui est arrivée par d'autres biais à*
73 *garder une dynamique et rester dans des choses positives. Malgré*
74 *son handicap, elle a réussi à garder de l'intérêt pour des choses. En*
75 *suivi, elle a souhaité intégrer le groupe belotte dans lequel elle était*

- 76 *performante. Mais tu étais là non ?*
- 77 **FS : Oui, je vois très bien de qui vous parlez, et c'est un bon**
- 78 **exemple.**
- 79 **E3 :** *Et je trouve qu'elle s'est vraiment battue à sa façon, malgré les*
- 80 *déficiences qu'elle avait et elle a gardé quand même des capacités*
- 81 *relationnelles malgré les troubles de langage, elle avait quand même*
- 82 *de la communication et avait gardé un intérêt pour des activités de*
- 83 *la vie sociale.*
- 84 **FS :** **Donc avec ces différents exemples, vous direz que ce**
- 85 **cheminement dépend de la personne ?**
- 86 **E3 :** *Je pense que pour les deux personnes dont j'ai parlé au début :*
- 87 *la dame qui a plus de 80 ans c'est une dame qui vivait seule, qui est*
- 88 *veuve, elle a ses enfants qui vivent dans les alentours mais pour elle*
- 89 *je pense que garder son indépendance c'est quelque chose de très*
- 90 *important et du coup je ne suis pas sur qu'elle se projette avec un*
- 91 *fauteuil et des aides humaines chez elle. Pour elle c'est refaire son*
- 92 *« train, train » comme avant ou sinon rien à la limite, ou il vaut*
- 93 *mieux mourir. Je sens que ce sont des gens qui laissent peu de*
- 94 *possibilité à vivre autrement les choses, si ce n'est pas comme avant*
- 95 *est-ce que ça vaut vraiment la peine du coup d'être vécu ? Moi*
- 96 *j'entends un peu ces choses comme ça de leur part.*
- 97 **FS :** **Vous diriez qu'ils ont des difficultés d'adaptation ?**
- 98 **E3 :** *Oui des difficultés d'adaptation à une situation, voilà. Je pense*
- 99 *que son autonomie c'est vraiment essentiel. Et ce qui est étonnant*
- 100 *chez cette dame en plus c'est qu'elle arrive à dire « je n'aurais*
- 101 *jamais imaginé à mon âge qu'il puisse m'arriver un truc pareil » ! Je*
- 102 *rigole parce que c'est quand même plus auprès de personnes de 80*
- 103 *ans qu'on atteint un AVC mais elle vraiment je pense que c'est parce*
- 104 *qu'elle avait une vie très saine, elle faisait son petit jardin elle*
- 105 *dormait bien, elle ne faisait pas non plus d'excès que ce soit sur le*
- 106 *plan alimentaire sur le plan du sommeil. Donc elle ne s'imaginait pas*
- 107 *avoir un AVC et j'avoue que chaque fois qu'elle me dit ça, bon.*
- 108 *Quelqu'un de 30 ans qui me dit ça je peux encore comprendre, mais*
- 109 *de la part de quelqu'un de 80 ans je trouve ça étonnant, quoi. Donc*
- 110 *elle s'imaginait peut-être mourir d'emblée mais sûrement pas d'avoir*
- 111 *un AVC et une situation de handicap.*
- 112 *Et l'autre Monsieur c'est quelqu'un qui a beaucoup d'activité et qui*
- 113 *a entre 65-67 ans. Et en fait, il a plein d'activités à l'extérieur, il a*

114 des biens, des maisons, des appartements qu'il loue. Et c'est lui qui

115 fait tout l'entretien de ses maisons. C'est un entrepreneur dans le

116 domaine de tout ce qui est montage métalliques, les vérandas tout ça,

117 il est verrier quand même de formation au départ et du coup il était

118 très actif et du coup l'aspect physique est très important, c'est

119 quelqu'un qui voit tout ce qu'il ne pourra plus faire. Il a une maison

120 avec du terrain donc il faisait quand même pas mal de choses chez lui

121 et il avait tout ce travail qu'il faisait à l'extérieur et il tenait les

122 comptes. Il a une hémiplegie droite profonde et se relâter pour

123 l'instant pour lui il n'en est pas question et je pense qu'il ne peut pas

124 se projeter autrement quand faisant avec cette main, et il demande

125 tout le temps quand est ce qu'elle va récupérer. Du coup, il a des

126 propos assez ironique.

127 **FS : Comme ?**

128 **E3 :** Du style, « voila on l'a mobilisée, elle est souple et bien voilà

129 elle va pouvoir marcher ! ». Il dit ça en rigolant. Et il sait bien au

130 fond que ça ne va pas être ça qui va permettre qu'elle fonctionne

131 mais il ne peut pas s'empêcher de l'exprimer.

132 **FS : De revenir sur ce sujet. D'accord. Donc par rapport à tout ce**

133 que l'on vient de dire avez-vous déjà entendu parler des termes

134 coping ou résilience ?

135 **E3 :** Résilience oui. Et coping ?

136 **FS :** Oui, coping ou résilience ? Coping car c'est un terme anglo-

137 saxon pour dire la résilience, je cite les deux si vous connaissez

138 l'un ou l'autre. Et est-ce que vous pouvez me dire ce qu'évoque

139 pour vous le terme de résilience ?

140 **E3 :** Je l'ai découvert il n'y a pas très longtemps ce terme de

141 résilience. Et euh mes collègues me l'ont expliqué mais je ne m'en

142 rappelle plus. Je pense que « E4 » pourra l'expliquer. Je sais que je

143 l'ai su mais je l'ai oublié.

144 **FS :** Est-ce qu'il y a un autre mot qui vous vient quand vous

145 parlez de résilience ?

146 **E3 :** Non, justement je n'arrive plus à le rattacher à un sens

147 particulier, c'est ça qui m'a gêné, il n'y a pas longtemps j'ai posé la

148 question. Je sais que lorsque l'on me l'a expliqué c'était très clair

149 mais j'ai complètement fait table rase du sens de ce mot.

150 **FS :** Bon alors, par rapport aux exemples que vous venez de me

151 donner c'est assez intéressant parce que l'on peut s'en rendre

152 compte par rapport à certaines personnes. Ce terme de résilience
153 signifie que c'est la capacité qu'à la personne à mettre en place
154 des ressources internes ou externes...
155 E3 : *Pour traverser...*
156 FS : **Pour traverser ce traumatisme. Donc par rapport aux**
157 **exemples que vous avez donnés je trouve que c'est assez**
158 **révélateur pour la dame qui mettait en place plus de ressources**
159 **aux niveaux sociales du coup, pour s'en sortir...**
160 E3 : *En même temps c'est une dame qui vivait de façon autonome*
161 *chez elle. Et je pense que c'est quelqu'un qui a un caractère assez*
162 *fort. Je n'arrive pas à expliquer pourquoi elle, elle arrive plus*
163 *facilement à traverser cette épreuve par rapport à l'autre dame. Je*
164 *n'ai pas non plus la réponse par rapport à ça, je pense que c'est*
165 *vraiment propre à chaque personne, à l'histoire aussi de la personne.*
166 *Après qu'est-ce qu'il vient faire résonance dans l'histoire qu'elle*
167 *vit, avec d'autres traumatismes antérieurs, car elle est quand même*
168 *beaucoup dans le passé la dame que je suis actuellement, elle est*
169 *beaucoup ancré dans le passé. L'autre dame je pense que c'est*
170 *quelqu'un qui a déjà un comportement plus battant.*

171 FS : **Pour vous la prise en charge en ergothérapie des personnes**
172 **qui présentent un traumatisme physique que vous rencontrez,**
173 **doit elle passer par une revalorisation de soi ?**
174 E3 : *Oui.*
175 FS : **Vous êtes-vous déjà questionné sur les compétences de**
176 **l'ergothérapeute par rapport à la revalorisation ?**
177 E3 : *Oui, et je la pose d'autant plus à chaque fois que je suis*
178 *confronté à des personnes qui se retrouvent dans cette impasse à ne pas*
179 *pouvoir accepter la situation de handicap à laquelle ils sont*
180 *confrontés. Et comment ça se fait qu'elle n'arrive pas à le dépasser ?*
181 *Comment l'aider, l'accompagner dans ce travail, d'acceptation je ne*
182 *sais pas, mais en tout cas pouvoir un minimum faire avec ou faire*
183 *avec ce qu'il fonctionne bien du coup, s'appuyer sur ce qu'il*
184 *fonctionne et ne pas voir que ce qu'il manque en fait. Oui ça*
185 *questionne tout le temps et ça interroge à chaque fois de façon*
186 *différente car c'est vraiment au cas par cas. Je crois vraiment que ça*
187 *doit rentrer en résonance avec un vécu personnel car à chaque fois*
188 *ça prend une tonalité différente. Et oui à chaque fois je m'interroge*
189 *comment accompagner la personne par rapport à ce problème là.*

190 **FS** : Et par rapport à ce problème là, est-ce que vous voyez une
191 façon de faire ou des moyens que vous mettez en place qui
192 peuvent permettre de vous aider pour revaloriser la personne ?
193 **En tant qu'ergothérapeute ?**
194 **E3** : Il y a des choses, ça ne marche pas tout le temps. Mais c'est de
195 valoriser ce qui est encore possible de faire, ce que la personne
196 arrive à faire, ne pas toujours malgré ses limites, elle arrive quand
197 même à faire des choses et à le valoriser même des choses qu'elle ne
198 pourrait pas imaginer mais il y en a qui penseront que ce n'est
199 jamais à la hauteur car il ne font pas aussi bien, aussi vite ou pas de
200 la même façon dont elles faisaient avant, et il y aura des personnes
201 qui seront toujours fixées sur ce qui ne marche pas. Parfois c'est
202 difficile, on rame. Donc c'est aussi monter tout ce qu'elle peut faire
203 même si ce n'est pas comme avant.
204 C'est aussi faire mesurer les progrès qui ont pu être fait depuis
205 l'arrivée et où elle en est : faire le point. C'est faire des photos
206 d'elle-même, par rapport à un temps et un autre temps, et mesurer ce
207 parcours là car généralement elles ont du mal à le faire aussi. Car
208 elles se réfèrent toujours à comment elles étaient mais avant, pas par

209 rapport à leur entrée, et puis la distance parcourue donc c'est aussi
210 permettre ce regard là sur soi. Dire « vous voyez vous ne faisiez pas
211 ça avant, et vous vous débrouillez toute seule pour venir etc.. » Voilà,
212 valoriser aussi tout ce que la personne peut faire alors qu'elle ne le
213 mesure pas elle-même.
214 Après je pense qu'il y a un facteur temps qui est très important. Le
215 rythme auquel nous on peut estimer que la personne peut se
216 débrouillait seule pour tel aspect ou tel autre dans les livres, et puis
217 finalement le rythme de chaque personne avec lequel il va pouvoir
218 avancer il est vraiment propre à la personne et c'est un travail de
219 deuil. Il y a vraiment un travail de deuil à faire. C'est ça aussi la
220 résilience, je pense que c'est aussi ce travail de deuil en fait.
221 **FS** : oui.
222 **E3** : ça fait tilt maintenant quand je parle de ça !
223 **FS** : C'est la capacité d'aller dans ce travail de deuil. Les deux
224 personnes que vous suivez dont vous me parlez elles ne sont peut-
225 être même pas encore dans ce travail de deuil. Elles sont encore
226 dans un déni, elles n'arrivent pas à faire ce travail. Mais oui c'est
227 la capacité à se lancer dans ce travail.

228 **E3** : Voilà, je me disais que le travail de deuil ça m'évoquait quelque
229 chose par rapport à la résilience. Et je pensais à une personne que
230 j'avais vue il y a trois ou quatre ans, de son AVC, un monsieur d'une
231 soixantaine d'années, et il est venu pour revoir un appareillage et du
232 coup il est passé en ergothérapeute. Il habite à Lyon, il était dans le
233 secteur du mont des lyonnais et il est parti vivre à Lyon avec sa
234 femme après l'AVC, ils ont carrément changé d'environnement et il
235 me disait qu'avant il était musicien et que maintenant il faisait de la
236 chorale. Mais quand je lui ai demandé comment ça se passait, je l'ai
237 trouvé plus tonique plus dynamique, d'ailleurs sa démarche était
238 moins pesante mois lourde mais en même temps je sentais toujours sa
239 difficulté à avoir ce handicap, il a également une hémiplégié droite
240 profonde ce monsieur. Et visiblement ça restait pour lui lourd, mais il
241 avait quand même réussi à reconstruire des choses autour de ce qu'il
242 l'intéressait et là c'était autour de la musique. Et en regardant sa
243 marche quand je l'ai vu partir je me suis dit que c'est une marche
244 très terre à terre malgré tout. C'est quelqu'un qui faisait 90-100 kg et
245 on sentait que c'était lourd à porter pour lui ce hémicorps qui était
246 paralysé et là je trouvais qu'il avait plus la pêche. Et je pense qu'il y

247 a le facteur temps aussi qui est propre à chacun.
248 **FS** : **Pour mener la personne à restaurer l'estime de soi.**
249 **E3** : Pour elle-même aussi, pour qu'elle puisse elle-même traverser
250 ces étapes là. Là 2-3 mois je pense que c'est encore le choc de ce
251 qu'il leur est arrivé en fait, c'est ce que je ressens
252 **FS** : **2-3 mois d'accord.**
253 **E3** : Là, à 3 mois, ces personnes là et qu'elles peuvent dire « je
254 n'aurais jamais pu croire qu'il m'arrive un truc pareil » c'est comme
255 si ça lui été arrivé hier. J'ai l'impression qu'elle est encore sous la
256 sidération de l'accident dont elle a été victime.
257 **FS** : **Et en règle générale vous arrivez à voir à trois mois que la**
258 **personne est encore dans ce stade ou ça dépend vraiment de la**
259 **personne. Par exemple, même des personnes à un mois elle**
260 **commence à se réinvestir dans d'autres choses ?**
261 **E3** : Oui, ça dépend. Et l'âge aussi. Car la personne de 80 ans elle
262 arrivait quand même vraiment à être présente. Mais la personne qui
263 va mal actuellement, elle est vraiment dans le passé, de sa vie quand
264 elle était jeune. Je suppose que ça doit vraiment réactualiser plein
265 de difficultés qu'elle a eu à affronter dans sa vie et comme si c'était

266 *une difficulté de trop, j'ai l'impression que c'est celle qui devient*
267 *difficile à franchir comme un gros handicap.*
268 **FS : D'accord. Utilisez-vous l'activité comme moyen de**
269 **revalorisation ?**
270 **Vous en avez déjà un peu parlé. Comment l'activité peut mener à**
271 **revaloriser la personne ?**
272 **E3 :** *A travers des activités qui les intéressent, c'est toujours un*
273 *élément moteur. Dans la mesure aussi où elles peuvent le réutiliser.*
274 *S'il y a des centres d'intérêts qu'elles peuvent réutiliser c'est vrai que*
275 *ça facilite. Je suis en train de penser à une chose, je pense que*
276 *souvent les personnes qui ont du mal à rebondir ce sont des gens qui*
277 *étaient axées sur le faire et sur leur aspect physique. Les gens qui*
278 *n'avaient pas trop de centre d'intérêt autour de tout ce qui est vie*
279 *sociale, enfin, et bien ils ont plus de mal et j'ai été confronté*
280 *plusieurs fois à cette problématique là. Les gens qui étaient plus*
281 *spécialisés de compétences ils ont plus de mal après à pouvoir*
282 *s'ouvrir à autre chose. C'est comme si le point principal était cisailé*
283 *et qu'ils ne pouvaient plus compter sur d'autres compétences. Alors*
284 *soit ils ne pouvaient pas les reconnaître, soit ils ne les ont jamais bien*

285 *développées et du coup ils se retrouvent vraiment effondrés. Je pense*
286 *à ce Monsieur qui faisait l'entretien des maisons qu'il louait, il avait*
287 *passé sa vie à bosser. Il recevait des amis il allait chez des amis, mais*
288 *il n'avait pas beaucoup d'autres centres d'intérêt et donc du coup ça*
289 *reposait entièrement sur cette activité là. L'autre dame 80 ans passés,*
290 *elle, je crois qu'elle est vraiment dans son petit train train du*
291 *quotidien : faire son jardin, ses courses, son ménage... Elle discutait*
292 *un peu avec ses voisins mais elle n'avait pas vraiment de vie sociale*
293 *et je crois que du coup c'est d'autant plus difficile de rebondir.*
294 *Le monsieur que j'ai revu à 3 ou 4 ans de son accident lui il avait*
295 *quand même plein de champs d'intérêt autour, même physique, il*
296 *avait quand même du sport et ça il n'a pas repris, donc ces aspects là*
297 *je pense que ça été quand même très difficile car c'était quand même*
298 *un gars sportif et très dynamique, investi dans plein d'associations.*
299 *Mais il avait aussi la musique, et il a pu quand même rebondir autour*
300 *de la chorale. C'est quand même quelque chose en lien avec la*
301 *musique et il a pu rebondir par ça et je pense qu'après il va pouvoir*
302 *développer d'autres choses, je me demande s'il n'a pas découvert un*
303 *intérêt pour l'informatique aussi. Enfin il a quand même moyen de se*

- 304 réinvestir sur d'autres aspects, il était instituteur.
- 305 FS : **Donc pour vous c'est d'autant plus facile, évident, de**
- 306 **revaloriser si la personne a un champ d'intérêt plus large ?**
- 307 E3 : *Et bien si l'aspect physique qui est lié au faire ou à l'aspect*
- 308 *physique du coup c'est plus difficile de rebondir. Alors que l'autre*
- 309 *dame elle allait déjà voir ses amis qui étaient à la maison de retraite*
- 310 *où elle allait aller. Et puis elle allait les voir et jouer aux cartes : le*
- 311 *jeu était vraiment quelque chose qui faisait partie de ses habitudes de*
- 312 *vie antérieure. Alors que l'autre dame, avec qui j'ai voulu faire un*
- 313 *scrabble, avec elle, ce n'est même pas possible. Et elle n'a même pas*
- 314 *fait mine de s'y intéresser dès le premier mot elle disait que ce n'était*
- 315 *pas la peine et qu'elle n'y jouera pas. Donc c'est vraiment,*
- 316 *« remettez moi comme avant pour que je fasse mon ménage ». Donc*
- 317 *si on lui donne une femme de ménage, elle n'en veut pas, elle ne veut*
- 318 *pas quelqu'un qui va venir dans son monde.*
- 319 FS : **Et faire à sa place.**
- 320 E3 : *Oui.*
- 321 FS : **Et du coup par rapport à l'activité, je vais vous montrer des**
- 322 **caractéristiques que peut avoir l'activité et j'aimerais savoir pour**
- 323 **vous ce que vous en pensez pour chaque et si vous en trouvez**
- 324 **certaines plus importantes que d'autres : je vous les cite :**
- 325 **l'activité doit par exemple pour la personne satisfaire des besoins,**
- 326 **être notion de plaisir et de bien-être, rétablir un lien social,**
- 327 **mettre en avant le potentiel de la personne, être signifiante,**
- 328 **autres...?**
- 329 E3 : *Tout ça déjà c'est pas mal.*
- 330 FS : **Tout vous parle.**
- 331 E3 : *Oui oui, je trouve que tout est intéressant. C'est vraiment en*
- 332 *fonction de l'intérêt de la personne, ce qui était pour elle moteur*
- 333 *avant.*
- 334 FS : **Est-ce que du coup vous rencontrez des difficultés pour**
- 335 **certaines caractéristiques à mettre en place. Par exemple, comme**
- 336 **vous parliez du fait que la personne était vraiment très active**
- 337 **avant dans ses habitudes de vie, du coup c'est peut être plus**
- 338 **difficile.**
- 339 E3 : *Etre une activité signifiante, voilà. Pour cette dame je lui avais*
- 340 *proposé de faire une « cuisine » et en fait je me rends compte que ces*
- 341 *activités significatives, donc qui avaient du sens pour elle avant, donc*

342 faire la cuisine pour elle, on peut partir du principe que c'était
343 signifiant, je m'étais dit qu'elle va pouvoir se rendre compte qu'elle
344 peut quand même continuer à faire de la cuisine autrement et du coup
345 c'était pas du tout satisfaisant et il y avait le sentiment aussi qu'elle
346 ne pouvait même pas utiliser le bon économe, c'était même pas
347 utilisable pour elle quoi, même avec la main saine, mais c'était
348 vraiment comme si ça perdait tout son sens. Une activité signifiante
349 avant pour elle pouvait perdre tout son sens dans la mesure où elle
350 ne pouvait pas la réaliser comme elle s'imaginait devoir le faire,
351 c'est-à-dire comme elle faisait avant. Donc c'est ça aussi qui parfois
352 peut être piégeant, c'est que les choses qui peuvent avoir beaucoup
353 de sens, elles ont un sens mais dans un contexte bien précis pour la
354 personne. Et dès lors qu'elles sont abordées d'une autre façon, pour
355 elle ça perd tout son sens. Ça n'a même plus de sens de faire cette
356 activité là si elle ne peut pas la faire comme avant.
357 Donc ça peut être des pièges aussi. On peut penser que ça peut être
358 facilitateur car c'est une activité significative [utilisée dans le sens
359 signifiant] mais pour autant une fois que la personne y est confrontée
360 vu qu'elle ne peut pas la faire telle qu'elle la faisait avant, ça n'a

361 plus d'intérêt du tout. Et ça c'est parfois des situations pièges, en se
362 disant que l'on va amener les personnes sur des intérêts d'avant mais
363 les gens, certains se comparent tellement à la façon dont il le faisait
364 auparavant, aux résultats qu'ils obtenaient avant, à la manière dont
365 ils pouvaient procéder que finalement ça dévalorise, au contraire ça
366 les met face à tout ce qu'ils ne peuvent plus faire et ce n'est pas
367 forcément, du coup le but recherché. On n'arrive pas à ce que l'on
368 voulait. Ça c'est parfois des pièges en fait ces situations là. Parfois
369 ça marche parce qu'ils arrivent malgré tout à se faire plaisir à
370 pouvoir se dire que c'est bien de pouvoir le faire, qu'ils découvrent
371 de nouvelle manière de faire avec les aides techniques et les moyens
372 de faire autrement qui leur montrent qu'il peuvent faire autrement. Et
373 pour d'autres c'est vraiment le fiasco parce que c'est pire.
374 FS : **Il faut en tenir compte dans la pratique du coup.**
375 E3 : Voila c'est pour ça qu'un élément seul ne suffit pas, souvent
376 c'est important de tester les différents abords. Moi je trouve ça
377 intéressant d'avoir plusieurs abords pour tester en fonction de la
378 personne ce qui va être l'accroche pour être revalorisé.
379 FS : **Donc différents abords, est ce que vous pouvez plus me**

- 380 **l'expliquer ?**
- 381 **E3** : *ça peut être un abord mais qui ne va pas fonctionner forcément,*
- 382 *l'activité significative. Au contraire pour certaines personnes on va*
- 383 *même éviter du coup de reprendre des activités bien maitrisées avant*
- 384 *car du coup elles verront dans ces activités que ce quelle ne peuvent*
- 385 *plus faire. Après le potentiel, ça c'est toujours intéressant. Pour moi*
- 386 *c'est aussi faire des photos à certains moment pour montrer*
- 387 *l'évolution aussi : ça vous ne pouviez pas le faire et maintenant vous*
- 388 *arrivez et ce regard là extérieur, quand les personnes visiblement*
- 389 *ne l'on pas, c'est important de le faire de temps en temps.*
- 390 **FS** : **Donc par l'activité vous arrivez à faire ça ?**
- 391 **E3** : *Voilà, mais c'est surtout par des temps d'échanges aussi. Ça*
- 392 *peut être aussi par l'activité mais ce seront aussi des temps*
- 393 *d'échanges. Et rétablir le lien social ça je crois que c'est toujours*
- 394 *important. Alors il y a des personnes qui l'ont toujours, qu'ils ne*
- 395 *l'ont jamais perdu, puis il y a d'autres pour qui ça n'a jamais été un*
- 396 *point fort, mais de maintenir cet aspect là je crois que c'est quelque*
- 397 *chose d'important dans la mesure où ils peuvent quand même être un*
- 398 *minimum ouverts aux autres et ça permet de ne pas complètement se*
- 399 *replier sur soi et être refermé dans sa problématique.*
- 400 **FS** : **Et sur ce point comment arrivez-vous à pousser la personne**
- 401 **à se mettre en lien ?**
- 402 **E3** : *Ça peut se faire à travers des jeux, des ateliers jeux (groupes*
- 403 *belottes) en ergo, à travers les mises en situation cuisine ça aussi*
- 404 *c'est un bon moyen pour avoir du lien social. Je crois qu'en tant*
- 405 *qu'ergothérapeute on le fait surtout à travers des jeux où à travers,*
- 406 *enfin moi en tout cas, à travers la cuisine.*
- 407 **FS** : **Intéressant. Et les deux autres caractéristiques ?**
- 408 **E3** : *Satisfaire des besoins, bon pour certaines effectivement ça peut*
- 409 *être un moteur.*
- 410 **FS** : **Et est-ce que par exemple la deuxième, vous avez des**
- 411 **difficultés parfois à coordonner cette notion qui peut être**
- 412 **revalorisante pour la personne et des activités qui ne satisfont pas**
- 413 **ce point là mais que vous êtes obligé de faire dans un contexte de**
- 414 **rééducation ?**
- 415 **E3** : *C'est vrai que ce n'est pas toujours évident cette notion de*
- 416 *plaisir et de bien-être. Je pense que c'est aussi un billet d'accroche*
- 417 *pour que les personnes adhèrent à certaines prises en charge par*

418 *l'aspect plaisir. Mais j'ai l'impression que quand les personnes sont*
419 *dans cette difficulté-là par rapport à leur handicap c'est difficile pour*
420 *elle. Je pense qu'elles ne sont pas forcément ouvertes. Même le lien*
421 *social ne peut ne pas être évident par un moment non plus. Je pense*
422 *qu'il y a quand même une partie fermée par rapport à ce qui leur*
423 *arrive et du coup la notion de plaisir et de bien-être ne sont peut-être*
424 *plus au premier plan pour ces personnes là. Car il y a l'aspect*
425 *dépressif, du coup ce n'est pas évident pour elles d'arriver à ces*
426 *aspects la mais c'est quand même intéressant d'aller chercher ce qui*
427 *pourrait être un moment de plaisir ou de bien-être. C'est là que*
428 *parfois on se piège avec cette notion là, car on peut se dire que l'on*
429 *peut s'appuyer sur des choses qu'elles aimaient faire avant et puis du*
430 *coup parfois on se rend compte que finalement... Et puis les besoins*
431 *ce n'est pas toujours moteur, ça peut l'être pour les personnes qui*
432 *veulent coûte que coûte devenir autonomes et retrouver tel aspect ou*
433 *tel autre ça peut être moteur. Quand la personne cherche vraiment à*
434 *retrouver la fonction qui est déficitaire même quand elle voit qu'il n'y*
435 *a plus rien, c'est une telle souffrance que généralement il faut du*
436 *temps pour la dépasser.*

437 *C'est vraiment un cheminement qui est propre à chacun.*
438 **FS : Question. On en a déjà parlé, est-ce que vous souhaitez**
439 **rajouter quelque chose ?**
440 **E3 : Non.**
441 **FS : Quelles types d'activités pouvez-vous proposer à la personne**
442 **dans l'objectif de la revaloriser ?**
443 **E3 : A certains moments, je peux ne pas du tout être accés sur**
444 **l'aspect de récupération mais plus l'aspect de compensation ou plus**
445 **carrément chercher ce qui va lui permettre effectivement de tenir face**
446 **à cette difficulté à vivre cette situation. Mais j'avoue que parfois c'est**
447 **difficile et parfois on rame pas mal pour trouver matière à... Je me**
448 **dis qu'il y a peut être les aspects de groupe par rapport à ces vécus**
449 **là, faire euh...**
450 **FS : Des échanges entre les personnes ?**
451 **E3 : Oui voilà, des échanges, c'est peut-être entre les personnes qui**
452 **ont dépassé et celles qui ont des difficultés. Je n'ai jamais travaillé**
453 **dans ce sens là, mais je me dis que ça peut-être intéressant à certains**
454 **moments de part l'échange, d'échanger par rapport à leur vécu.**
455 **FS : C'est vrai.**

456 **E3** : *C'est une chose que je n'ai jamais faite. Car parfois c'est*
457 *difficile on se sent assez impuissant pour proposer des activités.*
458 *J'essaie aussi des activités manuelles, pour certaines personnes elles*
459 *peuvent se découvrir un intérêt, il y en a qui l'ont toujours eu et il y*
460 *en a qui le découvrent. Mais ce n'est pas toujours accepté non plus. Il*
461 *y en a qui disent « mais tant que vous ne faites pas travailler mon*
462 *bras ça sert à rien ».*
463 **FS** : **Ah oui ils sont vraiment sur le faire.**
464 **E3** : *Sur le faire et sur la récupération.*
465 **FS** : **Et pas la compensation de ses habitudes de vie antérieure.**
466 **E3** : *Oui, et bien non. Quand on peut travailler sur les compensations*
467 *c'est gagner quoi. On peut arriver à plein de choses. Mais quand la*
468 *personne tient vraiment à retrouver sa fonction déficitaire, là il y a*
469 *quand même un travail personnel qui est incontournable. Ça peut*
470 *prendre du temps.*
471 **FS** : **ça touche presque même l'amour propre de la personne.**
472 **E3** : *Après ça peut être fait en pluridisciplinarité, avec une*
473 *psychologue. Si la personne peut adhérer à une démarche avec un*
474 *travail personnel. Ce n'est pas gagner à chaque fois ça, mais ça peut*

475 *être aussi proposé.*
476 **FS** : **Un travail pluridisciplinaire autour de la personne.**
477 **E3** : *Bien sûr. Peut-être aussi la psychomotricité par rapport au vécu*
478 *du corps. On n'est pas tout seul à porter la personne par rapport à ça*
479 *et heureusement.*
480 **FS** : **Vous appuyez-vous sur des modèles théoriques pour aborder**
481 **cette notion de revalorisation dans vos prises en charge, je vous**
482 **en cite quelques uns : Kielhofner, Rosemary Hagedorn, la théorie**
483 **du flow ou d'autres ?**
484
485 **E3** : *Kielhofner je l'utilise à certains moments. Les autres je ne les*
486 *connais pas. Parfois pour rechercher un centre d'intérêt, ça m'arrive*
487 *d'utiliser Kielhofner par rapport à ça. Pour voir un peu les champs*
488 *d'intérêts de la personne et puis du coup à travers ces champs la,*
489 *voir ce que l'on peut lui proposer déjà dans le service ici, voir quelle*
490 *activité pourrait l'intéresser.*
491 **FS** : **D'accord. Du coup vous allez vers les centres d'intérêt de la**
492 **personne à part le fait que vous m'avez dit que l'activité**
493 **signifiante n'est pas toujours bien vécue par la personne. Mais le**

XXX

494 centre d'intérêt motive et pousse la personne à faire du chemin
495 par rapport à sa patho. Quand même de fixer les objectifs en
496 fonction de ses centres d'intérêts pour vous ?
497 E3 : La difficulté c'est de franchir le cap, à un moment donné et
498 d'accompagner la personne, je parle pour moi. Quand la personne
499 est au tout début, elle a l'espoir de récupérer, donc on l'accompagne
500 de toute façon là dedans même si on essaye déjà d'immiscer des
501 aspects de compensation et on voit comment c'est reçu, pas toujours
502 très bien. Mais après ce qui est difficile c'est au bout de 3 voir 6 mois
503 c'est d'accompagner la personne dans ce virage. En tant que
504 thérapeute on ne peut pas la maintenir dans l'illusion d'une
505 récupération à un moment donné. Il faut bien quand même apporter
506 cette notion que plus rien ne sera jamais comme avant. Ça ne veut
507 pas dire que plus rien n'est possible, mais plus rien ne sera jamais
508 comme avant et réfléchir et commencer à envisager les choses
509 autrement. Il faut quand même bien l'accompagner là dedans. On ne
510 peut pas faire comme la personne et dire « et bien écoutez on va
511 attendre que ça récupère » le problème il est là, c'est de
512 l'accompagner dans ce virage là. Quand la personne est dans

513 l'attente d'une récupération, qu'elle ne traverse pas. Il y en a qui
514 traversent naturellement donc on ne sait pas comment ça marche, car
515 il y en a qui y arrivent, on a l'impression, sans effort sans énergie
516 monstrueuse et d'autres qui s'épuisent dans cette attente de
517 récupération, qui dépriment. Il y a cet aspect dépressif sous-jacent.
518 Cette perte là, elle est visiblement insurmontable. Et à un moment
519 donné si on a tous les éléments qui nous permettent de dire qu'il n'y a
520 plus à attendre que ça récupère, il faut bien pouvoir le signifier et
521 accompagner vers autre chose. Et pour certaine personne c'est
522 vraiment difficile.
523 Je ne sais plus à quelle question je répondais ?
524 FS : C'est par rapport aux modèles théoriques sur lesquels vous
525 vous appuyez et vous me parlez de Kielhofner avec les centres
526 d'intérêt.
527 E3 : Donc les centres d'intérêt souvent ça peut être quand même un
528 moyen même si ce n'était pas des choses qui faisaient partie des
529 habitudes de vie antérieure. Elle peut avoir des centres d'intérêt
530 autour de choses qu'elle ne pratiquait pas forcément. Ça peut quand
531 même donner des idées sur des pistes qui sont à développer ou que

532 *l'on peut tester.*

533 FS : **Pour qu'elle s'investisse dans des choses qui lui plaisent et**

534 **qu'elle arrive à...**

535 E3 : *Avoir des choses qui gardent du sens et du plaisir et pouvoir se*

536 *reconstruire sur des éléments qu'elle avait puis d'autres qu'elle*

537 *n'avait pas forcément développés.*

538 FS : **Pour vous, est-ce que le cursus de formation initiale est**

539 **suffisant concernant la pratique de l'ergothérapeute par rapport**

540 **à l'impact psychologique que peut avoir un traumatisme**

541 **physique ?**

542 E3 : *Non car en fait je ne me rappelle pas avoir eu vraiment, même*

543 *en psycho, je ne me rappelle pas avoir des notions par rapport à ça.*

544 *C'est vraiment dans la pratique que l'on est confronté à ça et que*

545 *l'on est amené à réfléchir à comment aider la personne, à s'appuyer*

546 *sur ses compétences. Et il y a aussi la supervision, nous avons la*

547 *chance d'avoir une supervision au niveau de l'équipe*

548 *d'ergothérapeute et de pouvoir poser ses problématiques là. Du coup*

549 *souvent ça permet d'avoir un regard différent et une écoute différente*

550 *par rapport à la problématique de la personne. Et parfois des choses,*

551 *qui faisaient un peu nœud, arrivent parfois à de délier simplement du*

552 *fait d'avoir pu en parler. On se rend compte que la personne peut*

553 *aller parler de choses, simplement le fait que ce nœud ne soit plus un*

554 *point de blocage, du coup ça permet de délier certaines choses.*

555 FS : **Vous avez déjà répondu à ma question précédente qui est :**

556 E3 : *Oui. Et il y a aussi l'échange avec les collègues. Heureusement*

557 *on peut le faire entre nous.*

558 FS : **Et est-ce que vous avez réalisé des formations qui ont pu**

559 **recouper le sujet que l'on aborde ?**

560 E3 : *Non. J'ai eu une formation sur les troubles de comportement*

561 *mais ça n'éclaircit pas cet aspect là. J'en ai fait une également sur la*

562 *relation soignant-soigné. Mais non.*

563 FS : **Avez-vous des choses à ajouter ?**

564 E3 : *Non.*

Annexe VII

- 18 FS : Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure ?
- 19 structure ?
- 20 E4 : *Depuis pratiquement 20 ans.*
- 21 FS : **Avant, vous avez travaillé dans quel type de structure ?**
- 22 E4 : *J'ai travaillé quelques mois dans un établissement similaire à*
- 23 *celui-ci sur la région lyonnaise, et puis quelques mois auparavant*
- 24 *encore dans un centre équivalent de la région marseillaise.*
- 25 FS : **En neurologie ?**
- 26 E4 : *En neurologie, toujours, oui.*
- 27 FS : **Je vais entrer dans le vif du sujet : comment arrivez-vous**
- 28 **dans votre pratique, à repérer les différents moyens que peut**
- 29 **mettre en place une personne face à son traumatisme, formulé**
- 30 **différemment, comment arrivez-vous à cerner où en est la**
- 31 **personne dans son cheminement vers l'acceptation de son**
- 32 **handicap ?**
- 33 E4 : *Comment j'arrive à cerner ça... Déjà, par le premier entretien,*
- 34 *par les entretiens suivants, par l'observation aussi : comment la*
- 35 *personne se comporte, comment elle se tient... En me renseignant*
- 36 *aussi auprès de l'équipe pour savoir si c'est quelqu'un qui est en*
- 1 Entretien numéro 4 : Ergothérapeute numéro 4
- 2
- 3
- 4 **Flora Schindelé (FS) : Bonjour.**
- 5 **Ergothérapeute n° 4 (E4) : Bonjour.**
- 6 **FS : Dans quel type de structure travaillez-vous ?**
- 7 **E4 : En centre de rééducation fonctionnelle, en soins de suite et de**
- 8 *réadaptation.*
- 9 **FS : Auprès de quels patients ? Quelles sont les pathologies qu'ils**
- 10 **présentent ?**
- 11 **E4 : Essentiellement neurologie, avec ou sans complication liée à une**
- 12 *addiction.*
- 13 **FS : D'accord... Neurologie ?**
- 14 **E4 : Neurologie adulte, neurologie centrale.**
- 15 **FS : Pas de blessés médullaires ?**
- 16 **E4 : Pas de blessés médullaires. Neurologie centrale type traumatisés**
- 17 *crâniens, hémiplésies ...*

XXXIII

37 retrait dans le service, ou si c'est quelqu'un qui sort de sa chambre,
38 qui se lie avec d'autres patients ; en me renseignant sur ses
39 habitudes, j'allais dire sur son comportement social. En discutant
40 avec mes autres collègues, aussi, qui interviennent auprès de la
41 personne : psychologues, psychomotriciens...

42 **FS : Et par rapport à son cheminement (là j'aborde plus la notion**
43 **de travail de deuil), est-ce que vous parvenez à voir à quel stade**
44 **en est la personne ? C'est assez facile pour vous de vous rendre**
45 **compte de... ?**

46 **E4 : Ce n'est pas toujours facile, non [rires] ...Ce n'est pas toujours**
47 **facile, surtout que les étapes ne sont pas toujours bien distinctes, en**
48 **fait. Je trouve qu'il y a souvent des chevauchements des étapes en fait**
49 **: la personne est d'abord dans sa phase de révolte, après il y a la**
50 **phase dépressive, mais qui arrive un peu en même temps, un peu en**
51 **chevauchement, donc ce n'est pas toujours évident à repérer. Voilà,**
52 **donc dans ces cas là j'essaie d'en parler avec mes collègues**
53 **homologues professionnels ergo, soit avec les collègues**
54 **pluridisciplinaires qui interviennent, soit avec le psychologue qui fait**
55 **la supervision pour repérer où en est la personne.**

56 **FS : Et vous c'est plus par ses comportements quand vous la**
57 **rencontrez que... ?**

58 **E4 : ...C'est l'ensemble : les comportements et puis les propos aussi,**
59 **les deux étant bien souvent liés : l'infra-verbal et le verbal, en**
60 **général, en concordance. On se base donc sur l'observation des**
61 **deux, en essayant d'amener la personne dans la discussion, en**
62 **l'amenant à verbaliser aussi son vécu, soit dans le refus, soit dans la**
63 **dépression, soit dans la révolte, en essayant d'aborder ces thèmes-là.**

64 **FS : Est-ce que vous connaissez, ou avez déjà entendu parler des**
65 **termes de coping ou de résilience ?**

66 **E4 : De résilience, oui. Pas de coping.**

67 **FS : En fait je mentionne les deux, parce coping est le terme**
68 **anglo-saxon.**

69 **E4 : Ah d'accord.**

70 **FS : On ne sait jamais, si la personne a suivi un cursus**
71 **particulier... Qu'est-ce que ce mot de résilience évoque pour**
72 **vous ?**

73 **E4 : Alors c'est vrai que je n'ai pas une définition très très précise du**
74 **terme [rires...]**

75 **FS** : **Je n'attends pas une définition précise.**
76 **E4** : *Pour moi, c'est avoir la capacité de pouvoir positiver à partir de*
77 *son vécu, de son expérience, d'une expérience négative, ou qui*
78 *pourrait s'avérer négative, et d'avoir la capacité de la positiver, et*
79 *du coup pouvoir s'en servir pour avancer.*
80 **FS** : **Oui. C'est bien défini [rires]. Pour vous, la prise en charge en**
81 **ergothérapie des personnes présentant un traumatisme physique,**
82 **que vous rencontrez dans votre service, doit-elle passer par une**
83 **revalorisation de soi ?**
84 **E4** : *Bien sûr, oui, c'est essentiel. Ce n'est pas toujours facile à faire,*
85 *mais c'est effectivement essentiel pour que la personne puisse*
86 *accepter et avancer dans son travail de deuil. Il faut une*
87 *revalorisation et la reprise de confiance en soi.*
88 **FS** : **Et vous est-ce que vous êtes déjà questionnée sur les**
89 **compétences de l'ergothérapeute par rapport à cette notion de**
90 **revalorisation ?**
91 **E4** : *Oui, tout à fait. Pour moi c'est évident qu'en ergothérapie, dans*
92 *la mesure où l'on travaille au plus près du quotidien de la personne,*
93 *par le biais d'activités, et d'activités qui ont la possibilité d'être*

94 *ludiques, et choisies par la personne, on peut travailler du coup*
95 *beaucoup plus facilement que certaines autres professions sur la*
96 *revalorisation. On peut accompagner la personne dans des étapes*
97 *difficiles pour lui permettre de reprendre confiance en elle, de*
98 *l'assurer qu'elle peut effectivement faire, et donc lui permettre de se*
99 *revaloriser, et puis lui permettre d'être dans la notion de plaisir. La*
100 *revalorisation est beaucoup plus facile quand on est dans une notion*
101 *de plaisir, que dans une notion de contrainte ou autre.*
102 **FS** : **Vous avez déjà en partie répondu, mais je vous pose la**
103 **question : par quels moyens intervenez-vous auprès de la**
104 **personne pour la revaloriser dans votre pratique**
105 **d'ergothérapeute ?**
106 **E4** : *J'en ai parlé précédemment : par les activités, par les mises en*
107 *situation de la vie quotidienne que la personne souhaite reprendre. Je*
108 *trouve que ce qui est important aussi c'est de vraiment partir de la*
109 *demande de la personne : de quoi a-t-elle envie, à quoi elle a envie*
110 *d'arriver ? Et là on est sûr, si on peut parvenir à finaliser cette*
111 *activité, de pouvoir faire gagner la personne en confiance et en*
112 *valorisation. Puisque c'est justement le domaine qu'elle se met en*

113 *priorité, là, effectivement, elle va se sentir revalorisée beaucoup plus.*
114 **FS** : **Du coup c'est peut-être difficile pour vous parfois de**
115 **constater un centre d'intérêt mais de se demander si elle est**
116 **capable, même avec des compensations, de le pratiquer.**
117 **E4** : *Voilà, alors il y déjà la difficulté de faire exprimer à la personne*
118 *ce qu'elle souhaite vraiment faire, et quel domaine elle souhaite*
119 *investir : des fois la phase de deuil est tellement difficile, avec des*
120 *pressions tellement importantes qu'il n'y a plus de motivation, il n'y*
121 *a plus de souhait, il n'y a plus d'envie. Il s'agit donc déjà de recréer,*
122 *de refaire émerger une envie. Il y déjà ce travail-là. Et puis après,*
123 *arriver effectivement à choisir la bonne activité dans laquelle on est*
124 *quasiment sûr de mettre la personne en réussite, et pas en échec. Ce*
125 *n'est pas toujours évident, mais... c'est possible aussi.*
126 **FS** : **Vous répondez à ma question suivante : utilisez-vous**
127 **l'activité comme un moyen de revalorisation.**
128 **E4** : *Oui.*
129 **FS** : **Oui, d'autant plus si la personne a un intérêt pour celle-ci.**
130 **E4** : *D'autant plus, oui.*
131 **FS** : **Je vais vous présenter des caractéristiques que peut avoir**

132 **une activité. Je vais vous demander si vous pensez qu'elles sont**
133 **nécessaires pour valoriser une personne. Et puis vous pouvez me**
134 **dire ce que vous pensez de ses caractéristiques. Je vous les cite.**
135 **L'activité doit par exemple pour la personne satisfaire des**
136 **besoins, être notion de plaisir et de bien-être, ...**
137 **E4** : *Ça oui...*
138 **FS** : **...rétablir un lien social, mettre en avant le potentiel de la**
139 **personne, être signifiante, autres... Qu'est-ce que vous retenez ?**
140 **E4** : *Dans l'activité proposée ?*
141 **FS** : **Oui.**
142 **E4** : *Je ne mettrai pas satisfaire des besoins en priorité, je*
143 *retiendrais la notion de plaisir et de bien-être, je garderais « mettre*
144 *en avant le potentiel de la personne » et « être une activité*
145 *signifiante ». Le lien social, c'est... je pense que ce n'est pas*
146 *forcément le but immédiat. Ce peut être, selon l'avancée de la*
147 *personne et selon son niveau de dévalorisation, une étape, mais qui*
148 *serait peut-être plus une étape finale. Par expérience, la*
149 *confrontation au groupe et au social, c'est beaucoup plus difficile.*
150 **Dans le cas d'une personne dévalorisée, c'est quand-même très**

151 délicat à faire. Voilà, donc je ne le mettrais pas forcément en priorité
152 pour l'activité. Et puis « satisfaire des besoins », c'est pareil, je ne le
153 mettrais pas en priorité, parce que là on n'est pas sur le plan du
154 besoin, on est vraiment sur le plan du vécu de la personne. Et après il
155 y a des besoins... Oui, bon, après ça dépend ce qu'on sous-entend
156 par « besoins ». Moi je l'entend-là comme besoins dans la vie
157 quotidienne. Je ne sais pas si ça peut-être entendu comme ça ?
158 **FS : Oui, comment est-ce que vous vous l'entendez ?**
159 **E4 :** *Moi je l'entends comme ça, du coup pour moi ce n'est pas*
160 *forcément une priorité, parce que les gens ne se revalorisent pas*
161 *forcément au moyen des besoins quotidiens. Après ça dépend de*
162 *l'activité significative. Avant tout c'est savoir quelle est l'activité*
163 *significative. Ça oui. Alors ce peut-être effectivement, je pense à la*
164 *toilette, voilà, satisfaire les besoins de toilette, ou avoir*
165 *l'indépendance suffisante pour aller aux toilettes. Mais bien souvent*
166 *ce n'est pas sur des choses comme ça que les gens se sentent*
167 *revaloriser. Mais si pour la personne c'est une activité significative,*
168 *effectivement je vais miser, je vais partir sur cette activité-là. Mais*
169 *bien souvent ce n'est pas le cas en fait.*

170 **FS :** **Et être notion de plaisir et bien-être vous le relevez en**
171 **priorité ?**
172 **E4 :** *Oui, ah oui. Vraiment en priorité « notion de plaisir et de bien-*
173 *être ». « Mettre en avant le potentiel de la personne », et « être une*
174 *activité significative ».*
175 **FS :** **Comment comprenez-vous « Mettre en avant le potentiel de**
176 **la personne » ?**
177 **E4 :** *Moi je l'entends comme une activité qui va montrer à la*
178 *personne qu'elle est capable de faire.*
179 **FS :** **Et du coup en tant qu'ergo, vous réfléchissez à une activité**
180 **qui pourrait...**
181 **E4 :** *... qui pourrait en même temps permettre à la personne de*
182 *réussir cette activité, et donc de ce dire « Ah ben je suis capable de*
183 *faire telle chose, puisque j'ai telle capacité, tel potentiel ».*
184 **FS :** **Dans votre pratique rencontrez-vous des difficultés pour**
185 **proposer des activités en lien avec ces caractéristiques que j'ai**
186 **citées précédemment ? Par rapport aux moyens par exemple que**
187 **vous avez dans votre structure, est-ce que vous vous rendez**
188 **compte qu'il y a des choses que vous aimeriez travailler avec la**

XXXXVII

189 **personne...**
190 **E4** : ...*Mais sans en avoir les moyens ?*
191 **FS** : **Peut-être, oui ça peut être cela la difficulté, ou d'autres**
192 **difficultés...**
193 **E4** : *C'est vrai que selon les personnes... Chaque individu à sa*
194 *particularité, donc du coup chaque individu a ses besoins. Donc c'est*
195 *vrai que parfois c'est difficile de « lisser » sur l'ensemble des patients*
196 *et d'utiliser les mêmes activités. Des fois il manque aussi tout le*
197 *versant extérieur à l'établissement, et pouvoir mettre la personne en*
198 *activité chez elle, parce que les patients nous disent « oui, ici c'est*
199 *facile, ici, effectivement je peux le faire, mais il y a telle personne*
200 *avec moi... » Donc si c'était fait « chez eux »— et des fois on ne peut*
201 *pas, car il n'y a pas de famille pour les recevoir le week-end, donc*
202 *voilà, il y a un contexte qui ne permet pas de faire cette mise en*
203 *situation, cette activité à domicile. Donc oui, on peut être limité par*
204 *ça. Après je pense que dans l'institution où je suis on a quand même*
205 *pas mal de moyens et on a la possibilité de créer des outils ou des*
206 *activités si on l'estime nécessaire. Donc on a quand même une*
207 *certaine liberté, et les moyens je pense de les mettre en œuvre.*

208 **FS** : **Est-ce que vous rencontrez d'autres difficultés sur ces**
209 **caractéristiques, par exemple sur celle intitulée « être une activité**
210 **signifiante ».** **Vous parlez de trouver les centres d'intérêt de la**
211 **personne... Comment vous y prenez-vous dans votre pratique**
212 **pour essayer de trouver ces centres d'intérêt. Est-ce que c'est**
213 **difficile ou est-ce que ça vient naturellement ?**
214 **E4** : *Ça peut être difficile selon les phases de deuil où se trouve la*
215 *personne, comme on l'a dit : elle peut-être complètement inhibée, et*
216 *du coup, trouver une activité qui soit encore signifiante n'est pas*
217 *facile. Moi j'utilise soit la rétrospection, c'est-à-dire voir dans le*
218 *passé quelles ont pu être les activités significatives, et du coup*
219 *permettre à la personne de réfléchir, au moins, sur le passé. Et du*
220 *coup peut-être qu'en se disant « dans le passé j'avais telle activité*
221 *significative » la personne peut revenir sur le présent en se disant*
222 *« est-ce que pour moi elle est toujours significative ou pas », et pour*
223 *cela il y a un outil qui est très bien c'est Kiehlhofner, le questionnaire*
224 *sur les habitudes de vie de Kiehlhofner.*
225 **FS** : **Vous le faites passer ?**
226 **E4** : *De temps en temps, oui.*

XXXVIII

227 **FS** : **Et vous sentez qu'il vous aide cet outil, pour cerner une**
228 **activité valorisante ?**
229 **E4** : *Oui, car il permet ce travail d'aller et venue entre le passé et le*
230 *présent, voire le futur, mais au moins déjà le présent, et je trouve*
231 *qu'il permet... qu'il permet de faire émerger des réflexions, ou au*
232 *moins des envies, ou un côté signifiant pour la personne, un côté*
233 *« valeur » pour la personne. Après, il y a la relation de confiance qui*
234 *peut s'instaurer, la relation thérapeutique qui peut s'instaurer aussi*
235 *et qui peut être un levier. C'est-à-dire que les personnes n'ont pas*
236 *forcément « l'énergie de », « l'envie de », « la motivation pour »,*
237 *mais bon il y a quelque chose qui se joue dans la relation, de l'ordre*
238 *de la confiance, et ils se laissent, ils se laissent un peu emmener avec*
239 *nous, quoi. Je pense à une personne, là, entre autres, pour laquelle*
240 *on vient de faire un groupe communautaire, et cette personne a dit*
241 *dans le bilan : « J'étais pas très partante, je me suis laissé un peu*
242 *mener ; finalement je ne regrette pas, j'ai appris plein de choses sur*
243 *moi, j'ai découvert que je pouvais faire des choses »*
244 **FS** : **C'est important, oui, qu'il y ait cette relation de confiance...**
245 **E4** : *Je pense que la relation elle joue aussi, elle peut jouer aussi,*

246 *pour être un peu un moteur, faute de l'énergie, faute de l'énergie, qui*
247 *est vitale au départ quoi.*

248 **FS** : **C'est peut-être d'autant plus difficile pour l'ergothérapeute**
249 **s'il a guidé la personne mais qu'il se rende compte qu'il ne l'a pas**
250 **guidée...**

251 **E4** : *...dans le bon endroit. Oui. C'est pour cela que je ne m'en sers*
252 *pas à priori, d'autant que cette personne, quand je lui ai proposé un*
253 *groupe communautaire, je n'ai pas eu l'impression d'une résistance,*
254 *justement. Elle m'a dit « oui, oui », qu'elle était partante, et c'est*
255 *dans le bilan que c'est ressorti. Donc j'étais un peu surprise*
256 *effectivement de me rendre compte qu'elle y était allée à reculons. Je*
257 *n'avais pas perçu ce sentiment-là. Je n'avais pas perçu cette*
258 *résistance.*

259 **FS** : **Vous me parlez de la grille Kielhofner pour déterminer une**
260 **activité signifiante...**

261 **E4** : *Oui, on y a recours quand on est un peu coincé, qu'on a du mal*
262 *à trouver une activité signifiante. On utilise ce questionnaire de*
263 *Kielhofner. Et puis je crois qu'il faut pouvoir aussi prendre du temps*
264 *avec la personne, c'est pour cela aussi que je parlais de la relation,*

XXXIX

265 dans le sens où il faut prendre du temps pour parler, pour peut-être
266 ne pas mettre tout de suite une activité en place. Avoir l'écoute aussi,
267 pour pouvoir aussi revaloriser la personne pas forcément par le
268 « faire » directement, mais déjà par la présence, et par ce qu'elle
269 peut donner : parfois les gens ne peuvent donner autre chose de
270 la parole. Ils ne sont pas encore dans le « faire », et bon, eh bien il
271 faut aussi savoir prendre ce temps-là aussi, si c'est nécessaire.

272 **FS : Intéressant... Et pour l'autre caractéristique que vous avez**
273 **retenue, « être notion de plaisir et de bien-être », est-ce que vous**
274 **rencontrez des difficultés ?**

275 **E4 : Ça ce n'est pas toujours facile c'est là aussi où on voit la**
276 **difficulté de la personne à être dans la notion de plaisir. : Il y a des**
277 **personnes qui vont choisir une activité, et qui au bout de quelques**
278 **semaines vont dire « cette activité, elle ne m'intéresse pas du tout »,**
279 **alors qu'ils savaient du départ ce dont il s'agissait. Ils disaient « ah**
280 **ben oui je connais la mosaïque, la vannerie, je veux bien en faire » et**
281 **finalement ils se rendent compte qu'ils ne sont pas là-dedans, ou ne**
282 **sont plus là-dedans. Mais c'est intéressant aussi de pouvoir du coup**
283 **en parler et aider la personne à affiner sa propre connaissance de**

284 soi.

285 **FS : Donc vous en tant qu'ergothérapeute, si vous choisissez une**
286 **activité pour faire travailler tel ou tel point, vous prenez en**
287 **compte le fait de savoir si la personne s'implique ou non dans**
288 **cette activité ?**

289 **E4 : Oui absolument. Je ne vais jamais imposer une activité à un**
290 **patient.**

291 **FS : Mais même au-delà du fait qu'elle soit imposée ou nom, vous**
292 **en reparlez avec elle pour voir si elle lui convient toujours et si**
293 **elle se sent bien.**

294 **E4 : Oui, voilà. Par contre, effectivement, je vais peut-être prendre**
295 **du temps pour la terminer cette activité et expliquer... pour moi, ça a**
296 **du sens que l'activité soit quand-même terminée, même si la personne**
297 **se rend compte que ce n'est pas l'activité qu'elle préfère : c'est**
298 **pouvoir reparler au travers de cette activité d'où elle en est, et puis**
299 **peut-être voir aussi dans quelle mesure elle peut quand même**
300 **terminer, afin de ne pas rester sur quelque chose d'inachevé, parce**
301 **que je trouve que ce n'est pas structurant, et pour le coup pas**
302 **valorisant (puisque'on parle de la valorisation de la personne), mais**

303 *au contraire, arriver à la finaliser, et pouvoir dire, au final, même si*
304 *on a pas un intérêt majeur pour cette activité, la personne a quand*
305 *même pu la finir. En général, c'est quand même important. Après*
306 *voilà, ça peut prendre plusieurs semaines, on peut faire autre chose*
307 *en parallèle. Au lieu de faire une séance activité, on fait une séance*
308 *une demi-heure entretien, une demi-heure activité. Après, c'est « à*
309 *négocié », afin de s'adapter à la capacité de la personne à faire*
310 *cette activité... à la finir surtout. C'est le but dans la mesure du*
311 *possible, après, bon, il y a des patients qui partent, il y a des patients,*
312 *qui vraiment, au bout d'un moment ne peuvent plus faire l'activité*
313 *choisie, parce que peut-être que c'est un cap, qu'ils le franchissent, et*
314 *qu'ils passent à autre chose. Dans ce cas on ne la finit pas, mais c'est*
315 *très très rare. Moi, j'essaie toujours de pouvoir la finir, car je trouve*
316 *que ça a vraiment un sens et un côté revalorisant. On a pu terminer*
317 *quelque chose, quoi.*
318 **FS : Au sujet de la troisième caractéristique que vous avez**
319 **retenue, « mettre en avant le potentiel de la personne », avez-vous**
320 **des exemples qui vous viennent à l'esprit ?**

321 **E4 : C'est dans la reconnaissance qu'à la personne de son propre**

322 **potentiel que c'est difficile : il y a des personnes qui vont réaliser**
323 **l'activité et... et finalement dire : « oui, mais non, je ne l'ai pas fait**
324 **complètement, vous m'avez aidé ». Il y a une difficulté que les**
325 **patients ont de s'approprier véritablement leur performance, en**
326 **renvoyant soit sur le thérapeute, soit sur les autres personnes : « oui,**
327 **on a fait la sortie, mais il y avait toujours quelqu'un pour me**
328 **pousser ». Je trouve que les personnes ont vraiment du mal à voir le**
329 **potentiel qu'elles ont.**

330 **FS : Et vous, comment vous agissez-vous dans ces cas-là ?**

331 **E4 : J'essaie de le leur renvoyer après, en disant à chaque fois :**
332 **« oui, mais si vous n'aviez pas voulu venir, vous pouviez ne pas venir,**
333 **donc c'est bien qu'il y avait quelque chose de moteur ». J'essaie de**
334 **toujours bien renvoyer, mais ce n'est pas toujours facile pour les**
335 **gens de l'entendre. Je pense que c'est lié à tout ce que ça leur**
336 **demande : reconnaître qu'ils en ont été capable, c'est reconnaître**
337 **aussi qu'ils en sont à ce stade-là, ou avec ces capacités-là, et donc**
338 **les incapacités qui vont en miroir. C'est peut-être aussi lié à ça.**

339 **FS : Quel type d'activité pouvez-vous proposer à la personne**

340 **dans l'objectif de la valoriser ? Cela peut recouper ce que l'on**

341 **vient d'évoquer.**
342 **E4** : *On a parlé d'activités manuelles, ou d'activités ludiques, de*
343 *jeux, de jeux en groupe par exemple. Avec les outils qu'on a ici, ça*
344 *peut être l'informatique.*
345 **FS** : **Et est-ce que les outils dont vous disposez vous semble**
346 **parfois insuffisants pour aller au bout de ce que vous voulez**
347 **travailler avec la personne par rapport à cette notion ?**
348 **E4** : *La revalorisation ?*
349 **FS** : **Oui, ou autre...**
350 **E4** : *Non, je ne me suis jamais sentie limitée par rapport à cela. On a*
351 *quand même pas mal d'outils, et le principal peut se faire ici, ou bien*
352 *on prend le relais... Je pense que les activités n'ont pas besoin d'être*
353 *très compliquées pour valoriser la personne. Et puis il y a les étapes*
354 *aussi, il y a tout ce qui est sorties, retour à domicile, permissions, etc.*
355 *Ça aussi ça contribue largement à revaloriser la personne. Et puis*
356 *les choses que les personnes vont pouvoir faire, toutes les petites*
357 *activités que les personnes vont pouvoir faire à domicile. Donc*
358 *finalement c'est leur proposer des activités, mais indirectement. On*
359 *n'y est pas, mais c'est vrai qu'en en reparlant : « alors qu'est-ce que*

360 *vous avez fait le week-end dernier ? » , on travaille aussi au travers*
361 *de ces activités-là, même si on n'est pas physiquement présent à leur*
362 *côté.*
363 **FS** : **Ce qui permet de mettre en avant ce qu'ils peuvent faire**
364 **vraiment chez eux.**
365 **E4** : *Voilà, et vraiment se resservir de ces activités pour revaloriser*
366 *la personne, et pour mettre en avant le potentiel. Et du coup, là,*
367 *l'activité, on ne la propose pas en soi, mais on sait très bien que*
368 *quand on va encourager la personne à rentrer à domicile, elle va*
369 *faire ses activités de la vie quotidienne, mais également rencontrer de*
370 *la famille, sortir, même juste sortir de sa maison, sortir à l'extérieur*
371 *sur la terrasse ou dans le jardin... Enfin voilà, ce sont déjà des étapes*
372 *qui renvoient le potentiel de la personne.*
373 **FS** : **Est-ce que vous vous appuyez sur des modèles théoriques**
374 **pour aborder cette notion de revalorisation dans vos prises en**
375 **charge, tels que le modèle de Kielhofner, ou de Rosemary**
376 **Hagedorn, la « théorie du flow » ?**
377 **E4** : *Alors Kielhofner oui, on en a parlé tout à l'heure. Les deux*
378 *autres, je ne les connais pas [rires]. Je ne demande qu'à connaître...*

379 FS : **Alors, je les donne en exemple, mais par rapport à ce que**
380 **vous connaissez, par rapport à Kielhofner, vous l'utilisez surtout**
381 **pour trouver les centres d'intérêt de la personne ?**
382 E4 : *Oui, des activités significatives, puisqu'il y a un questionnaire*
383 *sur les activités, mais un questionnaire sur les rôles aussi, qui*
384 *peuvent être significatifs à retrouver. Et là aussi, c'est vrai qu'on a*
385 *parlé beaucoup de l'activité, mais il y a aussi les rôles que la*
386 *personne peut reprendre, et qui lui paraissent importants :*
387 *l'encourager à reprendre un rôle de membre de famille par exemple,*
388 *ce peut-être important, éventuellement, membre d'association, mais*
389 *ça, c'est plus rare, parce que ça vient plus en fin de prise en charge.*
390 *Mais dès qu'on peut, le travail de valorisation se fait aussi à ce*
391 *niveau-là. Le questionnaire de Kielhofner balait toutes les activités*
392 *de la vie quotidienne, et la personne coche si elle pense bien le faire.*
393 *Il y a donc la notion de potentiel, d'autoévaluation par rapport au*
394 *potentiel, qui est intéressant.*
395 FS : **Oui, vous disiez tout à l'heure que vous trouviez intéressant**
396 **que la personne se rende compte par elle-même de son potentiel.**
397 E4 : *De ce qu'elle peut faire, oui. Il y a aussi l'évaluation de ce*

398 *qu'elle pense pouvoir faire, si elle le fait bien, ce qu'elle aimerait*
399 *pouvoir faire dans l'avenir : est-ce qu'elle aimerait refaire ces*
400 *activités, et est-ce que ces activités ont du sens pour elle, est-ce*
401 *qu'elles sont significatives ? Et c'est intéressant de montrer aux gens*
402 *que, voilà, ils peuvent faire des activités qui ne sont pas significatives*
403 *pour eux, mais parce qu'ils partent du principe qu'il faut le faire,*
404 *mais ça n'a pas beaucoup de sens, du type « laver son linge », bon*
405 *c'est pas très valorisant pour soi, pas très gratifiant, mais bon, il faut*
406 *le faire en même temps... Et à l'inverse, « s'occuper de ses enfants »,*
407 *on le ressent comme une activité complètement valorisante, et pas du*
408 *tout comme une obligation.*
409 FS : **Et donc vous faites passer certaines...**
410 E4 : *Oui, j'utilise certains outils de Kielhofner, et pas forcément toute*
411 *l'évaluation. Je fais passer ce qui est intéressant pour la personne,*
412 *oui. Parce que c'est vrai que ça peut pourrait être très fastidieux :*
413 *c'est toute une batterie de grilles.*
414 FS : **C'est long, non ?**
415 E4 : *Oui. Effectivement.*
416 FS : **Je ne l'ai jamais vu, j'avoue que ça m'intéresserait de le voir.**

417 **E4** : *On l'a nous, ici... [frises] Oui, il y a une trentaine de grilles,*
418 *sachant que chaque grille peut prendre entre un quart d'heure et une*
419 *heure à remplir ... C'est conséquent.*
420 **FS** : *Et quand la personne a rempli cette grille, vous réfléchissez*
421 *avec elle. Si elle a coché beaucoup d'activités, ou quelques-unes,*
422 *comment le choix se fait-il ? Allez-vous faire passer certaines*
423 *activités avant d'autres ?*
424 **E4** : *Oui, on peut faire un travail de priorité. Pour la réalisation des*
425 *activités qu'on pourrait proposer à partir de cette grille ?*
426 **FS** : *Oui, par exemple s'il y en a une qui est « laver son linge »,*
427 *qui n'a pas beaucoup de sens et « s'occuper de ses enfants »,*
428 *vous...*
429 **E4** : *Oui, on mettrait en avant plutôt celle qui est significative. Donc*
430 *plutôt « s'occuper des enfants », et on essaierait de voir comment la*
431 *personne peut s'en occuper.*
432 **FS** : *Vous la faites passer avant les autres ?*
433 **E4** : *Oui, parce que du coup c'est valorisant, et on va choisir avant*
434 *tout, comme on le disait, une activité significative qui procure du*
435 *plaisir et du bien-être à la personne. C'est clair qu'on va la faire*

436 *passer avant.*
437 **FS** : *Pour vous, est-ce que le cursus de formation initiale est*
438 *suffisant, concernant la pratique de l'ergothérapeute par rapport*
439 *à l'impact psychologique que peut avoir un traumatisme*
440 *physique, ou par rapport à cette notion de revalorisation ?*
441 **E4** : *Par rapport à ma formation initiale, c'était il y a 20 ans, donc*
442 *c'est vrai que m'étais trouvée assez désemparée en sortant de*
443 *l'école, oui. Je trouvais qu'on n'était pas assez formé par rapport à*
444 *ça. Disons que tout le versant psychologique n'était pas du tout vu,*
445 *dès qu'il s'agissait de l'appliquer dans le domaine fonctionnel, en*
446 *fait. Le domaine psychologique était réservé à la prise en charge en*
447 *psychiatrie. Et du coup, ce sont des choses que j'ai apprises sur le*
448 *terrain, en faisant des formations complémentaires...*
449 **FS** : **D'accord.**
450 **E4** : *...par l'expérience. Et beaucoup aussi depuis qu'on a une*
451 *supervision.*
452 **FS** : **Cette supervision consiste en ... ?**
453 **E4** : *C'est un groupe qu'on a constitué en ergothérapie, avec la*
454 *psychologue du personnel, qui nous propose de nous superviser dans*

455 *nos prises en charge : c'est une réunion mensuelle, d'une heure, où*
456 *on aborde les cas que l'on souhaite aborder, avec le regard de la*
457 *psychologue. Donc on peut partager sur les difficultés que l'on a, soit*
458 *au sujet des cas cliniques que l'on rencontre, soit au sujet du*
459 *fonctionnement en équipe, s'il y a des difficultés de ce type. Sur ce*
460 *qui vous intéresse, les cas clinique, on bénéficie du regard de la*
461 *psychologue, qui nous aide à mettre du sens sur le comportement des*
462 *patients et sur leurs réactions, et à faire du lien aussi entre leur vécu,*
463 *leurs réactions, le projet, notre attitude...*
464 **FS : C'est bien...**
465 **E4 : Oui...**
466 **FS : Donc, pour résumer, dans votre pratique professionnelle**
467 **vous avez des moyens, comme la supervision que vous avez**
468 **évoquée, pour vous questionner sur cette notion. Est-ce que vous**
469 **avez fait d'autres formations, qui ne sont peut-être pas en lien**
470 **direct avec cette notion de revalorisation, mais qui vous ont aidé**
471 **dans votre pratique par rapport à ce sujet ?**
472 **E4 : Oui, j'ai assisté par exemple à des congrès organisés par**
473 **l'Association des Traumatisés Crâniens. C'est vrai que la il y a**

474 *autant des professionnels que des familles, donc du coup il y a aussi*
475 *les familles qui interviennent, avec leur vécu, le regard de la*
476 *personne traumatisée, donc du coup on a un retour et une meilleure*
477 *perception du vécu. Sinon, j'ai fait une formation à l'approche*
478 *systémique, et je pense que cela m'a beaucoup apporté pour*
479 *comprendre les différents mécanismes, les différents mécanismes*
480 *autour de la revalorisation et du lien, et comment en se servant du*
481 *lien, on peut permettre à la personne de se revaloriser également.*
482 *Mais c'est pour cela que je disais que c'est peut-être une étape*
483 *supplémentaire, le lien social...*
484 **FS : ...qui interviendrait donc « après »**
485 **E4 : Oui...**
486 **FS : ...qui interviendrait « après » que la personne est bien avec**
487 **elle, avant d'être bien avec les autres.**
488 **E4 : Oui. Je pense qu'il faut un minimum de confiance en soi et**
489 **d'acceptation de soi pour se trouver confronté aux autres. Sinon,**
490 **c'est vrai que ce peut être violent, la confrontation aux autres...**
491 **FS : Avez-vous des exemples dans votre pratique par rapport à la**
492 **revalorisation, ou pas spécialement ?**

493 **E4** : *Oui, j'ai des exemples de personnes... Ça a été des étapes*
494 *difficiles, ceci dit, c'est vrai que ça a apporté un plus. Enfin, je crois*
495 *que ça a été des étapes difficiles pour la personne, difficile pour moi*
496 *en tant que thérapeute de les accompagner là-dedans, parce que*
497 *voilà, j'avais l'impression de pas avoir proposé la bonne activité, et*
498 *d'être un peu maltraitante, mais avec le regard qu'on a pu avoir,*
499 *avec les mots qui ont pu être mis dessus, c'est vrai qu'en général la*
500 *personne a pu aller plus loin. Cela a pu la faire avancer dans son*
501 *acceptation et son cheminement. Mais c'est vrai que ce sont des caps*
502 *toujours difficiles : la personne a besoin d'être soutenue. Voilà.*
503 **FS** : **Avez-vous quelque chose à ajouter par rapport à ce sujet ?**
504 **E4** : *Eh bien... non...Rien de plus à rajouter.*
505 **FS** : **Eh bien merci en tous cas !**
506 **E4** : *Eh bien de rien...*

Annexe VIII

- 1
- 2 Entretien numéro 5 : Ergothérapeute numéro 5
- 3
- 4 **Flora Schindelé (FS) : Dans quel type de structure travaillez-vous ?**
- 5
- 6 **Ergothérapeute n° 5 (E5) : En centre de rééducation/réadaptation fonctionnelle, en CRF.**
- 7
- 8 **FS : Auprès de quels patients ? Quelles sont les pathologies que vous rencontrez le plus souvent ?**
- 9
- 10 **E5 : De la neurologie assez lourde, adulte. De 17 à 99 ans... C'est très vague, c'est adulte ou ado-adulte quoi. Mais il y a très peu de gens de moins de 18 ans ; il y en a un... Moi je m'en occupe mais c'est très très rare, c'est vraiment un centre de neuro adulte avec des personnes très diverses, des personnes qui ont un traumatisme crânien, qui ont un AVC, qui ont des overdoses, qui se sont pendus, voilà c'est très vaste, beaucoup de personnes âgées avec AVC, traumatismes après une chute, etc.**
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18 **FS : Plus à visée neuro donc ?**
- 19 **E5 : Oui**
- 20 **FS : Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure ?**
- 21
- 22 **E5 : Deux ans.**
- 23 **FS : Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**
- 24 **E5 : Deux ans.**
- 25 **FS : Comment arrivez-vous dans votre pratique à repérer les différents moyens que peut mettre en place une personne pour faire face à son traumatisme ? Autrement formulé comment arrivez-vous à cerner où en est la personne dans son cheminement ou dans l'acceptation de son handicap ?**
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30 **E5 : Grâce à la discussion, l'écoute, l'échange et aussi les mises en situation surtout quand même... Par le biais des mises en situation et de ce qu'on peut proposer, par exemple la prise de repas pour une personne tétraplégique, au fur et à mesure des discussions, le repas c'est souvent quelque chose que les personnes ont envie de faire ou alors le fauteuil roulant, le changement de fauteuil roulant ça dit beaucoup d'où en est la personne, parce plus elle accepte d'en avoir un vraiment qui lui est adapté, de réfléchir par rapport à la**
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37

38 dérégulation/ déambulation peut la personne est dans l'acceptation
39 de l'handicap au quotidien. Mais je pense que la première chose c'est
40 l'écoute et l'échange avec le patient et après c'est toutes les mises en
41 situation auxquelles on est confronté... et l'entourage aussi.
42 L'entourage dit beaucoup.
43 **FS : Et par l'écoute, ou par l'entourage du patient, est ce que**
44 **vous connaissez les étapes du deuil, ou des choses comme ça ?**
45 **E5 :** Non, moi je... avec le kiné, enfin toute l'équipe
46 pluridisciplinaire, déjà on a régulièrement des réunions de synthèse
47 et des choses comme ça donc du coup là les psys elles nous disent dit,
48 si jamais elle est suivi en psy ou en neuropsychy, où la personne en est
49 éventuellement, après c'est à nous d'instaurer une relation de
50 confiance suffisante pour arriver à percevoir euh... par exemple, il y
51 a des personnes qui vont mettre 6 mois, enfin 3 mois avant d'avoir
52 envie de changer de fauteuil, il y en a, dès la première semaine qui
53 ont envie de changer de fauteuil. Ou alors sur l'aménagement de la
54 chambre. Il y en a, dès le deuxième jour ils veulent un contrôle
55 d'environnement. Pour les personnes tétraplégiques assez hautes
56 hein, C5, C4... Et il y en a qui en voudront jamais.

57 **FS : D'accord.**

58 **E5 :** Mais moi je pense que c'est vraiment personne dépendant et
59 histoire dépendante, et beaucoup aussi comment est arrivé la lésion
60 médullaire, c'est-à-dire est ce que c'est un accident lié par un tiers,
61 est ce que euh, est ce que c'est lui-même qui a eu un accident, et c'est
62 la faute à pas de chance et du coup il est... pas responsable de ça
63 mais du coup il a participé à son accident plus ou moins, ou est ce
64 que c'est vraiment un tiers qui est responsable de tout ça et du coup
65 ben il y a la colère, et toute cette colère doit d'abord passer, il y a des
66 choses comme ça c'est... voilà. S'il a des enfants, s'il n'a pas
67 d'enfants, s'il est entouré, bon c'est beaucoup ça hein... Mais après il
68 y a des gens qui seront jamais en colère hein. Après c'est aussi
69 beaucoup euh... quelle est la durée de séjour prévue pour le patient,
70 si le médecin tout de suite nous dit qu'on a pas mal de temps devant
71 nous, bah du coup on a pas besoin de presser les choses on va au
72 rythme du patient tout ça et... et ça c'est triste à dire mais s'il est là
73 que trois mois par exemple, ou quatre mois ou six mois c'est pas
74 pareil que si il peut rester jusqu'à un an/an et demi quoi.

75 **FS : D'accord.**

76 **E5** : *Après de toute façon si la personne n'est pas à l'initiative ou*
77 *n'adhère pas à ce qu'on propose euh... ça ne marche pas.*
78 **FS** : **Oui.** *Et vous avez parfois des difficultés rencontrées par*
79 *rapport à ça ?*
80 **E5** : *A l'acceptation ?*
81 **FS** : **Oui, par rapport à ce que vous pouvez proposer...**
82 **E5** : *Ah oui bien sûr, enfin, oui oui oui, mais bon enfin, c'est un refus*
83 *ou ils préfèrent pas à un certain moment parce que voilà, ils pensent*
84 *que ça va récupérer, et tout ça, et puis petit à petit on repropose et ça*
85 *marche, c'est pour ça que je vous dit que la discussion, l'échange et*
86 *la relation de confiance, ce sont vraiment des termes qui sont clés*
87 *dans la prise en charge de la personne handicapée. Parce que si elle*
88 *peut plus faire toute seule elle est capable de décider quand même*
89 *souvent. Enfin du moins pour les personnes tétraplégiques. Après*
90 *pour les personnes traumatisées crâniennes c'est autre chose mais ils*
91 *sont à l'initiative d'une initiative d'une décision, ils s'impliqueront,*
92 *ils auront l'impression d'être acteurs et d'être encore décideurs de*
93 *leur vie quoi.*
94 **FS** : **Oui. C'est intéressant. Est-ce que vous connaissez les termes**

95 **de « coping » ou de « résilience » ?**
96 **E5** : *« Résilience » oui, l'autre non...*
97 **FS** : **D'accord oui je le dis parce que c'est le terme anglo-saxon,**
98 **ça englobe le terme de résilience c'est pour ça. Et du coup la**
99 **résilience qu'est ce que ça évoque pour vous ?**
100 **E5** : *Euh qu'est ce que ça évoque pour moi... Bah c'est plus*
101 *acceptation du handicap mais pas au sens négatif du terme, c'est-à-*
102 *dire que ce n'est pas une résignation, il y a quand même de l'espoir*
103 *encore dans la résilience mais il y a une acceptation résonnée du*
104 *handicap. C'est-à-dire qu'ils ont conscience que à l'heure actuelle il*
105 *va falloir faire en sorte de changer les choses pour qu'ils puissent*
106 *encore être acteurs de leur vie mais voilà... Quelque part c'est pas*
107 *pour ça qu'ils se disent pas, peut-être qu'un jour une opération me*
108 *permettra de... Parce qu'il y a plein d'opérations qui sont en cours*
109 *aussi aux Etats-Unis ou ailleurs sur des techniques pour rendre*
110 *possible des connections au niveau de la moelle, ou alors au niveau*
111 *du traumatisme crânien. Le temps fait que, les troubles qui étaient*
112 *majeurs avant peuvent être de plus en plus mineurs mais euh... Après*
113 *voilà, sans perte espoir il y a une acceptation de la situation telle*

114 qu'elle est. Sans perdre espoir forcément de récupération. Ca veut
115 pas dire qu'ils sont ni dans le déni ni dans la négation du handicap,
116 c'est qu'ils ont compris, et après euh ils se disent mais bon, on ne sait
117 pas de quoi demain sera fait... Voilà, c'est ça que ça veut dire pour
118 moi le mot résilience.

119 **FS : D'accord, ben c'est bien défini. Pour vous, la prise en charge**
120 **en ergothérapie des personnes présentant un traumatisme**
121 **physique que vous rencontrez dans votre service doit-elle passer**
122 **par une revalorisation de soi ?**

123 **E5 :** Euh... Ca dépend. Ca dépend, dans le sens où je pense que la
124 revalorisation de soi... en fait moi je trouve que c'est l'institution
125 dans laquelle sont les personnes et la prise en charge
126 pluridisciplinaire qui va faire ou non euh, qui va amener ou pas une
127 perte d'estime de soi, en plus, enfin au début moi j'avais pas du tout
128 cette notion là, je me disais c'est le traumatisme qui change, il y a un
129 avant, un après, avec la personne acceptée telle qu'elle et tout ça ,
130 l'image qu'elle renvoie aux autres, l'image qu'elle renvoie à elle-
131 même bon ça c'est sûr, mais, euh je pense qu'en tout premier lieu il y
132 a quelle place on lui donne dans l'institution dans laquelle elle est,

133 déjà, et le fait de la rendre euh... par exemple la toilette. Quelqu'un
134 qui peut pas faire sa toilette seule, bon une personne hémiplégique
135 très très jeune par exemple, je sais pas moi 28 ans hémiplégique, qui a
136 toute sa tête quand même bon elle peut pas faire sa toilette parce
137 qu'elle a un côté qui est complètement altéré bon, c'est un fait, c'est
138 comme ça, nous on va pas en tant qu'ergo, on travaillera pas
139 forcément l'indépendance et l'autonomie à la toilette parce que c'est
140 pas la question, par contre euh moi ça m'est arrivé de travailler
141 pendant des mois et des mois, le matin, prendre une heure pour
142 accompagner la personne à, être exigeante avec les aidants qu'elle
143 allait avoir, c'est-à-dire, pas exigeante dans le sens « vous faites ce
144 que je dis parce que vous êtes payé pour ça » mais c'est plus arriver
145 à exiger des gens qui vont s'occuper d'elle, de faire comme elle en a
146 envie et pas comme les gens en ont envie. Et ça je pense que
147 l'institution et le fait que les gens soient quand même très cocoonés,
148 très « nursés », très accompagnés, ou alors pas du tout, c'est-à-dire
149 le patient est quand même euh –on le voit hein- pas mal traité mais
150 pas bien traité non plus quoi c'est-à-dire bah on lui demande pas
151 forcément son avis, hop on met de l'eau bon est ce que c'est froid ça

L

152 c'est la base mais est ce qu'elle a envie de garder l'eau pendant
153 qu'on fait la toilette bah nan parce que sinon de toute façon on va
154 s'en mettre partout nous donc va être trempé, ouai mais si c'est son
155 truc à la patiente euh... Faut le faire aussi quoi. Se laver les cheveux
156 trois fois par jour enfin... des choses toutes bêtes hein les patients ils
157 ne sont pas forcément épilepsés, parce que voilà il y a pas assez de
158 personnel, et du coup ils se dévalorisent, se désestiment de plus en
159 plus. Et je pense que ça c'est vraiment primordial, enfin c'est très
160 délétère, avant même si vous voulez de s'accepter avec le
161 traumatisme, parce que ça prend énormément de temps, faut faire
162 une thérapie, ça va prendre du temps, faut vivre avec sa famille, faut
163 retourner dans son environnement, pour vraiment reprendre sa place,
164 voir ce qui va, ce qui va pas, faut faire des weekends... C'est des
165 années après que les gens finissent par arriver à retrouver un
166 équilibre, enfin ça ne vient pas comme ça quoi. Mais par contre ce
167 qui vient comme ça et qui est très délétère c'est la prise en charge
168 dans l'institution. Parce que finalement les patients sont un peu par
169 moment –c'est la faute de personne hein c'est plus une constatation-
170 on va attacher les bras des gens en fauteuil parce que c'est plus

171 simple comme ça, quelqu'un qui tient pas très bien son bras sur
172 l'accoudoir mais qui pourrait le tenir un tout petit peu si vous voulez,
173 parce qu'au début les personnes en tétraplégie c'est simple par
174 exemple vont pas du tout être contre le moteur volontaire c'est assez
175 euh... tout est brouillon quoi rien n'est clair dans leur motricité, mais
176 c'est la seule chose qui bouge... Ils sont prisonniers d'un corps, les
177 bras c'est la seule chose qui bouge. Et ben dans une institution, nous
178 ça se voit par moment hein euh, les gens vont se dire après les ah bah
179 ce sera plus simple si on lui attache les bras avec quelque chose de
180 doux hein pas agressif ni rien, ça part d'une bonne intention, sauf
181 que la personne elle dira rien mais elle va se sentir encore plus
182 prisonnière parce qu'on va lui attacher la seule chose qui bouge en
183 elle quoi, parce qu'on peut pas lui attacher la fête ni le cou mais
184 voilà, donc c'est des choses comme ça qui font que bah on pense
185 avant tout à... bah où alors on oublie de demander ou.. Enfin voilà
186 c'est de toutes petites petites choses, on rentre dans la chambre, il y a
187 un agent d'entretien ce n'est pas grave on va quand même mettre
188 quelqu'un sur la selle ben non, c'est pas possible. Et les gens
189 demanderont pas parce qu'ils savent que les équipes ont pas le

190 temps, etc. Et nous c'est pareil par exemple on va adapter nos
191 horaires, des fois on ne va pas penser que la personne elle voit sa
192 famille l'après-midi, si la personne nous le dit pas et qu'on met une
193 horaire l'après-midi bah voilà. C'est des petites choses comme ça qui
194 font que les gens ne disent rien. Et là je pense que c'est très délétaire.
195 Au-delà de tout ce qu'à mon avis vous avez pu voir au travers de
196 votre mémoire.
197 **FS** : **Oui** disons que j'ai pu l'aborder par rapport aux notions de
198 besoin... prendre en compte les besoins de la personne avant ceux
199 que l'on pourrait penser qu'elle ait besoin par rapport à sa
200 pathologie, enfin en tant que soignant, que ce soit infirmière ou
201 ergo etc., se dire bah là le premier besoin qu'on devrait prendre
202 en compte c'est la sécurité, alors que pour la personne c'est peut-
203 être pas ce qui prime enfin des choses comme ça...
204 **E5** : Enfin finalement l'estime de soi, si on oublie ne serait ce que
205 plusieurs fois, ben au bout d'un moment l'estime de soi elle est très
206 très altérée et ça vient pas du tout de la famille ou quoi que ce soit,
207 enfin si si vous voulez c'est un tout, c'est pas la faute de l'institution,
208 mais moi je trouve vraiment que si on y fait pas très attention et si on

209 discute pas les uns avec les autres ou si on est bouffé par plein de
210 choses bah voilà, c'est quand même très... très délétaire.
211 **FS** : **Vous répondez donc un peu à ma question suivante, vous**
212 **êtes vous déjà questionnée sur les compétences de**
213 **l'ergothérapeute par rapport à la revalorisation ? Je suppose que**
214 **oui...**
215 **E5** : **Oui** je me suis déjà positionnée oui. C'est-à-dire que j'ai déjà
216 fait des mises en situation toilette par exemple sur pendant... deux
217 mois par exemple tous les matins une heure... en fait au moment des
218 sorties souvent ça se fait, on peut mettre en place par exemple auprès
219 d'un médecin, on peut le stimuler... comment dire, puis nous on peut
220 pas non plus pendant onze mois de prise en charge on peut pas le
221 prendre en charge tous les matins mais par exemple au moment où on
222 met en place les aides humaines et ben c'est important de travailler
223 avec le patient par rapport à ça pour que surtout on transcrive pas à
224 la maison ce qui était délétaire dans l'institution.
225 **FS** : **Oui oui...**
226 **E5** : **Donc c'est important de travailler ça justement dans cet objectif**
227 **là à quelques mois de la sortie, sur les patients, là je vous parle qui**

228 *restent un an ou deux en institution pas sur des patients qui sont là*
229 *trois mois.*
230 **FS : Oui oui.**
231 **E5 :** *Enfin oui et non mais du coup ce n'est pas du tout la même*
232 *échelle. Et donc c'est très important je pense dans l'estime de soi*
233 *aussi de donner la possibilité à la personne d'échanger avec ses*
234 *proches, avec les aidants naturels ou alors avec les auxiliaires de vie,*
235 *les infirmières, les rencontrer, voilà, pour pouvoir faire un point avec*
236 *tout le monde en mettant vraiment la personne au centre. Et donc*
237 *c'est important de travailler avec les assistantes sociales pour ça*
238 *aussi nous en tant qu'ergo parce qu'elles elles vont fixer les choses*
239 *d'un cadre un peu... pas légal mais administratif, c'est-à-dire on va*
240 *rencontrer les auxiliaires de vie, elles elles sont là pour répondre à*
241 *un contrat, donc elles vont venir huit heures par exemple. Dans ces*
242 *huit heures là nous on les a choisi parce que la personne peut pas se*
243 *faire à manger, ne peut pas manger seule donc voilà, faut que la*
244 *personne se fasse à manger, faut lui faire faire des choses voilà tout*
245 *ça ça se travaille, et moi je pense que le vecteur principal au-delà de*
246 *l'indépendance de l'autonomie et de la sécurité c'est aussi essayer*

247 *que la personne soit au maximum autonome au sens prise de*
248 *décisions quoi, et active.*
249 **FS :** **D'accord... donc à ma question intervenez-vous auprès de la**
250 **personne pour la revaloriser vous m'avez dit que oui, par quels**
251 **moyens vous m'avez déjà dit que pour vous ce qui était**
252 **primordial c'était la prise de décisions de la personne ?**
253 **E5 :** *Oui, et puis l'écoute, et le travail en équipe je pense. Et euh les*
254 *mises en situation c'est très important aussi, n'importe laquelle enfin*
255 *rendre la personne active quoi.*
256 **FS :** **J'allais vous poser la question utilisez-vous l'activité comme**
257 **moyen de revalorisation ?**
258 **E5 :** *Oui, bien sûr. Et l'activité pas forcément elle toute seule. Avec*
259 *d'autres, peut-être avec des gens de sa famille, donner un but à*
260 *l'activité par exemple une maman fait un gâteau pour ses enfants bah*
261 *hop on va le mettre le vendredi soir parce que le weekend elle rentre*
262 *et on sait que si elle fait un gâteau pour ses enfants ils pourront en*
263 *manger le samedi ou le vendredi soir par exemple. Et donc elle a*
264 *réussi à faire quelque chose comme avant pour ses enfants. Ce qui est*
265 *pas le cas en institution quoi.*

266 **FS : D'accord.**

267 **E5 :** *Après je pourrais vous donner plein d'exemples je ne vais pas*

268 *tous vous les donner on en a chaque jour... Et je pense que travailler*

269 *en équipe, avec les aidants dehors voilà on se sert vraiment du lien*

270 *pour que ce qu'on évalue en ergo par l'évaluation en aide humaine,*

271 *les mises en situation, la rencontre avec la famille, la préparation du*

272 *retour à domicile, tout ça c'est des choses qui voient très loin et pour*

273 *qu'elles soient pérenne, il faut travailler avec les équipes dehors,*

274 *faire du lien vraiment, et travailler aussi avec les équipes dedans*

275 *quoi, c'est-à-dire avec le kiné, avec le neuro-psy, tous ensemble,*

276 *parce que tout seul dans notre coin ça avance à rien.*

277 **FS : D'accord. Une autre question, quelles caractéristiques de**

278 **l'activité pensez-vous être nécessaire pour que celle-ci soit**

279 **valorisante pour la personne ? Je vais vous citer ces**

280 **caractéristiques, vous pouvez me dire après celles qui vous**

281 **semblent les plus importantes. Donc l'activité doit par exemple**

282 **pour la personne : Satisfaire des besoins, être notion de plaisir et**

283 **de bien-être, rétablir un lien social, mettre en avant le potentiel**

284 **de la personne, être une activité significative, ou autre ?**

285 **E5 :** *Alors je dirais que la première chose c'est le sens que la*

286 *personne y met, donc être une activité significative*

287 **FS :** **Comme l'exemple que vous donniez avec la mère qui fait un**

288 **gâteau, elle le fait pour ses enfants donc ça a un sens pour elle de**

289 **le faire ?**

290 **E5 :** *Voilà. C'est ce que la personne met derrière cette activité, si elle*

291 *s'en fiche par exemple on va pas travailler la toilette si la personne*

292 *elle ça l'énerve, elle sait très bien qu'elle va reprendre son boulot et*

293 *que la toilette sera faite par l'infirmière. Par exemple, là ça a pas de*

294 *sens ; pour elle. Même si pour nous et pour toute l'équipe ça a du*

295 *sens, pour elle ça en a pas. Après.... Donc toujours remettre l'activité*

296 *dans un contexte évidemment, après il n'y pas une activité qui n'a*

297 *pas de sens, c'est vraiment pas rapport à quelqu'un. Après moi je*

298 *mets vachement les deux en même temps, plaisir et sens... Pour moi*

299 *c'est au même niveau. Après besoin en troisième. Parce que le besoin*

300 *on peut toujours y palier par des aides humaines si... par exemple*

301 *pour reprendre l'exemple de l'activité, toilette-habillage par*

302 *exemple, toute personne a besoin d'être lavée et habillée, mais en*

303 *fonction de son emploi du temps, de ce que ça a comme sens pour elle*

304 de faire ça, et de ses activités dans la journée, à elle. Et alors on va le
305 travailler ou pas, parce que déjà ça a pas de sens et qu'en plus ça la
306 saoule, et ben il ne faut pas qu'elle dépense son énergie pour ça et du
307 coup on pourra lui mettre des aides humaines à ce moment là. Voilà,
308 et ensuite social et potentiel euh... Oui oui ben ça vient après c'est
309 évident mais... le potentiel oui mais il va être très dépendant du
310 plaisir et du sens qu'on met derrière parce que quelqu'un qui
311 s'embête quand on fait une activité je veux dire les exercices de
312 rééducation par exemple quels qu'ils soient, ben si la personne ça
313 l'énerve qu'elle ne voit pas le sens qu'elle y met bah... son potentiel
314 il en sera de toute façon amoindri.

315 **FS : Et du coup vous en prenez compte de ça ?**
316 **E5 :** Du potentiel oui, quand même, parce que...

317 **FS :** **Mais si l'activité ne la motive pas ou... enfin vous faites**
318 **passer plus le côté « il faut qu'elle se sente bien » plutôt que**
319 **l'aspect récupération ?**

320 **E5 :** Oui mais en neuro ce n'est pas comme ça que ça marche. En
321 neuro déjà la récupération ce n'est pas un exercice qui l'a fait, je
322 veux dire on la stimule, mais la récupération c'est le cerveau, la

323 moelle etc., c'est le corps qui est vecteur de récupération ou pas.
324 Après par des exercices de rééducation on va stimuler cette
325 récupération éventuellement, on va l'optimiser, on va optimiser un
326 potentiel, mais optimiser un potentiel n'a pas de sens si la personne
327 n'a pas envie de s'en servir. Parce que la personne va être en
328 rééducation, et puis ensuite elle va rentrer chez elle. Donc de toute
329 façon en neuro il y a tellement de choses à faire, qu'on ne peut pas
330 tout faire. Donc on axe quand même beaucoup sur les notions de
331 plaisir et de sens à donner à ce qu'on fait, après évidemment par
332 exemple sur les transferts, peut-être que la personne ça la saoule de
333 faire se transfert, n'empêche que il faut quand même qu'on les
334 sécurise. C'est inévitable parce qu'il faut éviter la chute et que ça
335 prime à priori sur encore tout le reste. Alors que même si ça les
336 dérange pas de tomber, nous ça nous dérange parce qu'on sait
337 derrière qu'il va y avoir des complications. Alors que par exemple en
338 traumatologie, ou en chirurgie de la main ou je ne sais pas la personne a
339 un handicap, un traumatisme oui, même si ça lui fait mal il va falloir
340 qu'elle fasse des exercices pour pas enraidir le tendon qui a été lésé
341 ou je ne sais pas, par exemple. Alors après oui éventuellement le

342 *potentiel sur tout ce qui est orthèses, installations, tout ça, les*
343 *patients ça les énerve d'être correctement installés, ça prend du*
344 *temps tout ça, bah c'est des compromis entre ce que nous on pense*
345 *bien, pour stimuler au maximum un potentiel par exemple pour le*
346 *port d'un orthèse bah voilà, il faudra peut-être la porter deux heures*
347 *j'en sais rien, eux bah on va dire bah au moins une heure tous les*
348 *jours, mais correctement. Voilà. Mais après l'intérêt c'est toujours de*
349 *stimuler le potentiel de la personne, mais si vous voulez il sera*
350 *d'autant plus stimuler si on respecte le plaisir et le sens qu'on donne.*
351 *Ou qu'on explique le sens de l'action quoi. A partir du moment où la*
352 *personne comprend, elle le fait d'autant mieux. Et c'est encore mieux*
353 *si elle prend du plaisir à faire l'action.*
354 **FS : Et pour les autres caractéristiques, rétablir un lien social...**
355 **E5 :** *Rétablir un lien social ça c'est je dirais que c'est personne*
356 *dépendant. Dans le sens euh... déjà le lien social il n'est pas toujours*
357 *coupé. C'est-à-dire qu'il y a des familles qui sont très présentes donc*
358 *les personnes sont pas forcément isolées au niveau social. Et puis il y*
359 *a des gens qui n'aiment pas forcément être avec d'autres. C'est-à-*
360 *dire qui aiment bien-être aussi un peu seules, qui sont très solitaires.*

361 *Donc le lien social il est intéressant à rétablir peut-être... pas*
362 *rétablir mais à... prendre en compte pour les personnes sont plus*
363 *trauma-cranien avec troubles du comportement et altération des*
364 *capacités à avoir un comportement adapté en société, là oui, peut-*
365 *être que c'est important. Parce que c'est un lien social qui va être*
366 *perturbé. Donc c'est important de mettre la personne en situation.*
367 *Après en centre de rééducation il y a tout le temps du monde hein.*
368 **FS :** *Mais donc pour vous le fait de mettre un lien social n'est pas*
369 *spécialement source de revalorisation ?*
370 **E5 :** *Je dirais oui et non... le lien social ne marche pas tout le*
371 *temps... Je dirais que c'est vraiment à l'initiative du patient et... oui*
372 *si mais ça va être plus implicite si vous voulez, ça va plus êtres un*
373 *moyen qu'un but en soi.*
374 **FS :** **D'accord.**
375 **E5 :** *C'est-à-dire que... vraiment donner du sens à la notion de*
376 *plaisir, le potentiel éventuellement c'est plutôt un but voilà, mais le*
377 *lien social il va venir si la personne elle trouve du sens et elle trouve*
378 *du plaisir elle-même déjà dans une action ou dans un projet de vie, et*
379 *bah elle sera apte à s'ouvrir aux autres aussi. Après d'un autre côté*

380 c'est évident que sur des personnes qui sont plus âgées, qui sont
381 seules, qui ont pas forcément de visites bah voilà régulièrement on va
382 se mettre à côté d'autres collègues quand on va travailler, et puis on
383 va les présenter, on va les présenter plus facilement des collègues,
384 voilà pour qu'elles aient une place. Mais si vous voulez la place se
385 fait aussi petit à petit aussi avec le temps de façon implicite c'est...
386 un moyen peut-être plus qu'un but dans l'action... Par exemple dans
387 une mise en situation repas, sur des gens qui très isolés mais on sent
388 quand même la recherche de lien social, et ben on va peut-être faire
389 deux thérapeute en même temps avec deux patientes en même temps
390 par exemple. Une qui fait le dessert et une qui fait l'entrée par
391 exemple. C'est plus un principe d'activité ou un moyen disons.
392 FS : **Personnellement je pensais plus à -je ne sais pas si vous**
393 **l'utilisez dans votre centre- le sport par exemple ?**
394 E5 : Oui, alors ça oui, mais donc ça ce n'est pas moi, nous, il y a un
395 gymnase au centre, donc il y a du sport adapté tout ça, il y a des
396 activités, il y a de la plongée l'été, donc oui, ça c'est implicite... Nous
397 on a un groupe chute par exemple où les patients voient d'autres
398 gens, et il y a un groupe sur la prévention... éducation thérapeutique

399 des patients pour les chutes donc voilà là c'est en groupe, donc les
400 personnes voient qu'elles ne sont pas les seules à chuter, qu'il faut
401 prévenir, etc, moi je vous parlais plus des activités spécifiques à
402 l'ergothérapie
403 FS : **D'accord oui oui, je vous posais la question comme le sport**
404 **peut parfois être fait pas des ergothérapeutes.**
405 E5 : Oui oui, mais nous il n'y a pas un gros gymnase... voilà. Après
406 nous on a mis en place un exercice de stimulation avec les kinés sur
407 des patients qui font des activités plus ludiques mais très adaptées, ce
408 sont des personnes qui sont lourdement handicapées, qui ne sont pas
409 capables de faire du foot-fauteuil, du basket-fauteuil des choses
410 comme ça alors je sais pas si vous appeler ça sport ou pas mais voilà
411 c'est pour des personnes qui sont âgées qui vont participer à une
412 activité avec d'autres, la simulation de groupe, la compétitivité aussi
413 parce que mine de rien les personnes en étant avec les autres se
414 comparent, la comparaison aux autres qui va forcément avoir lieu
415 dans la vie bah si on la met en place dans un groupe ça augmente le
416 potentiel ça c'est sûr.
417 FS : **Et c'est quoi exactement ces activités ?**

418 **E5** : *En fait c'est des exercices de stimulation kiné, ergo... on avait*
419 *essayer de mettre neuropsych ortho mais ça marchait pas très bien*
420 *donc on a enlevé. Par exemple on va faire du bowling, mais adapté,*
421 *avec des balles qui ne sont pas lourdes, des quilles qui tombent*
422 *facilement ou des chaises musicales. Voilà il y a un patient, un*
423 *thérapeute, mais on n'est pas obligé de s'occuper de notre patient on*
424 *peut s'occuper de quelqu'un d'autre mais voilà, ça peut être sport, ça*
425 *peut être un peu plus intellectuel quand il y a des gens qui ont des*
426 *altérations des fonctions supérieures les consignes sont modifiées...*
427 **FS** : **Et ça pour arriver à revaloriser la personne par rapport à**
428 **une activité comme celle-ci est-ce que vous attendez peut-être**
429 **avant de vous dire elle peut peut-être faire face au regard de**
430 **l'autre ?**
431 **E5** : *On fait des groupes de niveau quand même. Pour que justement*
432 *cette activité ne soit pas néfaste en terme de revalorisation parce que*
433 *je pense que quand même... tout ce qui va sortir de ce groupe là c'est*
434 *le fait de travailler ensemble, d'être soutenu un peu par un groupe et*
435 *donc c'est le lien social ça c'est évident et la revalorisation aussi ça*
436 *c'est sûr.*

437 **FS** : **D'accord ok. Ca fait partie des objectifs d'une activité**
438 **comme celle-ci ?**
439 **E5** : *Oui oui complètement.*
440 **FS** : **D'accord. Donc là vous m'avez déjà pas mal cité d'activités**
441 **que vous pouvez proposer à la personne dans l'objectif de la**
442 **revaloriser, vous avez d'autres choses à rajouter par rapport à**
443 **ça ? D'autres activités que vous pouvez encore proposer ?**
444 **E5** : *Non là je n'en ai pas... mais il y en a certainement plein*
445 *d'autres que j'ai oubliées.*
446 **FS** : **D'accord. Est-ce que vous vous appuyez dans votre pratique**
447 **sur des modèles théoriques par rapport à cette notion de**
448 **revalorisation tels que le modèle de Kielhofner, de Rosemary**
449 **Hagedorn ou la théorie du flow ?**
450 **E5** : *Nous ici on utilise Kielhofner mais moi je n'ai pas eu la*
451 *formation donc je ne l'utilise pas, mais je vais l'avoir bientôt.*
452 **FS** : **D'accord. Sinon il y a la mesure canadienne du rendement**
453 **occupationnel.**
454 **E5** : *Oui moi je l'ai utilisée quand j'étais au Canada, mais ici on ne*
455 *l'utilise pas. Mais on est en train de revoir nos bilans donc s'il faut*

456 vous allez rappeler dans un mois et on l'utilisera ! On est en train de
457 retravailler sur une des échelles d'évaluation de qualité de vie donc
458 ça va avec la revalorisation c'est-à-dire comment la personne se voit
459 dans sa vie etc.

460 FS : **Il y a un nouveau modèle qui pourrait vous intéresser, le**
461 **modèle de Kawa.**

462 E5 : *Oui, c'est japonais non ?*

463 FS : **Oui, j'ai une amie de ma promo qui fait son mémoire là-**
464 **dessus et en tout cas par rapport à la qualité de vie, comment la**
465 **personne se perçoit dans sa vie, ça peut être intéressant.**

466 E5 : *D'accord oui oui on va regarder mais j'ai peur qu'il ne soit pas*
467 *trop possible en neuro, enfin on n'arrive pas trop à se l'approprier*
468 *pour nos patients en tout cas.*

469 FS : **D'accord ok. Oui elle l'utilise en gériatrie. Pour revenir à**
470 **mon sujet, pour vous est-ce que le cursus de formation initiale est**
471 **suffisant concernant les connaissances de l'ergothérapeute par**
472 **rapport à l'impact psychologique d'un traumatisme physique que**
473 **peut rencontrer une personne ?**

474 E5 : *Alors moi c'est particulier parce que j'ai fait un stage au*

475 *Canada donc forcément ça m'a aidé et j'étais auxiliaire de vie chez*
476 *une personne tétraplégique donc ça m'a appris beaucoup de choses,*
477 *donc arriver à différencier ce que m'a apporté ma pratique en tant*
478 *qu'auxiliaire de vie chez cette personnes ou bien ma formation je sais*
479 *pas trop. Mais après au vue des personnes qu'on a en stage je pense*
480 *qu'il faudrait revoir les façons d'évaluer les stages, bon c'est ce qui*
481 *est en train d'être fait partiellement, et en fait je pense qu'il faudrait*
482 *plus intégrer une possibilité éventuelle de refaire des stages, c'est-à-*
483 *dire que si sur un stage on a senti ou l'équipe a senti que... enfin je*
484 *sais pas trop comment expliquer ce que je veux dire, mais là les*
485 *études sont tellement chères, les stages sont tout à fait bloqués, donc*
486 *même si dans un stage on sent qu'on a pas tout appris, et que nous en*
487 *tant qu'étudiant on aimerait pouvoir refaire un stage par exemple en*
488 *neuro, ou ailleurs en gériatrie ou en psychiatrie, avec les équipes qui*
489 *nous encadrent pendant ce stage et nous personnellement on sent*
490 *qu'il y a peut-être d'autres choses à faire et on se sent pas de*
491 *commencer à travailler du coup il faudrait invalider le stage mais*
492 *pas parce que c'est pas possible, parce que c'est un échange avec*
493 *l'équipe. Mais il y a très peu de place à cette possibilité. Quand on a*

494 validé un stage c'est vraiment un échec mais parfois c'est pas ça,
495 c'est juste que la personne peut n'être pas là à ce moment là, ou
496 alors il y a eu des difficultés ailleurs ou des choses comme ça et donc
497 la personne a pas optimisé le stage et ce que pouvait lui apporter
498 éventuellement un séjour dans un service tel que la neuro ou la
499 gériatrie ou je sais pas, et donc comme c'est quand même je pense en
500 stage qu'on apprend ça, si on a pas la place et la possibilité de
501 refaire certains stages sans que ce soit vraiment un échec et que ce
502 soit vécu comme un... et du coup que ça traumatise l'étudiant et ben
503 c'est dommage. Voilà sinon après ça vient avec le temps et on
504 apprendra jamais tout donc...

505 **FS : Oui et avec la pratique aussi je pense, et vous parliez de**
506 **votre expérience au Canada, en quoi ça vous a apporté plus par**
507 **rapport à cette notion de revalorisation ?**

508 **E5 :** Parce qu'au Canada la prise en charge n'est pas du tout
509 pareille qu'en France au niveau sécu, c'est-à-dire au Canada si on a
510 un accident de voiture, enfin il y a trois gros systèmes, les accidents
511 domestiques donc là c'est la sécu et l'assurance perso, il y a les
512 accidents de la route là c'est une sécu particulière je me souviens

513 plus de son nom, et l'assurance qui gère les accidents de travail.
514 C'est-à-dire que la personne dès son accident, je crois que c'est une
515 assurance payée par l'employeur je crois même donc si vous voulez
516 l'employeur est beaucoup plus investi dans la prise en charge du
517 patient, il y a des mi-temps thérapeutiques qui vont être mises en
518 place très tôt, par exemple pour des gens qui ont des chirurgies de la
519 main ou qui ont eu une atteinte vraiment traumatique ou quoi et ben
520 ils vont reprendre des mi-temps avec des adaptations de postes. Nous
521 c'est beaucoup plus loin tout ça, déjà en traumatisme on en voit pas du
522 tout, et puis ensuite ça prend beaucoup de temps c'est-à-dire que il y
523 a des arrêts maladie qui sont longs, et donc la réinsertion
524 professionnelle arrive souvent beaucoup plus tard, et du coup on
525 morcelle un peu le temps de rééducation/réadaptation, le temps
526 réinsertion professionnelle si je puis dire...

527 **FS : La personne se sent peut-être plus prise en compte ?**

528 **E5 :** Au Canada je ne sais pas. C'est juste que du coup il y a peut-
529 être plus de liens qui sont faits, elle se sent peut-être plus
530 accompagnée je sais pas, moi j'en ai pas parlé avec les patients mais
531 en tant que stagiaire on voit tous les échelons, donc c'est vrai qu'on

532 *peut accompagner la personne si pour elle c'est très très dur par exemple*
533 *de reprendre le travail, adapter un mi-temps, adapté un poste, ben on*
534 *est là pour l'écouter par rapport à ça, et le fait de pouvoir reprendre*
535 *et travail et non pas de s'arrêter au milieu je pense que ça aide aussi*
536 *parce que mine de rien l'activité professionnelle ça prend beaucoup*
537 *de temps. Après sur les accidents de la route c'est encore différents,*
538 *mais moi je sais que ça m'a aidé par exemple de vraiment imbriquer*
539 *la rééducation et la réadaptation, je trouvais ça intéressant.*
540 **FS : D'accord oui... Est-ce que vous avez réalisé d'autres**
541 **formations qui vous aident dans votre pratique par rapport à ce**
542 **sujet de revalorisation auprès de la personne ?**
543 **E5 : Euh non.**
544 **FS : Est-ce que dans votre pratique professionnelle vous avez**
545 **d'autres manières pour vous questionner par rapport à votre**
546 **prise en charge sur cette notion de revalorisation ?**
547 **E5 : Discuter avec mes collègues... Les synthèses, les réunions**
548 **techniques, c'est-à-dire juste entre professionnels, l'entourage.**
549 **Quand je dis tout le travail pluridisciplinaire intra et hors centre.**
550 **C'est-à-dire pendant et après la rééducation, la famille, les collègues,**

551 *le médecin est aussi là pour ça, voilà.*
552 **FS : D'accord.**
553 **E5 : Après au niveau des traumatisés crâniens il y a une formation et**
554 **une approche c'est-à-dire les troubles existentiels de la personne**
555 **traumatisés crânienne, moi je vais avoir la formation à la fin de**
556 **l'année je pense que c'est assez intéressant de l'envisager comme ça**
557 **c'est-à-dire que ils partent du principe que l'homme perçoit les**
558 **choses par les sens c'est-à-dire que l'handicap invisible c'est plus**
559 **troubles amnésiques, troubles des fonctions supérieures, c'est**
560 **vraiment euh... par exemple une situation me faisait pleurer**
561 **maintenant elle me fait plus pleurer, ou au niveau vraiment sensoriel,**
562 **au niveau ressenti, sentiments, sensations voilà, il y a un traumatisme,**
563 **par rapport à ça. Et donc je pense que c'est en lien étroit avec la**
564 **revalorisation.**
565 **FS : Oui... Et vous l'aurez quand cette formation ?**
566 **E5 : En juin, ça s'appelle les troubles existentiels. Le sujet porte sur**
567 **le fait qu'on existe au travers des sensations et des sentiments, c'est**
568 **ça qui nous fait être.**
569 **FS : Elle est proposée qu'aux personnes de votre service cette**

570 **formation ?**

571 **E5** : *Je ne sais pas, je sais que c'est une formation inter-*
572 *établissement, c'est-à-dire que c'est pluridisciplinaire, parce que ce*
573 *genre de formation n'a d'intérêt que si on l'a fait en équipe aide*
574 *soignant, infirmière, médecin, kiné... Ce n'est pas propre à*
575 *l'ergothérapie.*

576 **FS** : **D'accord. J'ai terminé mes questions mais j'aimerais juste**
577 **revenir sur un point que vous avez abordé, quand vous parliez du**
578 **fait que ce qui est intéressant c'est vraiment de parler avec la**
579 **personne pour savoir ce qu'elle a envie d'investir dans la vie,**
580 **pour lui permettre de se motiver dans sa prise en charge et être**
581 **revalorisée, et donc plus actrice, et prendre des décisions pour**
582 **elle-même, mais du coup comment vous vous parvenez à ça, est-ce**
583 **que c'est juste par un échange et des discussions ou est-ce que**
584 **vous avez un support, je pense qu'après vous l'aurez peut être**
585 **avec Kielhofner par rapport aux centres d'intérêts de la**
586 **personne.**

587 **E5** : *Oui mais après moi je pense que c'est aussi beaucoup beaucoup*
588 *pendant la mise en situation, c'est-à-dire se mettre à la place de la*

589 *personne qui fera l'action pour elle.*

590 **FS** : **D'accord. Avant de faire la mise en situation ?**

591 **E5** : *Nan nan nan. Moi par exemple quand je le fais c'est avec des*
592 *gens qui j'ai suivi pendant un an et demi, c'est des gens que je*
593 *connais quoi. Moi j'accompagne des personnes depuis un an et demi*
594 *et là maintenant je peux pousser un peu plus estime de*
595 *soi/revalorisation parce que je les connais très bien, la relation de*
596 *confiance est instaurée, donc on arrive à savoir jusqu'où on peut*
597 *pousser la personne dans sa réflexion. Et puis parce qu'il y a attrait à*
598 *tout ce qui projet de vie, par exemple pour une personne telle que moi*
599 *j'ai suivie sur la toilette et l'habillement, nous on a insisté sur ça parce*
600 *que elle par exemple s'habiller elle s'en fiche, par contre elle veut*
601 *choisir ses habits, c'est très très important pour elle d'être très bien*
602 *habillée, mais si vous voulez la douche c'est un moment qu'elle aime*
603 *particulièrement, c'est-à-dire qu'elle aime par exemple que la*
604 *douche dure trois quart d'heure. Je me suis rendue compte de ça*
605 *aussi en la mettant en situation toilette par exemple. Et c'est aussi lui*
606 *proposer régulièrement, au bout d'un ou deux mois tous les matins*
607 *d'aller la voir, car ça ne se fait pas comme ça du jour au lendemain*

608 *et même avec un outil sur les personnes qui ont eu un AVC ou trouble*
609 *du comportement même minime si vous voulez, quelqu'un qui a*
610 *arrêté de demander pendant un an et demi même si on lui met une*
611 *belle grille devant lui il le demandera pas. C'est vraiment travailler*
612 *avec la personne, son entourage, pour aller au plus proche de ce*
613 *qu'elle a envie ; et je pense que c'est très subjectif. En tout cas pour*
614 *moi, après avec Kielhofner on verra c'est sûr que ça peut être un*
615 *outil qui est très bon mais ça n'empêche pas, je ne pense pas que*
616 *dans Kielhofner c'est écrit « moi j'aime bien me doucher avec l'eau*
617 *très chaude... » voilà. C'est des toutes petites choses comme ça, on*
618 *va pas chercher très très loin, mais voilà elle pendant un an et demi*
619 *elle a appris à ne rien dire pendant la toilette quoi. Et donc deux*
620 *mois avant la sortie, comme moi on allait mettre en place avec*
621 *l'assistante sociale des aides humaines, c'est très important qu'on*
622 *sache si on couple une auxiliaire de vie et une infirmière par exemple*
623 *pour que l'infirmière fasse la toilette mais que l'auxiliaire de vie par*
624 *exemple habille la patiente pour que l'infirmière puisse par exemple*
625 *pendant l'intégralité de la demie heure où elle est là faire la toilette,*
626 *parce que c'est important pour elle.*

627 **FS : D'accord. Et donc est-ce que vous rencontrez des difficultés**
628 **par rapport à ça, par rapport à l'institution qui ne peut pas**
629 **proposer assez de temps ?**
630 **E5 : Oui bien sûr. L'institution au sens large, ce n'est pas la faute**
631 **d'une personne en particulier. Il y a des sous effectifs et tout ça c'est**
632 **pour ça moi je l'ai fait pendant deux mois qu'une infirmière ou une**
633 **aide soignante elle peut pas le faire**

Annexe IX

- 1
- 2 Entretien numéro 6 : Ergothérapeute numéro 6
- 3
- 4 **Flora Schindelé (FS) : Bonjour.**
- 5 **Ergothérapeute n° 6 (E6) : Bonjour.**
- 6 **FS : Dans quel type de structure travaillez-vous ?**
- 7 **E6 : C'est un EMPR : établissement de médecine physique et de**
- 8 **réadaptation.**
- 9 **FS : Auprès de quelle population ?**
- 10 **E6 : En fait c'est un établissement qui accueille beaucoup de neuro**
- 11 **même si nous avons encore de la traumatologie et de la rhumato. Mais**
- 12 **plus particulièrement la neuro avec hémiparétiques, cérébrolésés et**
- 13 **les blessés médullaires.**
- 14 **FS : Depuis combien de temps ?**
- 15 **E6 : Ça fait 7 ans que je travaille dans cette structure et ça fait 7 ans**
- 16 **que je suis diplômé.**
- 17 **FS : Dans votre pratique, comment arrivez-vous à cerner où en**
- 18 **est la personne dans son « cheminement » ou dans l'acceptation**
- 19 **de son handicap ?**
- 20 **E6 : Et bien surtout au cours de discussions lors des prises en charge**
- 21 **je ne suis pas sûr qu'il y ait un moment lors d'une séance on l'on**
- 22 **peut dire elle est comme-ci ou comme-ça. C'est vraiment au fil des**
- 23 **semaines avec des rencontres quotidiennes et puis c'est surtout une**
- 24 **discussion en équipe. Car une personne peut se confier plus**
- 25 **facilement à une aide soignante, ou à une infirmière, mais aussi à un**
- 26 **kinésithérapeute ou un ergothérapeute. En fait, il y a quand même**
- 27 **des relations différentes entre les thérapeutes et les patients. Il y en a**
- 28 **avec qui ça passe mieux qu'avec d'autres et c'est en recoupant toutes**
- 29 **les infos que l'on arrive à plus ou moins savoir.**
- 30 **FS : D'accord. Est-ce que vous connaissez les termes de**
- 31 **« coping » ou de « résilience » ?**
- 32 **E6 : Non.**
- 33 **FS : D'accord. Est-ce que vous avez des notions sinon sur le**
- 34 **travail de deuil ?**
- 35 **E6 : Oui. J'ai eu des notions en formation d'ergothérapeute et la**
- 36 **notion de travail de deuil on la retrouve souvent dans les articles qui**
- 37 **peuvent être publiés assez régulièrement.**

38 FS : **D'accord. Pour vous, la prise en charge des personnes**
39 **présentant un traumatisme physique, rencontrées dans votre**
40 **service, doit-elle passer par une revalorisation de soi ?**
41 **E6** : *Ça fait partie de l'acceptation du traumatisme, ce travail de*
42 *revalorisation. Une personne n'arrivera pas à se reconstruire si le*
43 *traumatisme est important, qu'elle se dévalorise tout le temps et*
44 *qu'elle n'a pas une bonne image d'elle-même. Si on lui renvoie tout*
45 *le temps qu'elle est traumatisée.*
46 FS : **D'accord. Donc c'est important de le prendre en compte ?**
47 **E6** : *Oui, c'est très important. C'est un des axes essentiels de la prise*
48 *en charge.*
49 FS : **D'accord. Vous êtes-vous déjà questionné sur les**
50 **compétences de l'ergothérapeute par rapport à la revalorisation ?**
51 **E6** : *Oh que oui ! Ça fait partie du travail de l'ergothérapeute à mon*
52 *sens. Si on ne se pose pas ce type de questions, je ne suis pas sûr que*
53 *l'on fasse un travail de qualité. Après on n'a pas forcément des*
54 *réponses aux questions que l'on se pose, en tout cas pas forcément*
55 *des réponses claires, mais la remise en question fait partie de notre*
56 *travail surtout en neurologie où la revalorisation et le relationnel ont*

57 *une part importante de la prise en charge. Certainement autant que*
58 *la rééducation pure.*
59 FS : **D'accord. Par quels moyens, intervenez-vous auprès de la**
60 **personne pour la revaloriser?**
61 **E6** : *On intervient sous différentes formes. On peut travailler sur la*
62 *revalorisation de la personne en séance, en rééducation pure. Mais*
63 *cela dépend de notre discours. C'est montrer à la personne qu'elle*
64 *progresses, montrer à la personne qu'elle est capable de faire des*
65 *choses. Son traumatisme est voyant, c'est ce qu'il voit en premier lieu*
66 *à l'extérieur du centre. Mais qu'il est capable quand même de*
67 *reprendre une vie, que l'on n'appellera pas normale, car ce n'est pas*
68 *la norme en France d'être traumatisé ou d'être en fauteuil roulant,*
69 *ça choque encore. Il y a toujours cette question du regard des autres.*
70 *Mais euh à nous de prouver à la personne qu'avec des moyens, que*
71 *ce soit des moyens humains, qu'on essaie de limiter au maximum, ou*
72 *que ce soit des moyens techniques. Il est alors capable de faire pas*
73 *mal de choses au moins que la vie quotidienne et puis plus au niveau*
74 *professionnel et la vie familiale. Mais ça peut se faire donc au travers*
75 *de la relation que l'on instaure avec le patient, au travers de la*

76 *relation de confiance. C'est aussi au travers des mises en situation de*
77 *vie quotidienne, au travers d'une production plus artisanale, on peut*
78 *faire une activité menuiserie et avoir un résultat final, un objet que la*
79 *personne touche et qu'elle a fait elle-même et qui est visible. Voilà,*
80 *pas quelque chose que l'on va travailler en séance pendant une*
81 *heure, en analytique et puis on range les pions et puis voilà on*
82 *recommence le lendemain. Voilà, là on peut avoir entre guillemet un*
83 *fil rouge.*
84 **FS : D'accord. Donc vous avez répondu un peu à mes prochaines**
85 **questions. Utilisez-vous l'activité comme moyen de revalorisation**
86 ?
87 **E6 : Oui pleinement.**
88 **FS : Mais en même temps vous dites qu'il y a une question de**
89 **relation de confiance qui joue aussi ?**
90 **E6 : Oui. Moi ça fait trois ans que je travaille avec les blessés**
91 **médullaires donc le traumatisme est quand même important et**
92 **difficile à soutenir pour la plus part d'entre eux. Si on a pas une**
93 **relation de confiance avec eux, sachant que c'est une prise en charge**
94 **qui va durer longtemps, il faut dans les premiers temps outre leur**

95 *permettre l'accès au contrôle d'environnement et tout ça, il va falloir*
96 *instaurer une relation de confiance car c'est une prise en charge qui*
97 *va durer longtemps et certains patients sont là un an et demi même*
98 *deux ans en centre car on atteint les financements de la MDPH et*
99 *puis parce qu'il y a plein d'autres raisons. Mais ça va être une prise*
100 *en charge longue et il faut qu'il y ait un relationnel solide. Alors*
101 *évidemment ça va s'instaurer progressivement au fil des semaines, au*
102 *fil de la rééducation, des activités que l'on va pouvoir faire. La visite*
103 *à domicile est aussi un moyen d'amplifier cette relation de confiance*
104 *car une fois que l'on a mis les pieds au domicile du patient, et bien on*
105 *a rencontré la famille, la relation est du coup différente.*
106 **FS : Est-ce que vous rencontrez une difficulté à établir une avec**
107 **certaines personnes que vous rencontrez, par exemple si une**
108 **personne est encore dans le déni ? Et est ce que parfois les**
109 **personnes sont plus dans le déni et ils ne veulent pas créer cette**
110 **relation là, et du coup c'est difficile ? Ou vous ça va depuis 3 ans**
111 **vous n'avez pas rencontré de grandes difficultés par rapport à**
112 **ça ?**
113 **E6 : Si si. Il y a des patients avec qui ça accroche moins.**

114 FS : **Je voulais dire plus par rapport à leur handicap qu'ils sont**
115 déjà peut être tellement mal avec eux même qu'ils ont du mal à
116 aller vers les autres ?
117 E6 : *Je dirais que c'est souvent dû à une personnalité sous-jacente.*
118 *Et peut-être quelqu'un qui ne parlait pas beaucoup avant, qui était*
119 *plus solitaire. Ce n'est pas que je n'ai pas rencontré de réelles*
120 *difficultés, il y a des patients avec qui c'est plus difficile d'instaurer*
121 *une relation de confiance, on appelle ça peut être plus difficile car il*
122 *faut peut être plus de temps et parce que l'on a peut être envie de*
123 *l'instaurer trop rapidement cette relation de confiance. Donc c'est à*
124 *nous également de prendre du recul ou de laisser prendre du recul*
125 *aux patients et d'être là au moment où il a besoin aussi. C'est notre*
126 *rôle. Voilà après si ça reste une relation un peu plus distante c'est*
127 *peut être parce que qu'aussi c'est ce que cherche le patient. Mais*
128 *d'une manière générale ça se fait naturellement, tout au long des*
129 *semaines.*
130 FS : **Je reviens un peu à mon questionnaire car la relation de**
131 **confiance ça m'intéresse aussi mais ce n'est pas vraiment mon**
132 **sujet de mémoire.**

133 E6 : *Il n'y a pas de souci. Je comprends tout à fait.*
134 FS : **Alors pour cette question je vais devoir vous demander toute**
135 **votre attention, car au téléphone c'est moins évident de répondre**
136 **à cette question, car il y a plusieurs éléments à retenir : Quelles**
137 **« caractéristiques » de l'activité pensez-vous être nécessaires pour**
138 **que celle-ci soit valorisante pour la personne ? Donc je vous en**
139 **cite, et vous pouvez me dire celles qui vous ont le plus marquées**
140 **ou si vous voulez revenir sur certaines. Voilà.**
141 E6 : *D'accord.*
142 FS : **L'activité doit par exemple, pour la personne, satisfaire des**
143 **besoins, être notion de plaisir et de bien-être, rétablir un lien**
144 **social, mettre en avant le potentiel de la personne, être**
145 **signifiante, autres... Qu'est-ce que vous retenez ?**
146 E6 : *Alors ça va être difficile de choisir car elles sont toutes très*
147 *importantes. Si on devait en prioriser euh...*
148 FS : **Pour revaloriser la personne j'insiste bien.**
149 E6 : *Oui. Euh...*
150 FS : **Vous n'êtes pas obligé de prioriser.**
151 E6 : *Non mais en fait je suis en train de me dire que ça dépend un*

152 *peu de la période où l'on fait l'activité.*
153 **FS : D'accord.**
154 **E6 :** *Si j'en avais un à retenir, je pense que ce serait l'activité*
155 *signifiante pour la personne car avec une activité signifiante on va*
156 *plus facilement susciter l'adhésion de la personne. Du coup on aura*
157 *progressivement cette notion de plaisir.*
158 **FS : D'accord. C'est lié pour vous si on donne un sens à l'activité,**
159 **il y aura pour vous une notion de plaisir qui viendra ?**
160 **E6 :** *Oui.*
161 **FS : Et les autres ? Satisfaire des besoins ?**
162 **E6 :** *Alors, je trouve assez essentiel aussi. Alors l'activité peut être*
163 *pas, euh... Oui ça ne serait peut être pas la première caractéristique*
164 *de satisfaire des besoins. Mais plus, oui, cette notion de sens et de*
165 *plaisir. Est-ce que vous pouvez revenir sur les autres caractéristiques*
166 *a part besoin, plaisir et signifiante ?*
167 **FS : Rétablir un lien social et mettre en avant le potentiel de la**
168 **personne.**
169 **E6 :** *Mettre en avant le potentiel de la personne ça c'est très*
170 *important. Lui prouver qu'elle est encore capable de faire des choses*

171 *et produire quelque chose. J'allais dire, en France comme partout, si*
172 *on est non productif, la place dans la société est problématique. Et*
173 *très souvent j'ai eu des patients actifs enfin en âge de travailler, et*
174 *puis ce sont des personnes retraitées il y a toujours cette activité, les*
175 *personnes ont bossé, ils ont besoin de faire des activités en tout cas*
176 *c'est rare qu'ils n'en aient pas besoin.*
177 **FS :** **J'avoue que je n'ai jamais fait de stage auprès de personnes**
178 **blessés médullaires. C'est peut être bête ma question. Mais les**
179 **activités en elles mêmes vous arrivez facilement à les mettre en**
180 **place auprès de cette population ?**
181 **E6 :** *Non ce n'est pas facile.*
182 **FS :** **Oui, je pense plus pour une pathologie telle que la**
183 **tétraplégie : ça ne doit pas être évident ?**
184 **E6 :** *Si on travaille par exemple sur une menuiserie on peut aussi*
185 *adapter les prises pour les différents outils, on peut aussi travailler*
186 *en guidance manuelle. On peut faire une partie du travail sans que ce*
187 *soit vexant entre guillemets pour le patient. Mais on se met d'accord*
188 *avant avec la personne. Mais on peut trouver des activités en les*
189 *adaptant. Par contre il faut du temps, il faut que l'ergothérapeute*

190 réfléchisse avant de proposer une activité car il ne s'agit pas non
191 plus de mettre le patient en difficulté et de le mettre en situation
192 d'échec.
193 **FS** : **Et rétablir un lien social vous avez quelque chose à rajouter**
194 **dessus ou pas ? C'est la seule que vous n'avez pas vraiment**
195 **abordée.**
196 **E6** : *Oui, alors rétablir un lien social c'est très important. C'est peut*
197 *être parce qu'aussi je vois plus l'activité dans le service*
198 *ergothérapeute et euh le lien social je le vois, en tout cas plus à mon*
199 *sens plus à l'extérieur. Dans ces cas là pas sous une forme d'activité*
200 *productive au sens littéral du terme. Oui ça va être une activité peut-*
201 *être plus ludique qui fait participer d'animations. Alors pour certains*
202 *tétraplégiques on adapte des systèmes de portes cartes mais ça peut*
203 *être une orthèse un peu spéciale, une orthèse très adaptée à un jeu*
204 *pour qu'il puisse participer aux différents jeux d'animation. Ça peut*
205 *être ça l'activité aussi, mais c'est vrai que je ne la place pas en*
206 *premier, ce n'est pas que ce n'est pas ma priorité mais ce n'est pas*
207 *celle que j'avais tout de suite là il y a 3 minutes.*

208 **FS** : **Et vous me disiez au début que ça dépend du moment où l'on**

209 **propose l'activité. Je reviens sur ce sujet, je trouve ça intéressant,**
210 **j'aimerais bien que vous m'en dites un peu plus.**

211 **E6** : *En général, dans les premières semaines, en tout cas avec les*
212 *médullaires, une activité plutôt artisanale ne va pas être plutôt*
213 *signifiante. Car en gros ils veulent récupérer la marche, ils veulent*
214 *récupérer l'utilisation des mains. Donc ils sont plutôt dans le travail*
215 *des prises, orientés plutôt de façon analytique, à poser beaucoup de*
216 *questions et l'activité n'est pas, en tout cas quand ils regardent les*
217 *autres patients être sur une activité, euh et bien ils ne comprennent*
218 *pas forcément l'intérêt. L'activité va plutôt être de euh... Enfin non,*
219 *les séances vont plutôt être portées sur une rééducation analytique et*
220 *progressivement on va glisser sur une activité. Et après une certaine*
221 *discussion. Et il va falloir que ce soit signifiant pour le patient. Et au*
222 *moment où l'on va lancer l'activité, je ne suis pas sûre qu'il y ait*
223 *cette notion de plaisir, alors il y aura un peu de plaisir mais je ne suis*
224 *pas sûre que ce soit prédominant.*

225 **FS** : **D'accord. C'est difficile, d'ailleurs c'est ma prochaine**
226 **question qui est : rencontrez-vous des difficultés dans votre**
227 **pratique à proposer des activités en lien avec les caractéristiques**

228 citées précédemment ? Du coup vous avez l'air de dire, que oui, il
229 y a des moments où l'on aimerait que l'activité proposée soit
230 significative pour la personne mais pour autant ça n'est pas
231 toujours le cas ?
232 E6 : Non, ce n'est pas toujours évident, d'une part parce que
233 l'on a pas toutes les activités dans le service, faute de place, faute de
234 moyens, donc on n'a pas tout, donc on n'a pas nécessairement le
235 temps car les plannings sont pleins et le temps est minuté avec le
236 patient. Donc parfois, il faudrait peut être une séance d'une heure et
237 demi car l'installation/désinstallation il y a pas loin de 20 minutes.
238 Le temps de tout mettre en œuvre et également d'adapter les outils.
239 Donc il faudrait peut être quelques fois une heure et demie. On est
240 régulièrement bloqué à une demi-heure ou quarante minutes de
241 séances. Donc déjà on est limité par le temps. On peut être limité
242 comme je l'ai dit par les moyens. Et puis euh la difficulté c'est de lier
243 toutes ces contraintes là avec les capacités, surtout incapacités de la
244 personne et trouver l'activité adaptée. Tout en gardant en tête qu'il
245 ne faut pas mettre la personne en situation d'échec.

246 FS : Je reviens sur le moment où vous passez avec le patient sur

247 une activité, peut-être que lui pense « je ne vais plus récupérer vu
248 que l'on ne continue pas la rééducation analytique » ?

249 E6 : C'est un peu ça oui.

250 FS : Du coup, comment ça se passe pour vous, même si je ne
251 pense pas qu'il y ait une recette miracle, comment vous vous y
252 prenez ?

253 E6 : On peut faire une discussion permanente avec le patient. Puis au
254 bout d'un certain temps, par exemple pour la tétraplégie, on est
255 toujours sur les mêmes bilans quand on les refait, il n'y a plus de
256 récupération au niveau des prises, on peut aussi le présenter en
257 disant que l'on va récupérer l'équilibre assis et essayer de renforcer
258 la ceinture scapulaire en plus de la musculation qu'il peut faire dans
259 la journée. Voilà, mais notre travail c'est aussi d'amener ça
260 progressivement et pour que ça passe bien.

261 FS : D'accord. Donc euh quels types d'activités, dans votre
262 service, pouvez-vous proposer à la personne dans l'objectif de la
263 revaloriser ?

264 E6 : Nous, on a un atelier de menuiserie, on a tout ce qui est
265 macramé, vannerie. On a une cuisine, car la production c'est aussi

266 *une production culinaire. Voilà, nous, c'est principalement ces*
267 *activités là. Et puis après on est en lien avec un service d'animation*
268 *dans le centre qui propose du tir à l'arc, du char à voile. Donc on*
269 *peut être amené à faire des adaptations pour qu'ils puissent accéder*
270 *à ces activités là.*
271 **FS : Et ce sont des APA qui sont proposées ?**
272 **E6 :** Oui, des activités physiques adaptées ?
273 **FS : Oui.**
274 **E6 :** Oui, je parle d'animation parce que nous l'APA dépend du
275 service d'animation. Donc il y a du sport adapté. Il y a un peu de tout
276 au niveau de l'animation en termes de sport, en termes d'activités
277 ludiques, plutôt cartes, tarot, belotte.
278 **FS : Donc là, vous intervenez pour que la personne puisse accéder**
279 **à ses loisirs ?**
280 **E6 :** Voilà, quand il y en a besoin. Mais bon, le service d'animation a
281 pas mal de porte carte, on a travaillé ensemble au départ pour qu'ils
282 aient un minimum de moyens et quand ça ne suffit pas on intervient à
283 ce moment là. Et en général les patients préfèrent avoir une
284 adaptation un peu générique au final plutôt que quelque chose de

285 personnalisé, ça permet de se noyer dans la masse quoi.
286 **FS : D'accord. Vous appuyez-vous sur des modèles théoriques**
287 **pour aborder cette notion de revalorisation dans vos prises en**
288 **charge tels que les modèles de Kielhofner, de Rosemary**
289 **Hagedorn, la théorie du flow ou d'autres ?**
290 **E6 :** Alors euh, toutes ces notions là je les ai eu à l'école, je ne les ai
291 pas relues depuis alors peut-être que j'ai gardé des idées de façon
292 inconsciente par contre ces choses je ne les ai jamais relues depuis le
293 DE. Alors est-ce qu'il y a d'autres personnes de mon équipe qui les
294 ont plus gardées en tête et du coup je m'en inspire au cours des
295 discussions que l'on peut avoir ? Enfin je ne sais pas.
296 **FS : Je pense qu'il y a de ça. Ce sont des inspirations, et**
297 **inconsciemment je pense que l'on est influencé.**
298 **E6 :** Oui ce sont des bases et c'est plus en discutant que l'on avance.
299 Voilà, mais par contre j'aurais été incapable de réciter ces modèles
300 conceptuels.
301 **FS : Et pour vous, est-ce que le cursus de formation initiale est**
302 **suffisant concernant la pratique de l'ergothérapeute par rapport**
303 **à tout ce qui est lié à l'impact psychologique d'un traumatisme**

304 **physique ?**
305 **E6** : *Je pense. Et parce que je pense aussi que ça se fait beaucoup*
306 *par rapport à l'expérience après.*
307 **FS** : **D'accord.**
308 **E6** : *Voilà, après c'est une attitude professionnelle à avoir et il y a*
309 *des choses qui ne s'enseignent pas ou peu en formation initiale.*
310 *Après il faut un minimum de ressenti, un minimum d'expérience.*
311 **FS** : **Avez-vous dans votre pratique professionnelle la possibilité,**
312 **par d'autres manières (analyse de la pratique en équipe,**
313 **supervision...), de vous questionner sur vos prises en charge en**
314 **lien avec cette notion de revalorisation ?**
315 **E6** : *Sur la notion de revalorisation, non. Non il n'y a rien qui est*
316 *amené, ce n'est pas un terme que l'on entend beaucoup.*
317 **FS** : **Et l'estime de soi sinon.**
318 **E6** : *L'estime de soi, euh... C'est pareil, la revalorisation et l'estime*
319 *de soi ce sont deux notions qui sont abordées de temps en temps en*
320 *réunion ou en cours de discussion mais elles ne font pas l'objet d'une*
321 *grande discussion. L'ensemble de l'équipe reste très portée sur la*
322 *rééducation, la réadaptation et les ergothérapeutes sont plus*

323 *sensibilisés à ces deux notions là que les autres termes.*
324 **FS** : **Et pour vous est-ce que ça manque ou pas ?**
325 **E6** : *Oui.*
326 **FS** : **Sinon, est-ce que vous avez réalisé d'autres formations qui**
327 **vous aident dans votre pratique par rapport à ce sujet?**
328 **E6** : *Euh plus ou moins car on est quand même amené à en parler.*
329 *J'ai fait une formation deux fois trois jours sur le centre du soin... Et*
330 *euh du coup on l'aborde quand même cette notion là. Mais je n'ai*
331 *pas fait de formation orientée exclusivement sur la revalorisation.*
332 **FS** : **De toute façon, il faudrait que je me renseigne, mais je ne**
333 **suis pas sûre qu'il y ait de formations orientées que sur ça !**
334 **E6** : *Je ne crois pas non plus.*
335 **FS** : **Avez-vous quelque chose à ajouter ?**
336 **E6** : *Et bien, non.*
337 **FS** : **D'accord. Et bien merci en tout cas.**
338 **E6** : *J'espère que ça a été à peu près clair.*
339 **FS** : **Oui, oui.**

Annexe X

- 1
- 2 Entretien numéro 7 : Ergothérapeute numéro 7
- 3
- 4 **Flora Schindelé (FS) : Dans quel type de structure travaillez-**
- 5 **vous ?**
- 6 **Ergothérapeute n° 7 (E7) :** *Alors on est dans un CRF, enfin un*
- 7 *centre de rééducation fonctionnelle, réadaptation pour adultes. Donc*
- 8 *on accueille des personnes adultes, il y a environ deux cent personnes*
- 9 *que l'on peut accueillir ici.*
- 10 **FS : Et vous auprès de quels patients travaillez-vous plus**
- 11 **spécialement ?**
- 12 **E7 :** *Alors moi je suis spécialisé avec deux-trois collègues dans la*
- 13 *prise en charge des personnes brûlées, des grands brûlés. En*
- 14 *traumatologie on peut prendre en charge les personnes qui sont*
- 15 *atteintes au niveau des membres supérieurs, des mains. On en a*
- 16 *moins qu'avant mais on a eu un service de prise en charge de mains*
- 17 *fraîches comme on dit, donc est spécialisé quand même dans la main.*
- 18 *Et puis en traumatologie les personnes qui ont eu des prothèses*

- 19 *totales de hanche, donc il y a toute l'éducation que l'on donne, et*
- 20 *puis un programme dos aussi donc on prend en charge les personnes*
- 21 *qui ont eu un problème de dos, pour une éducation rachidienne, et*
- 22 *puis vraiment revoir aussi toute l'attitude que la personne a dans son*
- 23 *quotidien et voir ensemble comment elle peut malgré son problème*
- 24 *continuer à vivre. Bon ça c'est global, c'est pour toutes les*
- 25 *pathologies. C'est que faire avec le potentiel restant ?*
- 26 **FS : Est-ce qu'il y a un lien entre le service de traumatisme et de**
- 27 **brûlo ?**
- 28 **E7 :** *Pas directement... on va dire les deux services sont séparés mais*
- 29 *c'est dans l'administration on les a réorganisé en pôles, il y a la*
- 30 *partie neurologie, traumatologie et brûlologie. Il y a deux gros*
- 31 *secteurs quoi.*
- 32 **FS : D'accord. Depuis combien de temps travaillez-vous dans**
- 33 **cette structure ?**
- 34 **E7 :** *Alors ça fait un bail ! Ça fait 24 ans. Donc j'ai eu le temps de*
- 35 *faire tous les services, toutes les pathologies, mais c'est vrai que sur*
- 36 *ce cursus, il y a eu le passage avec la brûlure, avec les personnes*
- 37 *brûlées, qui m'a le plus « nourri ».*

38 FS : **Depuis 24 ans avec ces personnes là ?**

39 E7 : *Ca à commencer en 91 avec elles.*

40 FS : **D'accord. Et vous êtes diplômé depuis ?**

41 E7 : 86.

42 FS : **D'accord, donc on va se fixer davantage de ces personnes là**

43 **si vous êtes d'accord.**

44 E7 : *Pas de problème.*

45 FS : **Comment arrivez-vous dans votre pratique à repérer les**

46 **différents moyens que peut mettre en place une personne pour**

47 **faire face à son traumatisme ? Autrement formulé comment**

48 **arrivez-vous à cerner où en est la personne dans son**

49 **cheminement dans l'acceptation de son handicap ? Si on peut**

50 **considérer qu'elle l'accepte un jour...**

51 E7 : *Exactement, parce que ça c'est une question euh... après une*

52 *blessure quelle qu'elle soit, après un accident ou deuil... il y a une*

53 *grosse souffrance qui est là. Et dans ma démarche euh personnelle,*

54 *j'essaie au mieux de tenir compte de la douleur de la personne au*

55 *lieu de la minimiser ou de la négliger ou de la rogner... J'invite la*

56 *personne et j'accompagne la personne pour qu'elle puisse se donner*

57 *le droit à sa douleur. Elle a le droit de se sentir accablée... Elle a le*

58 *droit se retrouver avec une envie de mourir... et donc moi je ne*

59 *m'oppose pas. Je vais plutôt dans son sens en disant je comprends. Et*

60 *à partir de là je peux créer une relation. Autrement on est un peu*

61 *dans une attitude un peu de... conseiller... moralisateur un peu ou...*

62 *très maternel. Les gens n'ont pas besoin de ça. Ils sont accablés ils*

63 *sont au fond du trou et la question c'est comment je vais pouvoir*

64 *aider cette personne à sortir du puits ? La démarche elle est là.*

65 FS : **Et du coup grâce à la relation établie, dont vous parlez, vous**

66 **arrivez à voir un peu où elle en est ?**

67 E7 : *Il y a une partie en l'homme que l'on a bien évincée, c'est tout*

68 *ce qui est perception et tout ce que l'on sent, implicitement. Parler de*

69 *cette partie intuitive qu'on a de temps en temps, c'est celle là que je*

70 *cherche à développer. Parce qu'elle n'est pas anodine. Alors on peut*

71 *se cacher derrière les protocoles, derrière une attitude professionnel,*

72 *je ne suis pas contre, mais c'est bien de la compenser par une*

73 *attitude d'écoute, mais c'est un homme qui s'adresse à un autre*

74 *homme. Et donc c'est bien à travers la brulure que j'ai pu rencontrer*

75 *cette première dimension parce qu'au début moi quand j'ai*

76 *commencé la brûlure, j'avais la trouille de ma réaction, devant un*
77 *corps brûlé, écorché, un visage avec le nez détruit, les oreilles*
78 *détruites, comment réagir, comment être... Et ce qui m'a aidé comme*
79 *je disais aux étudiants à Lyon quand j'avais donné des cours pendant*
80 *vingt ans, j'ai fait une croix aux yeux, et on fait une croix aux yeux, et*
81 *le reste, je vous assure, s'atténue, parce qu'on va directement au*
82 *cœur, on est avec la personne, et on sent un peu plus, pas tout, un peu*
83 *plus, où elle en est dans le désarroi, on le sent, elle a besoin d'être*
84 *rassurée à un endroit, quand elle voit toute l'équipe qui se met autour*
85 *d'elle et elle est nue on se dit « wow, quelle souffrance peut-elle*
86 *ressentir ?.. » Donc on ne peut pas se mettre entièrement à la place*
87 *de l'autre mais on peut tenter de se mettre à la place de l'autre. Moi*
88 *si je suis nu comme ça sur un brancard et qu'il y a une dizaine de*
89 *personne qui arrive je suis comment ? Humilité... Et donc après c'est*
90 *devant la personne, en préparant, moi je vais toujours rendre visite à*
91 *la personne lorsqu'elle arrive, je sais que le premier bain par*
92 *exemple où je vais la rencontrer, donc je la préviens, je lui dis*
93 *« rassurez-vous, bon vous me reconnaîtrez pas forcément parmi*
94 *toutes les personnes qui arriveront mais voilà je viens me présenter à*

95 *vous quoi ».* *Donc je reviens sur le fait de prendre en considération*
96 *cette douleur qui n'est pas exprimée... Je vais prendre un exemple qui*
97 *me vient, je rentre dans la chambre d'une jeune femme, et puis elle*
98 *me regarde et je la sens très... sur la défensive, très craintive mais*
99 *même presque à provoquer. Et c'était une femme qui pouvait plus*
100 *bouger, momentanément elle pouvait plus bouger ou seulement les*
101 *mains mais pas les bras et puis je suis venu lui installer un kit que*
102 *j'avais inventé, un kit boisson, ce qui lui permettait de boire 24h/24*
103 *sans appeler, donc en restant au lit, elle pouvait boire, et elle était*
104 *étonnée de voir tant d'attention pour elle. Et cette femme me dit :*
105 *« Vous savez qui je suis ? » Et donc je le lui dis « non »... Elle me dit*
106 *« je suis prostituée ». Et donc comme si elle avait honte. Et il y a eu*
107 *quelque chose de très simple qui s'est posé à ce moment là. Et je lui*
108 *ai juste dit je me rappelle « Marie-Madeleine était une prostituée. »*
109 *Et là bah après il y a eu toute une relation de confiance qui s'est mise*
110 *en place avec elle. La souffrance c'est « qui j'ai devant moi ? » Une*
111 *personne qui souffre, qui est dans la retenue, dans la protection, dans*
112 *la crainte... Donc « Ah si j'étais à sa place... » Bah j'aimerais bien*
113 *qu'on me rassure...*

114 **FS : Oui. Toujours essayer de se mettre à la place de la personne**
115 **pour...**
116 **E7 : Oui en tout cas tenter. Si j'étais à sa place « qu'est ce qui me**
117 **manquerait ? »...** *Du style, moi c'était sur le plan matériel, bah*
118 *j'aimerais pouvoir appeler mes proches rapidement. Donc regarder*
119 *ce qui existe, comme téléphonie, comme matériel pour que la*
120 *personne puisse contacter, c'est plus boostant que « ah il faut que je*
121 *mette un téléphone adapté à ce qui faut ». Non, je comprends la*
122 *souffrance de la personne. Moi ça m'aide, à avoir plus pétillant dans*
123 *la prise en charge. Dans un article que j'ai écrit il y a un an, je parle*
124 *de ma souffrance à moi, quand je rentre dans cette chambre, et on en*
125 *parle pas dans le métier, en tout cas dans le milieu sanitaire on en*
126 *parle pas de la souffrance ou très peu, mais bon moi je fais une*
127 *démarche, je fais une route individuelle, spirituelle depuis dix ans,*
128 *qui m'aide à... à mieux me connaître et à aller découvrir des choses*
129 *que je ne connaissais pas moi-même. En tout cas le meilleur de moi-*
130 *même ou ce qu'il est, et ça par d'où. Ce que j'ai avec cet homme*
131 *n'est pas tombé des nues quoi. C'est suite à une souffrance que lui*
132 *faisait miroir, et j'avais en face de moi une douleur que je connais. Et*

133 *donc le fait que je me sois réconcilié avec ma douleur à moi,*
134 *personnelle, et de trouver un acte pour moi, m'a permis de rester*
135 *avec cet homme. Il aurait été très facile de dire à l'équipe, j'ai déjà*
136 *pris en charge quelqu'un de tétraplégique, à vous maintenant de vous*
137 *en occuper. Je le dis au début de l'article, enfin je remercie mes*
138 *collègues ou la vie en tout cas de m'avoir présenté cet homme. Au*
139 *mois de Juillet dernier, c'était un dépassement, pour moi, pour lui, je*
140 *l'ai emmené dans un très grand restaurant, un 4 étoiles, et donc je*
141 *voulais suivre au sein d'une institution comme celle là, je voulais*
142 *mettre en place un projet, où cette personne va dans un endroit*
143 *magnifique, se donne le droit au luxe, au beau, au raffinement, et*
144 *pour l'occasion s'achète pour la première fois de sa vie un costume.*
145 **FS : Depuis son traumatisme, vous voulez dire pour la première**
146 **fois ?**
147 **E7 : Non non pour la première fois de sa vie, je lui ai fait accéder à**
148 *un autre endroit, en collaboration avec la tutrice qui voulait bien*
149 *jouer le jeu, donc ça a été un jeu à trois magnifique, avec une*
150 *expérience de vie où j'ai découvert un autre homme, mais alors*
151 *complètement différent ; d'ailleurs là je suis en train d'écrire un*

152 *article, faut que je le termine, parce que je ne peux pas ne pas en*
153 *parler.*

154 **FS : La suite de ce que vous avez déjà écrit ?**

155 **E7 :** *Oui, avec lui, mais un cran au dessus.*

156 **FS : Avec plaisir je vous lirais.**

157 **E7 :** *Et bien laissez moi vos coordonnées parce que ça va être sur un*
158 *autre journal, ce n'est pas sur le journal « ergothérapie ». Mais c'est*
159 *dans la même lignée, c'est-à-dire... je tiens compte de ma douleur, et*
160 *de la douleur de l'autre. Et là c'est comprendre le sens de la douleur*
161 *qui m'arrive, et me permet de comprendre la douleur l'autre, et de*
162 *cheminer avec lui, lui proposer des petits actes, qui vont le réveiller à*
163 *vie, et je vous assure que cet homme là, il profite, enfin... il apprécie*
164 *en tout cas la vie. A son niveau, mais il apprécie la vie. Je vais juste*
165 *terminer là-dessus pour après vous laisser continuer, la semaine*
166 *dernière, pareil, huit mois après la sortie du mois de Juillet, on n'a*
167 *pas beaucoup de moyens pour aider ces personnes, accompagner ces*
168 *personnes à sortir du cadre, et puis ce n'est pas un lieu de vie... donc*
169 *cette personne elle attend ça fait six ans qu'elle est là. Et donc je lui*
170 *ai proposé d'aller au village, ça fait peut-être la troisième fois qu'on*

171 *fait ça, et là il y avait le marché, il a acheté du saucisson, du jambon*
172 *cru, etc., il a fait son choix.*

173 **FS :** **Excusez-moi, il est toujours ici ?**

174 **E7 :** *Oui oui.*

175 **FS :** **Pour quelles raisons ?**

176 **E7 :** *Il n'y a pas de place.*

177 **FS :** **D'accord.**

178 **E7 :** *Sauf... et heureusement que je me suis euh... on va dire*
179 *redresser contre le projet initial de le laisser partir dans un projet de*
180 *maison de retraite ou euh il n'y a pas de lieu adapté, et là c'était un*
181 *service dans un hôpital local, un service de gériatrie, mais alors à la*
182 *fin, le dernier dégradé, c'est-à-dire toutes les personnes alitées,*
183 *grabataires et qui ne parlent pas, donc vous mettez cet homme*
184 *là...c'est pas possible. Et donc on s'est appuyé, avec l'assistante*
185 *sociale et la tutrice, on s'est battu pour que ça ne se fasse pas. Et*
186 *donc aujourd'hui il y a deux projets dont un appartement personnel*
187 *qu'il pourra rejoindre, enfin dès qu'on en trouve un adapté, mais on*
188 *a eu les financements pour la prise en charge 24/24h aux niveaux des*
189 *aides humaines.*

- 190 **FS : Et donc par rapport au marché ?**
- 191 **E7 :** *Ah ben pour lui c'était le plaisir de rentrer en contact avec les*
- 192 *commerçants, il a rencontré des gens qu'il connaissait, c'est le*
- 193 *plaisir de parler, de discuter... Et après la convivence entre les huit*
- 194 *mois, ça c'est du à la première fois que j'ai fait la sortie, c'était pour*
- 195 *acheter sa télévision, enfin son écran plat, et à la sortie je me suis dit*
- 196 *« waw, il peut pas rentrer comme ça. » Et je lui ai dis « ça vous*
- 197 *dirait de boire une bière ? » et donc là, vendredi ou mercredi, il me*
- 198 *dit « bon on va prendre l'apéro ? » Moi je dis ok... et je lui dis « ah*
- 199 *ben je vous l'offre. » Et il me dit « ah non non », il a insisté, on était*
- 200 *dans un petit bar devant la gare, il a retrouvé un ami qui était là,*
- 201 *voilà, c'était un bon moment, très simple... Et au retour, oui parce*
- 202 *que c'est ça, le fait qu'il accède à son plaisir, dans le journal c'est ce*
- 203 *que je mets, si on accède à nos petits plaisirs à des petits plaisirs, là*
- 204 *on est nourri.*
- 205 **FS : En tant qu'ergothérapeute ?**
- 206 **E7 :** *Pour les deux ! La question est bonne, c'est autant pour le*
- 207 *patient, mais pour nous en tant qu'homme.*
- 208 **FS :** **Oui c'est un peu aussi le but de notre travail, je pense, c'est**
- 209 **que la personne se sente mieux.**
- 210 **E7 :** *Oui. C'est comment mieux être, mieux vivre avec ce qu'il a. Et*
- 211 *eah... c'est tout un cheminement quoi. Un cheminement pour sortir*
- 212 *du puits comme j'ai dit, remonter.*
- 213 **FS :** **D'ailleurs en parlant de sortir du puits, est-ce que vous**
- 214 **connaissiez les termes de « coping » ou de « résilience » ?**
- 215 **E7:** *Non.*
- 216 **FS :** **Résilience non ?**
- 217 **E7 :** *Ah oui si. Euh je ne pourrais même pas vous donner la définition*
- 218 *mais euh...*
- 219 **FS :** **Mais pour vous ce que ça peut évoquer ?**
- 220 **E7 :** *C'est par rapport à l'écoute de l'autre, dans le sens où... ah je*
- 221 *sais même plus... au niveau des mots c'est difficile. Enfin c'est se*
- 222 *mettre à la place. Je pense que c'est ça. Ou je me trompe peut-être je*
- 223 *confonds peut-être avec un autre mot.*
- 224 **FS :** **Ben, en fait par rapport à l'expression que vous avez dit**
- 225 **sortir du puits, la résilience c'est un terme assez général, c'est pas**
- 226 **spécifique qu'à l'handicap, c'est donc face à traumatisme, quel**
- 227 **qu'il soit, psychologique, physique etc., c'est la personne qui**

228 arrive quand même, malgré son traumatisme, à se relever en fait
229 et par certaines ressources extérieures ou internes, elle arrive à
230 faire face à ce traumatisme. Donc en fait c'est un peu... enfin moi
231 je l'ai un peu vu comme ça dans ma partie théorique, c'est un
232 peu, du moment où il y a tout le travail de deuil, c'est au moment
233 où la personne a fait sa partie de dépression, etc. si on suit le
234 travail de deuil, et le moment où en fait il y a un virage, et en fait
235 elle se prend en main et elle arrive à vivre autre chose malgré ce
236 qu'il lui est arrivé. Elle est plus vraiment fixée que dessus mais
237 elle arrive à l'intégrer pour elle, et après « faire avec » si on veut.
238 E7 : *Oui il faut trouver cette force en soi quoi. Que ce soit des*
239 *moteurs extérieurs ou intérieurs... pour certains, je pense à un jeune*
240 *homme là que j'avais accompagné une dizaine d'années et que je*
241 *continue à voir, c'est la foi qui l'a aidé. Dans cette épreuve il a*
242 *trouvé cette source, pour ne pas sombrer.*
243
244 FS : **Et par rapport à mon sujet, dans votre prise en charge en**
245 **ergothérapie, face aux personnes qui présentent un traumatisme**
246 **physique, pour vous est ce que cette prise en charge doit passer**

247 **par la revalorisation de soi ?**

248 E7 : *Moi c'est mon axe.*

249 FS : **D'accord.**

250 E7 : *C'est mon axe, même si une personne est tombée, vraiment*

251 *tombée. Il y a un endroit, il y a une flamme qui reste. Alors l'étincelle*

252 *faut la voir hein... Et la revalorisation, alors moi je parle de la*

253 *reconquête de l'estime de soi, et bien c'est capital. On va dire c'est*

254 *les bases... de la construction de l'égo. On a à réussir, sur le plan*

255 *matériel, sur le plan affectif, sur le plan social. Et tout s'effondre. Il a*

256 *bien un endroit où j'ai besoin de réussir en tout cas, alors comment*

257 *réussir ? Déjà c'est recréer cette estime en moi-même. Donc c'est*

258 *que des petites choses, c'est pas du spectaculaire. Ce qui me vient à*

259 *l'esprit c'est une femme, dans le service des brûlés, je rentre dans sa*

260 *chambre, et je la vois, et là je me dis « je peux rien pour elle... »*

261 *Tellement elle était euh... Je vous la décris, donc une femme brûlée*

262 *sur tout le corps, pas le visage, ou à peine, le cou... Ce qui m'a*

263 *marqué c'est ses yeux, gris, fades, morts, vides... Des cheveux*

264 *quasiment coupés à ras parce que qu'il u a une greffe au niveau du*

265 *crâne et puis euh rien. Le ressort coupé, le ressort pétié... et en gros*

266 c'est « waw, je peux rien pour elle... » C'était juste avant de partir en
267 vacances, et puis au retour je me suis dit ben c'est peut-être des
268 collègues qui l'ont prise, je reviens et tac ils me l'avaient mise, je la
269 prenais en charge, et je ne regrette pas parce que ça a été... ben
270 justement, je suis rentré dans sa douleur, enfin rentré... j'ai accueilli
271 sa douleur. Et donc je la forçais en rien, je la forçais en rien, je veux
272 dire que je comprenais qu'elle était empathique, qu'il y avait rien,
273 qu'elle était amorphe... Qu'est ce que vous voulez faire, la prendre
274 comme ça et lui dire « faut bouger ma petite dame ? » Non, ça c'est
275 une réaction pour essayer de compenser notre mal être à nous. Et
276 donc non, et donc je suis parti de l'autre côté. Et cette femme là petit
277 à petit ben petit à petit, elle avait en même temps un syndrome
278 cérébelleux associé et euh... il y a une confiance qui s'est installée.
279 Cette femme petit à petit, ses yeux sont devenus... pas brillants, mais
280 légèrement colorés. Et il y a l'humour qui est revenu, elle avait de
281 l'humour cette femme. On a commencé donc à parler. Elle récupérerait
282 sur le plan fonctionnel tout doucement, je veux dire il a fallu des
283 mois, quatre mois pour qu'elle puisse marcher sur un mètre. Elle
284 avait tellement peu de confiance que voilà c'était... des millimètres.

285 Mais petit à petit elle a pu se déplacer en marchant... avec une canne
286 je crois, voilà. Et cette femme là, dans la discussion il y a eu
287 l'humour qui est ressorti... je la revalorisais, je l'encourageais à se
288 maquiller, je l'encourageais à s'habiller avec ses vêtements
289 personnels si elle en avait. Je pose la question en général « est-ce que
290 vous avez l'habitude de vous maquiller ? » Et si elle me dit oui alors
291 là je l'invite dès que c'est possible, dès qu'il y a pas de contre
292 indications sur le plan médical. C'est là que j'ai découvert, en
293 parlant elle m'a dit mais vous savez j'étais mannequin, en haute
294 couture, j'ai fait des salons, j'ai fait des défilés en France, à New
295 York, alors que d'emblée je peux rien pour elle. Et cette femme elle
296 avait 49 ans, mais elle retrouvait une prestance. Elle m'a donc
297 montré son press-book, magnifique femme. Entre le préjugé que
298 j'avais, et puis la réalité, et puis ce qui renaissait auprès de cette
299 femme, j'ai continué à chercher ce qui allait l'aider quoi. Et donc la
300 revalorisation, c'est passé par le maquillage, par la sollicité à
301 s'habiller... A chaque fois qu'il y a un effort fait, je lui demande de...
302 se donner cette auto mesure, cette autosatisfaction. Personne au
303 monde peut donner cette auto mesure que soi même. On attend

304 toujours que ce soit l'extérieur. Mais la première personne qui peut
305 donner cette auto mesure c'est soi même.

306 FS : **Parce que oui le but en fait c'est que la personne arrive à**
307 **changer la vision d'elle-même, c'est pas nous qui allons lui dire**
308 **vous êtes comme ci ou comme ça... Il faut qu'elle fasse un chemin**
309 **personnel sur cette vision.**

310 E7 : *Oui, voilà c'est ça, de décider de prendre ses décisions,*
311 *comment tiens je vais me maquiller, et c'est pour elle qu'elle le fait*
312 *donc ça change tout. Et puis après, petit à petit, dans la*
313 *revalorisation, dans la reconquête de la confiance, bon j'ai repris les*
314 *outils classiques, les mises en situation classiques, préparation de*
315 *repas, courses, courses à l'extérieur pour préparer le repas, donc*
316 *mais on va dire... il y a un terreau de préparation qui est différent.*
317 *Donc là elle a eu le plaisir de voir qu'elle était capable de faire à*
318 *nouveau les choses, le plaisir de préparer, je me rappelle très bien de*
319 *ça, la façon dont elle était pendant les courses. Ça fait 5 ou... 6 ans,*
320 *elle m'écrit, et elle témoigne de ces moments où elle a retrouvé le*
321 *goût de vivre, ces moments passés dans l'appartement à faire la*
322 *cuisine, à préparer, à sortir faire les courses donc euh... ce sont des*

323 moments précis, qui demandent un temps de préparation, mais qui
324 demandent aussi de respecter l'endroit où est la personne, ce qui est
325 une décision de sa part. *Qu'elle voit le sens de l'activité, mais qui est*
326 *une décision de sa part. Elle peut être dans cet état d'esprit : « je vais*
327 *prendre une décision, je vais décider pour moi, et ça fait du bien.».*
328 *Donc la question de revalorisation pour moi c'est le principal.*

329 FS : **Vous êtes vous déjà questionné sur les compétences de**
330 **l'ergothérapeute par rapport à la revalorisation ?**

331 E7 : *Oui mais c'est parti... alors ça va peut-être vous surprendre*
332 *mais... c'est un chemin, de chaque côté du miroir. C'est-à-dire ce que*
333 *j'ai pu découvrir pour moi-même, dans ma revalorisation à moi-*
334 *même, pour moi-même, m'a aidé, et m'aide à pouvoir comprendre et*
335 *sentir vraiment où en est la personne, et l'endroit où elle a besoin.*
336 *Donc c'est revalorisation c'est l'image de la balance... vous êtes*
337 *thérapeute ou ergothérapeute, vous êtes tourné vers l'autre. Si vous*
338 *vous tournez tout le temps vers l'autre, on va faire le maximum, on va*
339 *tout faire pour satisfaire, répondre. Mais si de l'autre côté vous ne*
340 *vous revalorisez pas vous-même, c'est-à-dire je pense à l'autre je ne*
341 *pense pas à moi, et bien vous vous retrouvez à un moment donné où*

342 vous en pouvez plus, il y a quelque chose qui est pas du tout nourri en
343 vous, et puis il suffit d'une petite remarque de la personne avec qui
344 vous vous êtes défoncé pour dire que là c'est trop et vous craquez. Et
345 il faut se demander alors si on prend soin de soi, « moi dans ma vie je
346 fais quoi ? ». « Alors en fait, je suis un estropié de la tendresse. » Et
347 donc ce chemin, dont je vous parle, cette recherche spirituel,
348 j'entends par spirituel c'est comment rejoindre le meilleur de nous
349 même mais en acceptant déjà la partie qui souffre, passer du pire au
350 meilleur de soi même. Le pire c'est se qui hésite à vivre, qui se
351 rétracte et l'autre partie c'est le côté c'est de quoi j'ai envie, de quoi
352 j'ai besoin pour ma vie. Dans le journal, l'envie de cet homme à un
353 moment donné me surprend, il demande une photo avec le chef du
354 restaurant, et la serveuse revient pour lui dire que ce n'est pas
355 possible. Il dit alors à la serveuse « et avec vous, c'est possible ? ».
356 Et ben ça c'est une envie. Il dépasse les peurs. En plus il dit (je le
357 raconte pas dans le journal parce que c'est intime), « est-ce que vous
358 pouvez prendre ma main ? », c'est quelqu'un qui a pas de vie
359 affective, mais en tout cas elle a joué le jeu. Mais euh oser dire « est-
360 ce que vous pouvez me prendre ma main ? », lui il m'a scotché mais

361 plus d'une fois. Plus d'une fois... en faisant des compliments. C'est
362 quelqu'un qui est très rustre, plus provocateur. Il faisait des
363 compliments aux jeunes filles stagiaires ou infirmières, des vrais
364 compliments. Du style euh... j'avais une stagiaire il y a quelques
365 années, il y trois ou quatre ans, il est arrivé avec son fauteuil, il la
366 regarde, et puis il lui dit « vous êtes ravissante », et d'entendre ça, ça
367 c'est une envie, c'est un dépassement de pouvoir dire « qu'est ce que
368 j'ai envie de dire aux gens, à cet être ». Pour moi c'est l'axe. Alors
369 c'est encore un autre niveau de la revalorisation, mais ça en fait
370 partie. La revalorisation commence par cette autosatisfaction, cette
371 mesure, cette recherche qu'est ce que... tiens je vais commencer à
372 prendre soin de moi.
373 FS : **D'accord... Donc là vous m'avez un peu expliqué comment**
374 **vous arrivez à revaloriser une personne, par des exemples, et est**
375 **ce que vous utilisiez l'activité comme moyen de revalorisation ?**
376 E7 : *Alors l'activité... tout dépend de quelle activité choisir. J'aime*
377 *bien utiliser une mise en situation où euh... en préparation repas tout*
378 *ça, on est dans le concret, après les activités euh ludiques, j'utilise le*
379 *jeu, par rapport à... débrider un peu la personne, lui donner déjà un*

380 *peu de plaisir, enfin tout dépend hein, il faut bien expliquer aussi le*
381 *but du jeu à chaque fois surtout chez un adulte, mais au niveau des*
382 *activités alors si vous pensez aux activités classiques, on va dire*
383 *artisanales, du métier, occasionnellement j'utilise encore.*
384 **FS : Ou comment vous utilisez telle ou telle activité, c'est en**
385 **fonction de quoi ? Ca peut être aussi en fonction de plusieurs**
386 **paramètres il y a pas une activité type je pense pour...**
387 **E7 : Bien sûr, après tout dépend de la relation qui s'installe, je laisse**
388 *le temps pour que la personne choisisse. Si je sens qu'une activité a*
389 *un intérêt particulier je propose de toute façon, mais je laisse le choix*
390 *à la personne, qu'elle ait 50%/50% de sa décision.*
391 **FS : Et vous lui donnez le choix ? Est-ce que vous lui montrez**
392 **euh... ce que vous pouvez faire en ergo avec elle ?**
393 **E7 : Les activités en ergo, enfin pour moi, elles sont vite limitées.**
394 *Donc après c'est laquelle correspond le mieux à cette personne et à*
395 *ce que je recherche, par rapport aux objectifs, et à ce qu'elle est*
396 *quoi. Un camionneur, un routier, sauf s'il me le demande, je ne lui*
397 *proposerai pas de faire de la vannerie, mais euh... je vais caricaturer*
398 *mais un chauffeur routier, avec plein de tatouages, sauf s'il me le*

399 *demande, je ne lui présenterai pas ma du macramé ou de la broderie.*
400 *Donc il faut que ce soit adapté aussi à la personne, à son profil. Il*
401 *faut que l'activité choisie ou proposée ne soit pas dégradante. Donc*
402 *il faut qu'elle corresponde à des objectifs thérapeutiques, mais que*
403 *ça réponde aussi à ce qu'est la personne.*
404 **FS : Oui les deux c'est peut-être pas évident, d'ailleurs j'allais y**
405 **venir, si vous rencontrez des difficultés à mettre en parallèle les**
406 **objectifs thérapeutiques plus le côté rééducation et un objectif**
407 **plus de revalorisation...**
408 **E7 : Pour moi l'aspect, l'axe de la revalorisation il est omniprésent.**
409 *Si on prend l'image de l'iceberg, si ce qui est émergé c'est l'activité,*
410 *si elle est donnée comme ça, elle va être faite, elle peut être faite*
411 *extérieurement elle va être faite, mais y a-t-il du goût, y a-t-il du*
412 *plaisir, y a-t-il quelque chose qui pétille ? Non parce que j'aurais*
413 *oublié les 8/10^{ème} immergés. Donc je préfère préparer ce qui est*
414 *immergé, pour préparer le terrain, et l'activité va être le saut pour la*
415 *libérer, la dernière étape. Parce qu'on aura préparé le terrain. Une*
416 *personne qui est complètement comme ça... [imite quelqu'un lassé] si*
417 *vous lui dites « mon petit monsieur, vous allez voir vous allez vous*

418 éclater, vous allez faire un macramé ! » *Je ne pense pas que ça le*
419 réveille. Si par contre vous allez préparer, il y a une confiance qui
420 s'installe. En disant « je vais vous proposer, on va tenter une activité
421 dans cet objectif » voilà par rapport à l'aspect préhension par
422 exemple. « et puis vous allez me dire ce que vous en pensez, si ça
423 vous plait ou pas, et si ça vous gonfle et ben dites le moi. » Et ben ça
424 change tout.

425 **FS : Il est acteur dans ses décisions aussi...**

426 **E7 :** Ah oui... Ne surtout pas proposer, ou imposer une activité ou un
427 exercice sans en donner le sens. Avec les enfants c'est facile. Mais
428 avec les adultes, vous ne pouvez pas vous permettre de mettre euh...
429 un jeu de solitaire et dire « tenez, faites une partie. » si on ne dit pas
430 l'objectif, et le sens de l'exercice. A partir du moment où tu donnes le
431 sens, la personne va comprendre, bah là donner le sens fait partie de
432 cette construction de cette confiance. Autrement on est quoi... des
433 techniciens...

434 **FS :** Là j'ai des caractéristiques par rapport à l'activité, juste si
435 vous pouvez me dire une que vous retiendrez ou plusieurs :
436 Satisfaire des besoins, être notion de plaisir ou de bien-être,

437 rétablir un lien social, mettre en avant le potentiel de la personne,
438 être une activité significative, tout en pensant que c'est pour
439 revaloriser une personne.

440 **E7 :** Alors pour moi c'est la notion de plaisir et de bien-être... Tout
441 part de là, on peut tout faire à partir de là. Et s'il y a du plaisir, c'est
442 un petit plaisir, la personne va aller chercher tout le potentiel qu'elle
443 a.

444 **FS :** Donc pour vous c'est ce qui est primordial ?

445 **E7 :** Oui... Parce que c'est quelque chose... le monde du plaisir, c'est
446 vaste. Et on s'interdit de laisser la place à ce monde. Mais les
447 plaisirs, on parle là de petits plaisirs, de cet homme qui va chercher
448 son saucisson sur le marché, le petit plaisir des courses au marché...

449 **FS :** Ca signifierait qu'il commence aussi à y avoir un sens pour
450 personne par rapport à ses activités ? Un sens personnel ? Parce
451 que selon les personnes les plaisirs sont différent plaisirs.

452 **E7 :** Ah oui c'est adapté à chaque personne quoi.

453

454 **FS :** Vous appuyez-vous sur des modèles théoriques pour aborder
455 cette notion de revalorisation dans vos prises en charge tel que le

456 **modèle de Kielhofner, ou de Rosemary Hagedorn, ou la théorie**
457 **du flow ?**
458 **E7** : *Alors Kielhofner j'avais eu la formation, avec toutes ces notions*
459 *de volition... Mais euh... Je vais répondre d'une autre manière. C'est*
460 *par mon expérience personnelle que j'ai pu mettre en place une autre*
461 *attitude envers l'autre, à partir du moment où j'ai commencé à*
462 *considérer important cette connaissance de moi-même. On dit*
463 *connais-toi toi-même... mais le commencement de la connaissance*
464 *commence là, d'abord se connaître soi. Et les endroits où j'ai pu*
465 *m'aider, où j'ai pu trouver les actes qui m'ont aidé, qui m'ont permis*
466 *de me redresser, de me revaloriser, de retrouver cette estime dont on*
467 *parlait tout-à l'heure, ben, ces endroits là je peux les transmettre et*
468 *les enseigner puisque je sais qu'ils m'ont aidé. Donc c'est*
469 *l'expérience, ça n'enlève pas la qualité des modèles, des références...*
470 **FS** : **Mais sur ce sujet pour vous c'est...**
471 **E7** : *C'est en partant de mon expérience oui. Vous voyez que ce soit*
472 *face à cet homme tétraplégique, face à cette femme ancien*
473 *mannequin, face à cette femme prostituée, je suis qui, je fais quoi et*
474 *comment je peux aider... mais vous voyez je ne suis pas... j'ai du mal*

475 *à me calquer à des modèles mais euh ce n'est pas en référence à des*
476 *modèles écrits que je me suis construit cette approche. C'est souvent*
477 *la partie « je suis démuni, impuissant » devant cet homme. C'est une*
478 *douleur qui n'est pas anodine. Mais cette douleur à l'intérieur fait*
479 *comprendre que je comprends le sens de ma douleur face à cet*
480 *homme, parce que je la connais celle là. Et dans le procédé c'est*
481 *euh... on est entre la naissance et la mort, on a notre fonctionnement,*
482 *notre personnalité qui est en place, qui permet de nous adapter à la*
483 *vie sur Terre, à la vie humaine, aux hommes, et donc on a des*
484 *comportements. Et on a notre personnalité qu'on a faite. Et on répète*
485 *toujours le même fonctionnement. Donc on a toujours la même façon*
486 *de souffrir, ou d'avoir du plaisir. Mais la façon de souffrir de*
487 *l'homme d'aujourd'hui, c'est la même souffrance initiale, que*
488 *l'adolescent de treize ans, ou que l'enfant de sept ans, ou le petit*
489 *garçon de quatre ans... Alors dans la manière dont je pratique, c'est*
490 *un peu plus facile d'aller consoler l'enfant ou l'adolescent que*
491 *l'adulte mais on parle au même. Et donc c'est cette souffrance là que*
492 *je comprends, ce sens de cette souffrance qui m'habite et qui est*
493 *miennne, au lieu de la négliger, et de la repousser ou de la mépriser,*

494 je l'accueille. Et après, je vais chercher ce qui va me faire du bien. Si
495 c'est une mère d'autrui, alors je vais chercher pour lui. Vivre une
496 grande expérience dans un grand restaurant comme celui dont je
497 vous parlais, j'ai pu lui proposer parce qu'on me le fait vivre. Je sais
498 ce que ça apporte dans la dignité intérieure. Rentrer dans un Relais-
499 château, avec une belle voiture, pour l'expérience, je l'ai vécue, et
500 après c'est se dire pour quelles raisons ces hommes, ces femmes,
501 n'aient pas droit à ce raffinement, si ça répond à leur demande. Mais
502 dans l'article que vous avez lu, ça s'est fait progressivement. Et la
503 sortie du mois de Juillet ça a été un point... un degré au dessus. Donc
504 pour répondre c'est ça, c'est par mes expériences, trouver les
505 endroits où moi j'ai pu trouver des solutions qui m'ont apaisé, je
506 peux, quand je le sais, le proposer à l'autre.

507 FS : **Du coup je sais un peu ce que vous allez répondre à cette**
508 **question, est-ce que pour vous le cursus de notre formation initial**
509 **est suffisant ? Concernant tout ce qui est l'impact psychologique**
510 **d'un traumatisme physique auprès des personnes... Est-ce que**
511 **c'est la formation initiale qui nous prépare à...**

512 E7 : *La formation initiale elle offre un socle sur lequel on va pouvoir*

513 s'appuyer. Après, ce dont je vous ai parlé c'est vraiment une
514 démarche personnelle, parce que j'étais devant un manque d'utilité
515 profonde. Il y a toujours une souffrance qui va nous faire sortir,
516 avancer, et nous tenir debout. Donc... je crois que le cursus il est
517 valable tel qu'il est. Il y a peut-être des compléments... Mais je ne
518 sais pas si on peut donner deux heures dans une école d'ergothérapie
519 pour présenter ma démarche, je me dis peut-être que ce que ce serait
520 valable, au moins pour la musique, mais ce sera peut-être valable
521 aussi pour des ergothérapeutes qui sont déjà en place quelques
522 années après la sortie du DE, ou en étant sur le terrain en étant
523 interpellé par cette souffrance de l'homme ou de la femme qui est
524 derrière la blouse blanche.

525 FS : **C'est une démarche assez personnelle après la formation...**
526 **sur ce sujet.**

527 E7 : *Pour moi c'est « s'il y a un manque, je vais chercher » en tout*
528 *cas... mais peut-être qu'il y aurait à mettre en place un petit cursus*
529 *je ne sais pas, très court pour sensibiliser en tout cas cette approche*
530 *en partant de mon expérience.*

531 FS : **Sinon, est-ce que vous avez réalisé d'autres formations dans**

532 **votre pratique par rapport à ce sujet, de revalorisation ou de**
533 **reconquête de l'estime ? Ou alors, est-ce que dans votre pratique**
534 **professionnelle vous avez la possibilité, par d'autres manières,**
535 **analyse de la pratique en équipe, supervision, de vous**
536 **questionner sur vos prises en charge en lien avec cette notion de**
537 **revalorisation ?**
538 **E7 : Alors dans le passé, je l'ai eu fait, avec des temps de rencontre**
539 **sur l'analyse de la pratique, mais bon je vais être honnête, je n'ai pas**
540 **été nourri... Même malgré la bonne volonté de toutes les personnes**
541 **qui ont proposé ces formations, à un moment donné il y a une remise**
542 **en question personnelle, je vais ne pas attendre que ce soit ce**
543 **professionnel qui fasse le travail à ma place.**
544 **FS : Mais donc c'est un peu la même question, pour le**
545 **professionnel en lui même, sur cette question de revalorisation,**
546 **c'est peut-être un travail personnel que doit faire le professionnel**
547 **sur cette question, comme le patient doit faire ce travail par lui-**
548 **même, même si il y a l'ergo... en discutant c'est bien mais voilà, il**
549 **va pas plus apporter sur ce sujet il faut que nous aussi peut-être**
550 **on se construise, par des actes, etc.**

551 **E7 : Oui c'est ça, on se construit.**
552 **FS : Oui parce que quand on est face à ces personnes, on est aussi**
553 **quelque part face à ce traumatisme comme eux, et donc on se sent**
554 **parfois aussi en difficulté, parce qu'on est dans une société où on**
555 **nous demande toujours de faire, « être rentable », nous aussi**
556 **ergo, comme rentrer nos actes par exemple...**
557 **E7 : C'est vrai qu'il y a l'acte extérieur, l'iceberg, et puis il y a l'acte**
558 **intérieur.**
559 **FS : Mais est-ce que l'acte « immergé » est pris en compte, voilà**
560 **c'est ça ? Et donc ça fait peut-être une difficulté par rapport à**
561 **l'institution, et la pratique qu'on voudrait avoir...**
562 **E7 : Oui tout à fait, moi je pense que je suis exposé à ça et ce n'est**
563 **pas facile. Il y a une mentalité, il y a un état d'esprit selon**
564 **l'établissement, selon le pays aussi... On est dans un pays en France**
565 **où on se ferme, c'est un pays qui a une histoire mais qui est en train**
566 **de se renfermer, il y a de moins en moins d'ouverture.**
567
568 **La discussion a du être arrêté car le temps nous manquait.**

Annexe XI

- 1
- 2 Entretien numéro 8 : Ergothérapeute numéro 8
- 3
- 4 **Flora Schindelé (FS) : Dans quel type de structure travaillez-vous ?**
- 5
- 6 **Ergothérapeute n° 8 (E8) :** *C'est un centre de soins de suite*
7 *rééducation et réadaptation fonctionnelle.*
- 8 **FS : Auprès de quels patients ?**
- 9 **E8 :** *Alors les pathologies, en ce qui me concerne personnellement,*
10 *donc la brûlure, la traumatologie, plus membre supérieur, orthopédie*
11 *membre inférieur, prothèse de hanche. Et également un programme*
12 *du rachis. Et on intervient aussi sur un service où il y a des soins de*
13 *suites neurologiques, c'est-à-dire la neurologie après la phase de*
14 *rééducation plutôt sur les aspects réadaptation.*
- 15 **FS : Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?**
- 16 **Alors à Sainte Foy ?**
- 17 **E8 :** *A Ste Foy, 27 ans.*
- 18 **FS : Et dans ce service auprès des brûlés ?**
- 19 **E8 :** *Alors dans ce service au moins 15 ans.*
- 20 **FS : Et depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?**
- 21 **E8 :** *Et bien 27 ans.*
- 22 **FS : Bon je vais aller dans le vif du sujet. Comment arrivez-vous**
23 **dans votre pratique à repérer les différents moyens que peut**
24 **mettre en place une personne pour faire face à son traumatisme ?**
- 25 **Formulé autrement, comment arrivez-vous à cerner où en est la**
26 **personne dans son cheminement, sur le travail de l'acceptation de**
27 **son handicap, si on peut concevoir qu'un jour il soit accepté ?**
- 28 **E8 :** *Je trouve que la question est extrêmement vaste... Beaucoup de*
29 *difficulté à répondre comme ça à cette question.*
- 30 **FS : Peut-être qu'aussi c'est difficile de s'en rendre compte. Si on**
31 **part sur l'exemple de personnes brûlées, si on parle par exemple**
32 **du travail de deuil, comment vous arrivez à voir où elle en est**
33 **dans ces étapes ? Est-ce que vous y arrivez ou c'est difficile ?**
- 34 **E8 :** *Oui je trouve que c'est compliqué de répondre à cette question*
35 *car moi je n'aborde pas la personne dans cette perspective là*
36 *forcément. Et je ne me pose pas la question à savoir où elle en est*
37 *dans ses étapes de deuil. Je ne me pose pas la question en tant que*

LXXXVIII

38 telle. Après euh je vais observer dans la prise en charge si la
39 personne arrive à investir le travail qu'on lui propose ou pas, dans
40 son attitude si elle est plutôt opposante ou pas, des choses comme ça.
41 Mais je ne le traduis pas sans savoir où elle en est dans sa phase de
42 deuil. Moi la notion de deuil, je trouve en soi que c'est déjà pas
43 évident euh d'aborder les choses comme ça. C'est plus par étapes
44 successives, on prend en charge un patient et on l'accompagne
45 pratiquement au jour le jour, car on voit presque les gens chaque
46 jour et puis voilà. Les choses se passent alors effectivement il y a des
47 phases mais pas toujours non plus et ce n'est pas si net que ça, ça
48 saute pas toujours aux yeux comme ça des étapes que les gens
49 franchissent ou pas. Donc voilà spontanément ce n'est pas une
50 question que je me pose en tout cas.
51 FS : S'il n'y a pas de difficulté dans la relation que vous créez
52 avec elle vous ne vous posez pas la question ?
53 E8 : Oui voilà.
54 FS : Et par rapport à l'image de soi de la personne, est-ce que
55 vous l'abordez, plus particulièrement pour les personnes brûlées
56 que vous rencontrez ? Car personnellement je n'ai jamais fait de

57 **stage en brûlé.**

58 E8 : Euh comment dire... Ce n'est pas moi qui aborde la question. Ça
59 peut paraître brutal comme ça mais je ne vais pas dire à quelqu'un
60 « tiens, aujourd'hui on va parler de l'image que vous avez de vous ».
61 Par contre les choses peuvent venir au fur et à mesure du travail que
62 l'on propose. Et la personne peut exprimer quelque chose par lequel
63 effectivement je vais peut-être pouvoir essayer de rebondir, pointer
64 avec elle ce qu'elle a à dire, ou essayer de faire écho à ce qu'elle
65 vient de dire pour pouvoir un peu travailler dessus, en général ça se
66 passe comme ça. C'est-à-dire que c'est la personne qui apporte
67 quelque chose dans une remarque qu'elle fait, dans une attitude. Et à
68 ce moment là je me saisis de ce qu'elle apporte pour soit lui
69 renvoyer, un peu, pour pouvoir le travailler, si je sens qu'elle est
70 capable. Et selon comment les choses sortent après c'est un peu aussi
71 du feeling on peut sentir que c'est tellement dur et tout ça que l'on ne
72 va pas forcément appuyer sur le sujet. Voilà on l'a entendu et je le
73 garde quelque part, c'est présent pour moi mais ce n'est pas
74 forcément le moment non plus d'aller... ça je pense que c'est
75 l'expérience et puis vraiment c'est dans le vécu de la relation que ça

LXXXIX

76 se passe.

77 **FS** : **La relation est du coup importante à établir dès le début**

78 **avec la personne ?**

79 **E8** : *Oui de toute façon dans tous les cas voilà, que la personne soit*

80 *en confiance et que l'on gagne sa confiance pour qu'elle arrive elle-*

81 *même à déposer un peu ce qu'elle vit.*

82 **FS** : **Connaissez-vous les termes de coping ou de résilience ?**

83 **E8** : *Alors euh coping j'en ai entendu parler mais je ne saurais pas*

84 *trop le définir, pourtant j'ai lu des choses dessus mais je pense que*

85 *j'ai oublié. Résilience oui plus : c'est la capacité à dépasser le*

86 *traumatisme pour pouvoir le retourner dans quelque chose d'un peu*

87 *positif. C'est bien ça ?*

88 **FS** : **Oui c'est ça.**

89 **E8** : *Et coping je ne sais pas, je ne saurais plus dire... C'est la même*

90 *chose non ? En terme anglo-saxon ?*

91 **FS** : **Oui en gros oui. Je l'aborde si jamais les personnes**

92 **connaissent plus le terme de coping que de résilience.**

93 **E8** : *Donc ça ça peut arriver. C'est-à-dire que, c'est rare que les gens*

94 *l'expriment comme ça mais ce n'est pas non plus exceptionnel qu'un*

95 *moment les gens disent : « bah le traumatisme finalement je réalise*

96 *que euh ça m'apporte aussi quelque chose dans ma façon de*

97 *regarder ma vie, ce qu'elle est, ou ce que je peux en faire. »*

98 **FS** : **Oui effectivement il ont passé le cap de la résilience du coup.**

99 **E8** : *Ca fait penser à la notion de résilience mais ça ne veut pas dire*

100 *pour autant qu'ils ont passé le cap. Je vais donner un exemple.*

101 *Actuellement je suis un patient extrêmement brûlé, un jeune patient*

102 *de 17 ans qui est amputé des deux jambes, qui est brûlé pratiquement*

103 *sur tout le corps, avec une polynévrite et des incapacités aux*

104 *membres supérieurs très importantes, problèmes visuels, enfin voilà.*

105 *Il est en fauteuil électrique et il tient tout juste assis et ne peut pas*

106 *faire grand chose avec ses mains. Et un jour comme ça il m'a dit que*

107 *« finalement cet accident peut-être que c'est une bonne chose ce qu'il*

108 *m'est arrivé, ma vie était complètement en vrac avant et voilà ».*

109 *Voilà, c'était un jeune qui était en rupture scolaire, qui zonait, qui ne*

110 *savait pas quoi faire de sa vie. Et là il se retrouve dans une situation*

111 *dépendante pour l'instant énorme et puis il dit ça. Donc voilà ça fait*

112 *penser à la question de la résilience aussi, enfin pour moi c'est ça*

113 *aussi il me semble, c'est de se dire qu'à la fois c'est dramatique et*

XC

114 qu'à la fois dans ce drame je peux peut-être trouver quelque chose.
115 Moi je me dis en même temps qu'il n'a certainement pas encore
116 conscience de tout le parcours qu'il va devoir faire et des limites
117 indépassables certainement qu'il aura en tout cas sur le plan
118 physique après psychologiquement peut-être qu'il va vraiment arriver à...
119 mais... ça va peut être arriver ensemble aussi c'est-à-dire qu'au
120 moment où il va réaliser toutes les limites qu'il aura... Voilà je ne
121 sais pas comment il va dépasser ça et comment il va construire sa vie
122 avec ça. Car c'est tellement énorme ces limites. Donc voilà quoi c'est
123 toutes ces questions. Donc ce n'est pas parce qu'il a dit ça que je vais
124 me dire « tiens il a fait le deuil déjà de ses jambes... » D'accord ?
125 **FS** : **Tout à fait. Et pour vous du coup, la prise en charge en**
126 **ergothérapie par exemple pour cette personne ou d'une personne**
127 **qui présente un traumatisme physique, doit elle passer par une**
128 **revalorisation de la personne ? Par exemple, pour ce jeune faites-**
129 **vous attention à cet axe là, de le revaloriser, pour qu'il arrive**
130 **d'autant plus à vivre avec son handicap ?**
131 **E8** : *Pour moi oui ça me semble évident que ce jeune, il faut qu'il se*
132 *reconstruise complètement donc qu'il se sente exister aux yeux des*

133 *autres car pour moi valoriser c'est... même avant de se sentir*
134 *valoriser c'est se sentir exister dans le regard de l'autre. Reconnu.*
135 *Donc c'est évident que pour lui, on va le revaloriser aussi voilà*
136 *avec des étapes comme ça. Et c'est évident pour lui dans la relation,*
137 *ce qui est hyper important c'est de s'attacher à entendre ce qu'il*
138 *exprime et à pouvoir y répondre. Donc par exemple, il n'a plus*
139 *beaucoup de maîtrise physique, d'emprise sur l'environnement etc.*
140 *Donc ça se traduit souvent comme ça ce genre de situation, avec le*
141 *peu de maîtrise ou d'emprise qu'il peut avoir c'est euh voilà en*
142 *s'affirmant, verbalement, ou en ayant des formes d'exigences qui sont*
143 *« mes demandes sont celles-là, entendez-les, respectez-les » voilà.*
144 **FS** : **Oui, donc il s'affirme sur un autre plan du coup.**
145 **E8** : *Voilà. Cette affirmation, comme ça ne passe pas par le corps et*
146 *le faire, ça se passe beaucoup dans le verbal, dans l'échange et dans*
147 *sa façon d'affirmer qu'il veut ça ou qu'il ne veut pas ça. Donc ça*
148 *c'est vraiment important de l'entendre. Donc pour l'étape plus de le*
149 *valoriser, oui c'est hyper important de lui renvoyer que ce qu'il fait,*
150 *même si ça peut paraître tout petit, on a conscience que ça peut être*
151 *énorme pour lui en tant qu'effort. Pour lui il soulève une montagne*

152 *alors que nous on le voit déplacer une plume. Donc lui renvoyer que*
153 *l'on peut être admiratif de l'effort, de la persévérance qu'il met pour*
154 *arriver, oui c'est hyper important. Voilà c'est ce que je fais.*
155 **FS : D'accord, votre pratique c'est plus sur ce plan.**
156 **E8 :** *Oui tout à fait et parce que je suis réellement touchée par ce*
157 *qu'il arrive à faire. Que je trouve ça... oui ça force l'admiration de*
158 *voir quelqu'un qui met autant d'application, d'énergie et tout ça,*
159 *pour quelque chose qui en dehors du contexte semble tellement*
160 *dérisoire parfois.*
161 **FS :** **Donc, vous êtes-vous déjà questionnée sur les compétences de**
162 **l'ergothérapeute par rapport à la revalorisation ?**
163 **E8 :** *Mais là aussi j'ai envie de dire que c'est un peu comme le deuil,*
164 *je me pose pas la question dans ce terme là. L'intention au départ*
165 *elle n'est peut-être pas « je vais faire ça pour le revaloriser ». Je vais*
166 *plutôt adapter ce que je vais proposer pour ne pas mettre en échec.*
167 *Déjà, ça c'est sûr. Et puis à partir de là quand la personne elle*
168 *réussit à s'investir, à se mobiliser pour, quelque soit le résultat bon*
169 *bah voilà normalement ça contribue aussi à la revalorisation. Sur*
170 *lesquelles on peut mettre des mots pour renforcer ça.*

171 **FS :** **Pour qu'elle s'investisse par contre dans l'activité, par quels**
172 **moyens vous pouvez y parvenir ?**
173 **E8 :** *Après c'est plus, qu'est-ce qui peut accrocher son intérêt.*
174 **FS :** **Et à partir de là, ça lui permettra de se...**
175 **E8 :** *... Et bien si la personne arrive à mobiliser son intérêt, à*
176 *dégager de l'envie, du plaisir à faire les choses normalement elle doit*
177 *se sentir valorisée dans l'activité.*
178 **FS :** **Vous avez un peu répondu à ma prochaine question.**
179 **Intervenez-vous auprès de la personne pour la revaloriser ? Si**
180 **oui, par quels moyens ? Si non, voyez-vous un intérêt à aborder**
181 **cette notion de revalorisation et la prendre en compte dans votre**
182 **pratique ?**
183 **E8 :** *[silence] Bon alors, spontanément. Je ne l'aborde pas comme ça*
184 *à priori, voilà, en me disant « qu'est-ce que je vais faire aujourd'hui*
185 *pour le revaloriser ». C'est qu'est-ce que je peux lui proposer, pour*
186 *ne pas le mettre en échec et qu'il donne du sens à ce qu'il fait donc*
187 *ça rejoint quels peuvent être ses intérêts, qu'est-ce qui va mobiliser*
188 *son intérêt, son envie, son désir, le plaisir de faire les choses. Et par*
189 *voie de conséquence après la personne se sent valorisée. Mais ça*

- 190 *part de la personne en fait d'être revalorisée.*
- 191 **FS** : **Vous lui donnez les outils pour qu'elle se revalorise ?**
- 192 **E8** : *Ce sentiment de se donner elle-même de la valeur à ce qu'il fait.*
- 193 *Enfin moi je peux lui renvoyer ça mais ...*
- 194 **FS** : **Oui enfin je pense comme vous que ce n'est pas la parole de**
- 195 **l'ergo qui est important c'est la personne qui se construit d'elle-**
- 196 **même.**
- 197 **E8** : *Oui, c'est à travers l'expérience qu'on lui propose de faire,*
- 198 *qu'elle va trouver, percevoir*
- 199 *, non plutôt, éprouver cette façon positive de se percevoir. A travers*
- 200 *l'expérience que l'on va pouvoir lui proposer parce qu'on l'aura*
- 201 *choisi de tel sorte qu'elle ne soit pas mise en échec et qu'il y ait du*
- 202 *sens.*
- 203 **FS** : **Donc vous avez un peu répondu à cette question : utilisez-**
- 204 **vous l'activité comme moyen de revalorisation ?**
- 205 **E8** : *Et bien moi l'activité à partir du moment où ça ne met pas la*
- 206 *personne en échec et qui il y a du sens pour la personne, l'activité en*
- 207 *elle-même elle valorise la personne, parce que c'est à travers cette*
- 208 *expérience positive que la personne va se sentir capable de faire ça.*
- 209 **FS** : **J'ai d'autres caractéristiques de l'activité. Est-ce qu'il y en a**
- 210 **d'autres qui vous parlent pour revaloriser une personne ?**
- 211 **L** **l'activité doit par exemple pour la personne satisfaire des**
- 212 **besoins, être notion de plaisir et de bien-être, rétablir un lien**
- 213 **social, mettre en avant le potentiel de la personne, être une**
- 214 **activité significative. Est-ce qu'il y en a certaines qui vous parlent**
- 215 **plus que d'autres, est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter,**
- 216 **vous avez déjà dit de ne pas mettre en échec la personne.**
- 217 **E8** : *Etre une activité significative, c'est ce dont j'ai parlé, qui a du*
- 218 *sens pour la personne. Mettre en avant le potentiel, oui car après elle*
- 219 *va pouvoir dire qu'elle est capable de le faire.*
- 220 **FS** : **Donc ça c'est un peu en parallèle avec le fait de ne pas mettre**
- 221 **en échec la personne, le fait qu'elle soit capable de faire.**
- 222 **E8** : *Oui.*
- 223 **FS** : **Et les autres moins ?**
- 224 **E8** : *Si les autres aussi. Alors l'activité, que ce soit l'occasion de*
- 225 *rétablir un lien social. Je ne sais pas ce que l'on entend par lien*
- 226 *social, mais par le fait même au départ c'est qu'à deux l'ergolle*
- 227 *patient, l'activité c'est aussi la médiation de la relation que l'on*

228 établie avec le patient. A travers l'activité il renforce, il y a un lien
229 qui se construit, qui est le premier lien, et qui se renforce, bon après
230 il faut faire en sorte que ce lien donne lieu à... ne s'enferme pas,
231 mais donne la possibilité de s'ouvrir sur de multiples liens mais au
232 départ c'est avec l'ergo et à travers l'activité. C'est notre
233 particularité.
234 « Notion de plaisir », oui je l'ai dit aussi. Et pour « satisfaire ses
235 besoins », la dimension de valorisation est peut-être moins...
236 évidente.
237 **FS** : Et est-ce que vous avez un exemple, ou vous souhaitez peut-
238 être reprendre le premier exemple que vous m'avez donné ? Par
239 exemple pour cette personne, est-ce que la mise en place de
240 certaines activités ont pu l'aider ou vous avez des difficultés à
241 mettre en place une activité qui puisse l'aider sur ce plan, l'estime
242 de soi ?
243 **E8** : [silence]
244 **FS** : Car ma prochaine question est : rencontrez-vous des
245 difficultés dans votre pratique à proposer des activités en lien
246 avec les caractéristiques citées précédemment et les coordonner

247 avec des objectifs de rééducation ?
248 **E8** : Coordonner les objectifs de rééducation et la prise en compte de
249 ces aspects là dans le choix d'une activité ?
250 **FS** : **Oui.**
251 **E8** : Oui et non, effectivement après ce sont des priorités que l'on va
252 se donner, on peut avoir des objectifs de rééducation, qui souvent
253 sont très contraignant. Enfin comment dire, qui déboucheraient sur
254 une activité très cadrée, très « protocolée » d'accord ?
255 **FS** : **Oui.**
256 **E8** : Et puis en même temps on a des objectifs là, qui sont cela, de
257 maintenir l'intérêt de la personne, sa capacité à se mobiliser, à
258 s'investir, son engagement dans la rééducation lié avec la dimension
259 de la valorisation. Alors oui parfois ce n'est pas compatible, mais là
260 aussi ce sont les moments, ce sont les moments de la prise en charge,
261 où un moment on va peut être abandonner des objectifs de
262 rééducation très ciblés parce que la personne à ce moment là elle ne
263 va pas pouvoir s'engager dans ses exigences là et ça n'a pas de sens
264 pour elle à ce moment là. Donc à ce moment là peut-être que l'on va
265 peut être plus cibler sur euh d'autres activités, sur lesquelles peut-

266 être qu'un regard extérieur dira « je ne vois pas bien l'intérêt, vu les
267 déficits qu'il a... » Si on a un raisonnement dans une logique de
268 rééducation. Mais à ce moment là nous serons peut être nous plus
269 dans un objectif de simplement maintenir le lien avec la personne, la
270 qualité de la relation entre l'ergo et la personne, et la qualité de la
271 relation de la personne pour elle-même, c'est-à-dire qu'elle arrive à
272 quand même être bien dans ce qu'elle fait. Donc effectivement il peut
273 y avoir des écarts et que l'on puisse proposer des choses bien
274 différentes selon là où se situe la personne.

275 FS : **Donc si jamais il y a une difficulté sur ce plan là, vous vous**
276 **rendez compte qu'il y a une activité qui est intéressante du point**
277 **de vue de la rééducation mais que sur l'autre versant la personne**
278 **le ferait sans vraiment s'engager, elle le ferait bien sûr, mais elle**
279 **ne porte pas grand intérêt à le faire, vous privilégiez quand même**
280 **le deuxième plan ? Ou vous trouvez un intermédiaire ?**

281 E8 : *Après je cherche. J'essaie de trouver ce qu'il peut accrocher la*
282 *personne ou je passe plus de temps à expliquer pourquoi je lui*
283 *propose ça. Peut-être qu'elle n'a pas bien compris non plus. Par*
284 *exemple si je lui dis « Si je vous demande de répéter ce geste X fois,*

285 *c'est pour ça que je vous demande ça ».* Voilà. *Et ça peut suffire*
286 *parfois à remotiver la personne si on prend bien le temps de lui*
287 *expliquer. Ou alors je lui donne le choix entre deux choses mais qui*
288 *sont peut être pas ce qu'elle aurait choisi elle... mais voilà... enfin...*

289 FS : **Pour qu'elle ait une prise de décision quand même ?**

290 E8 : *Voilà. Essayer de remettre un espace de décision, quand même.*
291 *Voilà redonner un espace de décision, tout en essayant de garder*
292 *quand même mon objectif. Et que je sois capable d'expliquer de le*
293 *justifier quand même. Voilà il y a quand même toute cette dimension*
294 *là.*

295 FS : **D'accord. Quels types d'activités pouvez-vous proposer à la**
296 **personne dans l'objectif de la revaloriser ? Par rapport aux**
297 **activités que vous pouvez proposer ici. Et vous pouvez me dire**
298 **« ça dépend. »**

299 E8 : *Je vais dire un peu ce que j'ai dit tout à l'heure : c'est rare que*
300 *je fasse une activité pour euh revaloriser, pour que la personne se*
301 *sente revalorisée. [Silence] Je l'aborderais peut être plus comme ça :*
302 *« qu'est ce que je peux essayer de lui proposer qui lui fasse plaisir,*
303 *303 qui la motive et qui l'intéresse ».*

304 FS : **Et tout ça, ça passe par une discussion avec elle ?**
305 E8 : *Oui voilà. On essaie de marquer des étapes, on*
306 *essaie de voir comment ça peut évoluer, selon le travail que l'on fait,*
307 *est-ce que « je peux vous proposer tel ou tel activité, qu'est-ce que*
308 *vous en pensez ? ».*
309 FS : **Vous appuyez-vous sur des modèles théoriques pour aborder**
310 **cette notion de revalorisation dans vos prises en charge tel que le**
311 **modèle de Kielhofner, Rosemary Hagedorn ou la théorie du**
312 **flow ou d'autres?**
313 E8 : *Non, je ne me réfère pas à des modèles théoriques.*
314 FS : **Est-ce que le cursus de formation initial est**
315 **suffisant concernant la pratique de l'ergo face à tout ce qui**
316 **concerne l'impact psychologique d'un traumatisme physique**
317 **chez une personne ?**
318 E8 : *Je vais un peu avoir du mal à en parler car c'est un peu ancien*
319 *pour moi et je ne connais pas les enseignements que vous avez*
320 *aujourd'hui par rapport à ça. C'est sûr qu'il faut une formation de*
321 *base, après c'est la pratique, l'expérience et le retour sur la pratique,*
322 *c'est-à-dire mettre à l'épreuve sa pratique, enfin non ce n'est pas*

323 *mettre à l'épreuve... C'est... C'est plus accepter de faire un retour,*
324 *d'avoir un retour sur sa pratique. Après ça peut être de multiples*
325 *façons, il y a des temps formels d'analyse de la pratique pour ça.*
326 *Mais sinon c'est dans les échanges avec les autres professionnels,*
327 *avec les collègues, accepter de s'interroger sur sa pratique.*
328 FS : **Et sur cette notion de revalorisation, est-ce que vous**
329 **l'abordez dans vos questionnements dans votre pratique, est-ce**
330 **qu'elle revient régulièrement ?**
331 E8 : *Je dirais un peu ce que j'ai dit tout le long ce n'est peut être pas*
332 *de front voilà l'aspect revalorisation. Je l'aborderais par d'autres*
333 *entrées qui sont le respect de la personne. Là elle me dit quelque*
334 *chose ça va pas dans le sens de ce que j'avais pensé, comment dire,*
335 *ça provoque... Et bien en même temps si j'arrive à entendre ce que la*
336 *personne dit et essaie de comprendre derrière sa demande et que la*
337 *personne doit se sentir respectée dans ce qu'elle vit et bien il me*
338 *semble qu'elle est valorisée, elle se sent exister parce qu'on est en*
339 *face à faire un effort de compréhension par rapport à ce qu'elle vit et*
340 *qu'est-ce qu'elle exprime et comment je peux essayer de répondre à*
341 *ce qu'elle exprime même si ça ne veut pas dire aller dans son sens*

342 *forcément. Mais déjà ça c'est... Voilà. C'est du quotidien, c'est du*
343 *quotidien dans la relation. Ce n'est pas un temps où je vais... enfin*
344 *après ça peut être, je ne sais pas, en fin de prise en charge, quelqu'un*
345 *qui avait une compétence particulière qu'il a développé dans une*
346 *activité, si je le mets pas en échec en vue de ses difficultés sur cette*
347 *activité, lui proposer de faire ça et qu'il se sente valorisé, pourquoi*
348 *pas. Mais non, ce n'est pas tellement ça pour moi l'enjeu, l'enjeu il*
349 *est sur le quotidien mais vraiment sur le quotidien, la relation de tous*
350 *les jours et comment on prend en compte l'expression de la personne*
351 *pour qu'elle se sente vraiment entendue dans ce qu'elle est et dans*
352 *ses difficultés. Bah voilà il me semble que, se sentir exister*
353 *pleinement et puis à partir de là il va développer plus... Alors on*
354 *pourrait parler plus de valorisation après.*
355 **FS : Donc plus une construction personnelle, et l'ergo et là pour**
356 **lui donner peut être les moyens et une activité ?**
357 **E8 : Là l'ergo, de toute façon, ça ne se décrète pas, c'est comme**
358 **l'autonomie, voilà. « Soyez autonome » c'est à contre sens total,**
359 **l'autonomie ça part de la personne simplement l'ergo il crée**
360 **l'environnement favorable. Surtout pas d'entrave par rapport à ça et**

361 *si possible encore mieux c'est-à-dire un environnement favorable*
362 *dans la relation et dans l'activité on va essayer de mettre autour de*
363 *la personne ce sur quoi il va pouvoir s'appuyer pour développer*
364 *toutes ces activités. C'est tout ce que l'on peut faire. Et puis si son*
365 *vécu il est d'avoir toute sa vie une mauvaise estime de lui-même, il*
366 *faut peut-être accepter, à un moment, que l'on ne pourra pas changer*
367 *le cours des choses. Voilà. Car les gens ils arrivent avec une histoire*
368 *aussi. On ne prend pas les gens comme ça.... Ils peuvent avoir une*
369 *mauvaise estime d'eux même qui n'est pas pour autant liée au*
370 *traumatisme mais par rapport à toute l'histoire qu'ils ont eu avant.*
371 **FS : Mais si c'est le traumatisme qui est baissé l'estime d'eux**
372 **même ...**
373 **E8 : ... Mais on n'en sait rien. Enfin on peut avoir une petite idée.**
374 *C'est vraiment important ça de le prendre en compte, car on peut*
375 *penser que c'est parce qu'ils ont eu un traumatisme qu'ils ont une*
376 *mauvaise image d'eux même, alors leurs capacités sont altérées...*
377 **FS : Leurs images aussi je suppose, avec la brûlure...**
378 **E8 : ... Oui mais euh... Je pense qu'il y a beaucoup de cas où ce n'est**
379 **pas tant le traumatisme que toute l'histoire d'avant qui fait que la**

- 380 *personne ait une mauvaise estime d'elle-même.*
- 381 **FS** : **Effectivement c'est une notion importante à prendre en**
- 382 **compte.**
- 383 **E8** : *Car pour beaucoup de gens ça peut être le cas, je ne généralise*
- 384 *pas. Et parfois c'est peut-être dans ces situations là où le*
- 385 *traumatisme peut être révélateur, finalement, de euh regarder sa vie*
- 386 *un moment et finalement se dire que peut-être que là ça vient me dire*
- 387 *des choses qui vont me faire appréhender la vie autrement et le*
- 388 *regard sur moi-même autrement.*
- 389 **FS** : **Comme le jeune dont vous m'avez parlé.**
- 390 **E8** : *Oui.*
- 391 **FS** : **J'ai fini mes questions, est-ce que vous voulez ajouter**
- 392 **quelque chose ?**
- 393 **E8** : *Et bien non. Ça pourrait être oui et non car c'est vrai que c'est*
- 394 *un sujet extrêmement vaste mais c'est large ! Je ne sais pas comment*
- 395 *elle est formulée exactement votre problématique mais c'est vraiment*
- 396 *large.*
- 397 **FS** : **Surtout que j'ai remarqué qu'à chaque entretien, ça a été**
- 398 **abordé différemment d'une personne à l'autre. Mais tant mieux !**
- 399 **E8** : *Par contre à travailler ça va être...*
- 400 **FS** : **Je suis plus sur une recherche exploratoire qui ouvre sur de**
- 401 **nouvelles variables.**
- 402 **E8** : *Car ce sont des concepts de la psychologie...*
- 403 **FS** : **Oui je l'aborde beaucoup dans ma partie théorique.**
- 404 **E8** : *D'accord.*
- 405 **FS** : **Merci en tout cas.**
- 406 **E8** : *Non non, mais de rien, c'est l'occasion de se poser des questions*
- 407 *sur sa pratique.*

Face au corps blessé, une personne à revaloriser

L'intérêt d'une activité signifiante auprès de personnes ayant subi un traumatisme physique

Résumé

Le traumatisme physique entraîne un bouleversement dans la vie de la personne; il produit un retentissement physique mais aussi psychologique. Le patient doit alors partir à la reconquête de soi dans ce corps blessé. Il est donc important de prendre en compte cet abord psychologique dans notre pratique.

Ce travail de recherche a pour but de démontrer que le suivi de l'ergothérapeute, par la mise en place d'une activité signifiante, aide le patient à se sentir revalorisé et lui permet de se reconstruire, d'avancer dans son cheminement en complément d'un travail de rééducation et de réadaptation.

La problématique

Dans quelle mesure l'ergothérapeute permet-il à la personne adulte présentant un handicap moteur acquis un ajustement face à sa situation de handicap ?

Mots clés

Traumatisme physique acquis

Ajustement

Revalorisation

Estime de soi

Activité signifiante

Ergothérapie