HAL open science

# Posture professionnelle et relation thérapeutique au cœur de la prise en charge en ergothérapie

Yoan Roux

## To cite this version:

Yoan Roux. Posture professionnelle et relation thérapeutique au cœur de la prise en charge en ergothérapie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03068170

**HAL Id: dumas-03068170**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03068170v1**

Submitted on 15 Dec 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Clermont Auvergne
UFR de médecine et des professions paramédicales
Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

# Posture professionnelle et relation thérapeutique au cœur de la prise en charge en ergothérapie

*Sous la direction de Madame Béatrice AUCHABIE,*
*Ergothérapeute au Centre Hospitalier Etienne Clémentel d'Enval*

Mémoire pour le
Diplôme d'Etat en Ergothérapie

Yoan ROUX 25 mai 2020

## Remerciements

Je souhaite avant tout remercier Madame Béatrice Auchabie, mon maître de mémoire pour ses conseils, sa disponibilité et son soutien.

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IUFE d'Auvergne pour son accompagnement au cours de ces trois années de formation.

Merci également aux ergothérapeutes qui m'ont accordé du temps pour répondre à mes questions et partagé leurs expériences.

Merci à Tiffany ma compagne, ma famille et mes amis pour leur soutien et encouragements durant ces trois années de formation.

## Sommaire

Remerciements ..... 1

Introduction ..... 2

1 Contexte et justification de l'étude ..... 3

1.1 Connaissances sur le sujet ..... 3

1.1.1 La posture professionnelle ..... 3

1.1.2 La communication ..... 5

1.1.3 La relation thérapeutique ..... 6

1.1.4 Synthèse des recherches théoriques ..... 11

1.2 Enquête exploratoire ..... 12

1.3 Question de recherche ..... 15

1.4 Cadre éthique ..... 16

2 Méthodologie de la recherche ..... 17

2.1 Choix de l'outil ..... 17

2.2 Choix de la population ..... 17

2.3 La réalisation concrète des entretiens ..... 17

2.4 Mode d'analyse des données ..... 18

3 Analyse des données et principaux résultats ..... 19

3.1 L'échantillonnage ..... 19

3.2 Analyse transversale ..... 20

3.2.1 La posture professionnelle ..... 20

3.2.2 La relation thérapeutique ..... 25

4 Discussion ..... 32

4.1 Analyse de la théorie et de la pratique ..... 32

4.2 Limites de l'étude ..... 36

4.3 Apports personnels ..... 37

4.4 Apports pour la profession ..... 38

Conclusion ..... 39

Bibliographie ..... 40

Annexes ..... 44

## Introduction

Durant leurs trois années de formation, les étudiants en ergothérapie acquièrent des compétences théoriques leur permettant de développer des connaissances sur la prise en charge des patients. En effet, l'ergothérapie s'intéresse aux comportements humains, leur observation, et essaye de comprendre leurs significations. Notamment de savoir, dans un contexte de soin, comment un patient va interpréter l'attitude d'un soignant et quelles vont être les répercussions dans leur relation thérapeutique.

Lors de leurs stages en ergothérapie, les étudiants observent et questionnent les thérapeutes sur leur posture afin de remettre en question leur propre pratique. Créer une relation soignant-soigné n'est pas toujours évidente. De nombreux éléments, autres que la posture professionnelle, influencent cette relation comme : la pathologie du patient, ses antécédents, son histoire de vie mais également les valeurs du thérapeute, sa confiance en lui, sa propre sensibilité à l'autre. Les méthodes de communication utilisées sont également très importantes, qu'elles soient verbales ou non-verbales.

Pour aborder ce thème et entamer ce travail de fin d'études, j'ai choisi de présenter une situation vécue lors d'un de mes stages dans un foyer d'accueil médicalisé. Celle-ci est intéressante car elle apporte plusieurs questionnements concernant mon positionnement en tant que stagiaire dans cette situation ainsi que mon ressenti émotionnel. Lors de cet incident, un résident de foyer médicalisé m'a insulté car je n'arrivais pas à réparer son fauteuil roulant électrique. J'ai voulu comprendre les raisons de sa réaction à mon encontre. C'est pourquoi je lui ai donc répondu aussitôt en exprimant mon ressenti sur ses propos. Ma tutrice m'a ensuite expliqué que les propos tenus par ce résident étaient dus à certaines atteintes des fonctions supérieures.

Suite à cela, plusieurs questions sont apparues :

- Comment gérer ses propres émotions et réagir face à ce genre de propos ?
- Est-ce que ma réponse était appropriée ?
- Le fait d'avoir directement répondu au patient et de l'avoir « cadré » peut-il créer par la suite une barrière dans la relation ?
- Si cette situation s'était produite dans d'autres conditions, mon comportement aurait-il été le même ?

Toutes ces interrogations amènent à la question de départ suivante :

En quoi l'ergothérapeute, par sa posture professionnelle, peut-il altérer ou renforcer la relation thérapeutique ?

# 1 Contexte et justification de l'étude

## 1.1 Connaissances sur le sujet

### 1.1.1 La posture professionnelle

Le positionnement permet de se situer spatialement vis-à-vis des autres. C'est selon la formatrice consultante Maela Paul « *un processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini* » (Paul, 2004).
Le terme de posture vient compléter celui du positionnement et désigne « *une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donné. C'est une attitude 'de corps et d'esprit'* » (Paul, 2012). Cela permet de dire qu'il n'existe donc pas une posture précise mais qu'il y a un changement d'attitude physique et/ou psychique.

Plusieurs éléments amènent une personne à adopter consciemment ou inconsciemment une attitude plus qu'une autre : ses expériences professionnelles, ses croyances, son état psychologique, son vécu, mais aussi ses valeurs personnelles. Cela peut aussi relever des valeurs personnelles: « *c'est nécessairement un choix personnel relevant de l'éthique* » (Paul, 2004). Les émotions quant à elles, ont une influence considérable sur notre attitude. Elles se définissent comme « *une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques* » (Formarier & Jovic, 2012). Il est possible de ressentir à chaque instant plusieurs émotions à la fois voire même aucune. Par exemple, si un patient raconte une histoire drôle qui renvoie au thérapeute de bons souvenirs, celui-ci va plutôt avoir une posture décontractée, être enthousiaste, dans l'approche. Cela pourra s'observer physiquement : peut-être sera-t-il plus tactile, souriant avec un regard plus intense.

Il est donc difficile d'être capable d'avoir constamment la posture la plus adaptée. La notion de « juste distance » intervient dans cette problématique. Elle reste subjective car chacun peut développer une proximité différente avec la personne qu'elle a en face d'elle en rapport avec sa propre personnalité et sa manière d'être.

Quelle est finalement la juste proximité à avoir et quelles en sont les limites ? Les avis sont partagés.

En effet, il est courant d'entendre que sont associées les notions de professionnalisme et de mise à distance du thérapeute avec son patient. Par exemple, il faut éviter d'être dans l'affectivité et pourtant c'est un élément central dans toute rencontre thérapeutique comme l'explique Pascal Prayez dans son livre *Distance professionnelle et qualité du soin* : *« Trop de discours de maîtrise et d'injonctions défensives vont dans le sens d'une chasse à l'affect en milieu hospitalier, poussant les soignants vers une distance sans implication. Cheminer vers la juste distance, c'est au contraire accepter l'affectivité comme élément central de la professionnalité de l'acteur du soin* » (Prayez, 2018). Il existe aussi la distance hiérarchique qui « *peut être investie de façon défensive* » (Prayez, 2018) pour assoir sa supériorité lors de situations qui touchent le professionnel.

De son côté, l'anthropologue américain Edward T. Hall a prouvé qu'il existe une bulle protectrice autour de chaque individu « *qui règle inconsciemment ses interactions* » (Michon, 2013) l'aidant donc à se positionner dans certaines situations et pose dès lors un cadre de soin. D'après lui, il existe 4 types de distance : « *La distance intime (15 à 45 cm): zone qui s'accompagne d'une grande implication physique et d'un échange sensoriel élevé ; la distance personnelle (45 à 125 cm): est utilisée dans les conversations particulières ; la distance sociale (1,20 à 3,60 m): est utilisée au cours de l'interaction avec des amis et des collègues de travail ; la distance publique (supérieure à 3,70 m): est utilisée lorsqu'on parle à des groupes* » (Deswarte, 2016).

L'ergothérapeute est parfois amené, dans le cadre de sa pratique, à entrer dans la sphère personnelle voir intime de la personne. Le professionnel dispose d'un savoir-faire qui sont ses connaissances théoriques et pratiques ainsi qu'un savoir être qui lui est propre ce qui lui permet d'avoir un comportement adapté selon la situation. Par ailleurs, ces savoirs se façonnent tout au long du parcours professionnel, ils sont « *en grande partie acquis grâce à la pratique, les soignants apprenant à mesure qu'ils côtoient des personnes handicapées* » (Sureau, 2018). Toutefois, ces améliorations sont possibles si le professionnel est dans une démarche de remise en question de lui-même et de sa pratique. En effet, « *La capacité de prendre soin des autres est liée à la capacité de prendre soin de soi, et cette capacité est façonnée par toutes nos expériences de vie* » (Devereaux, 1984). Ainsi savoir reconnaitre ses propres émotions, ses affects ou encore ses mécanismes de défense permet d'aider le patient à identifier les siennes : connaître au mieux le patient permet de proposer une prise en charge adaptée. Cette approche rejoint la vision holistique de l'ergothérapie en abordant le patient dans sa globalité. C'est d'ailleurs une des valeurs fondamentales de l'ergothérapie *« la valeur*

*qu'est l'holisme constitue une part importante de l'essence de l'ergothérapie* » (Rondeau-Boulanger & Drolet, 2016).

Pour qu'une relation s'établisse entre le soignant et le patient, il faut qu'ils communiquent entre eux ce qui nous amène au concept de la communication.

### 1.1.2 La communication

La communication est « *un élément clé dans la construction de la relation soignant-soigné* » (Haute Autorité de Santé, 2017). Celle-ci permet de faire passer un message et de créer une relation de dialogue. En effet, une étude menée en 2014 par Harris Interactive pour la Fondation MACSF a mis en évidence que « *98 % des patients et 97 % des soignants considèrent que la communication est le «fondement » d'une bonne relation* » (Harris Interactive, 2014).

La communication est définie dans le Larousse comme une « *action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* ». (Larousse, s. d.-a). Dans toute communication il y a un échange entre un émetteur et un récepteur. Il y a d'un côté le fait de « *transmettre des informations ou des connaissances à quelqu'un* » (Tourev, 2017) et d'un autre côté de recevoir celles-ci. Il y a donc une notion de « mettre en commun », correspondant à la signification du mot communication qui vient du mot latin *communicationis*. Lorsque le récepteur reçoit l'information, un processus de retour d'information appelé « feedback » se met automatiquement en place. Effectivement, comme l'explique le professeur américain Lunenburg : *« le récepteur répond au message de l'émetteur et renvoie le message au récepteur. Le feedback permet à l'expéditeur de déterminer si le message a été reçu et compris »* (Lunenburg, 2010). D'autre part, pour que cet échange fonctionne, il faut qu'il y ait une « *compréhension commune d'une personne à une autre* » (Keyton, 2010). Cela passe par la parole, le visuel, la gestuelle. Certains éléments appelés « bruit » par Lunenburg peuvent venir entraver cette compréhension et réduire l'efficacité de la communication. Par exemple, il y a « *les différentes perceptions du message, les barrières linguistiques, les interruptions, les émotions et les attitudes* » (Lunenburg, 2010).

Il se peut que la communication soit difficile ou même absente, nécessitant alors d'avantages d'efforts et d'attention pour l'établir. Cette démarche permet ainsi d'anticiper les réactions du patient et de s'adapter plus facilement à son comportement. Dans ce cas, la relation avec lui peut être biaisée et engendrer des situations d'incompréhension, voire de conflits. Cette habilité relationnelle est expliquée par Manoukian dans son livre intitulé *la relation soignant-soigné*: « *perfectionner ses propres aptitudes à la communication donnera au soignant les moyens d'améliorer les situations à problèmes* » (Manoukian, 2014).

L'école « Palo Alto » créée aux États-Unis par Gregory Bateson, désigne « *un courant de pensée né au milieu du XXe siècle sous l'impulsion d'un ensemble de chercheurs d'origines diverse* » (Picard & Marc, 2013). Leurs recherches sont orientées sur deux axes principaux : la communication et la psychologie. Ils se basent sur une approche systémique qui est aussi un modèle conceptuel que les ergothérapeutes peuvent utiliser dans leur prise en charge. Ils sont à l'origine des termes de communication digitale, dite verbale et de communication analogique dite non verbale. La communication est donc digitale avec les mots et également analogique à travers les comportements primitifs (façon de se tenir sur ses jambes, d'incliner son buste, expression du visage, déplacements dans l'espace, proxémie). Ces deux aspects de la communication sont complémentaires. C'est pour cela que leur postulat de départ formulé par le théoricien Paul Watzlawick, un des membres fondateurs, est : *« on ne peut pas ne pas communiquer »* (Watzlawick et al., 1967). En effet, selon lui on transmet toujours quelque chose à l'autre, même si on ne communique pas oralement. C'est pourquoi par exemple, lors d'une prise charge d'un patient présentant des troubles phasique, l'observation du patient peut permettre à l'ergothérapeute de s'adapter et de répondre aux besoins du patient.

On peut donc dire que la communication est la base de la relation, cette dernière étant inévitable. Cependant, pour qu'une relation se crée il est tout de même nécessaire de respecter des critères de communication afin d'être compris.

### 1.1.3 La relation thérapeutique

D'après le dictionnaire Larousse, la relation est définie comme étant « *L'ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles* » (Larousse, s. d.-b). Manoukian ajoute à cela « *c'est une rencontre*

*entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » (Manoukian, 2014).

Pour lui, d'autres facteurs interviennent dans la création d'une relation :

- Les facteurs psychologiques : les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs, etc.
- Les facteurs sociaux : l'appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d'âge, etc.
- Les facteurs physiques : les perceptions propres à chacun, l'aspect physique, etc.

Cette définition peut également s'appliquer dans le contexte de la relation soignant-soigné. Ce type de relation s'exprimera alors sous différentes formes : la relation d'aide, de confiance, de soin, éducative, etc.

La relation thérapeutique est « *la pierre angulaire en ergothérapie* » (Lubino et al., 2013). Elle peut être conceptualisée comme « *un processus interactif socialement défini et interprété personnellement entre le thérapeute et un client* » (Taylor, 2008). Il existe une relation particulière entre eux, basée sur l'amélioration de la situation du patient. Cette relation est asymétrique et prend son sens dans le contexte de la rencontre. En effet, le thérapeute offre un service en apportant son expertise et ses connaissances aux besoins de la personne, tandis que le patient est en demande d'aide. Cependant, chaque prise en charge est différente d'un patient à un autre, chaque situation est unique. Les attentes ne sont donc pas les mêmes entre le patient et le thérapeute, ce qui renforce davantage cette asymétrie. Plus la relation thérapeutique sera de qualité, plus le patient sera satisfait et aura de bons résultats thérapeutiques. Pour ce faire, une relation de confiance est établie entre eux par « *la collaboration, la communication, l'empathie du thérapeute, la compréhension mutuelle et le respect* » (Cole & McLean, 2003).

Les psychologues Bozarth et Motomasa ont réalisé une enquête portant sur l'état de la recherche concernant la notion de relation thérapeutique. Leur étude propose quatre éléments majeurs associés à la relation thérapeutique : l'alliance thérapeutique, l'empathie, le regard positif inconditionnel et la congruence.

- L'alliance thérapeutique est définie comme « *la collaboration mutuelle, un partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés* » (Bioy et al., 2012). Il y a dans cette définition l'idée d'une collaboration dans un but commun entre le patient et le thérapeute.
- L'empathie est définie par Rogers comme « *Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si* » (Rogers, 1980). Cela dans une démarche d'essayer de comprendre l'autre sans pour autant vivre ce qu'il vit.
- Le regard positif inconditionnel est défini par Rogers comme « *une attitude chaleureuse, positive et réceptrice envers ce qui est dans son client, cela facilite le changement. […] Cela veut dire que le thérapeute se soucie de son client, mais pas de façon possessive, qu'il l'apprécie dans sa totalité plutôt que de façon conditionnelle. Je veux dire par là qu'il ne se contente pas d'accepter le client lorsqu'il a certains comportements et le désapprouve lorsqu'il en a d'autres.* » (Rogers, 2018). L'idée derrière cette notion est qu'en tant que thérapeute d'accepter le patient comme tel et de l'écouter sans jugement.
- La congruence est définie par Rogers « *Dans le cadre de la thérapie, le thérapeute doit être une personne congruente, authentique, intégrée. Cela signifie qu'il est librement et profondément lui-même à l'intérieur de la relation, son expérience réelle étant représentée avec précision par la prise de conscience qu'il a de lui-même. C'est tout autre chose que d'offrir, sciemment ou inconsciemment, une façade* » (Rogers, 1957). L'idée est donc d'être en accord avec soi-même, d'arriver à s'écouter. Cette attitude « authentique » encouragera le patient à chercher sa propre congruence car en effet pour Rogers « *il y a concordance, ou congruence, entre ce qu'il ressent au plus profond de lui-même, ce dont il est conscient, et ce qu'il montre à son client* » (Rogers et al., 2001).

Les trois dernières notions correspondent aux « *conditions facilitatrices du développement de la personne* » (Haudiquet, 2013) relatives aux travaux de Carl Roger portés sur « *Approche Centrée sur la Personne* » (Rogers et al., 2001) auxquels Bozarth et Motomasa ont ajouté la notion d'alliance thérapeutique. Ces quatre notions mises en place par le thérapeute vont permettre au patient de se sentir en sécurité et donc en confiance. Patrick Sureau, cadre de santé-ergothérapeute et doctorant en philosophie, explique dans son livre intitulé *relation de soin et handicap* que la confiance serait pour le patient le fait de savoir que sa situation nécessite une aide et donc de se fier à une autre personne, malgré la conscience que cette confiance puisse être trahie : « *en jugeant que ce risque n'est qu'un inconvénient mineur en face du bénéfice que la confiance nous procure* » (Sureau, 2018). C'est pourquoi cette relation met du temps à se construire. Toutefois, cette relation de confiance avec l'ergothérapeute est nécessaire pour que le patient puisse se sentir en sécurité car dans le cas contraire celui-ci « *ne s'engagera pas, ou seulement à contrecœur, dans le processus ergothérapique* » (Bonsaksen et al., 2013). D'autant plus que cette relation de confiance est encadrée au niveau de la loi par le secret professionnel avec l'Article L-1110-4 du code de la santé publique qui énonce que « *Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* » (Code de la santé publique - Article L1110-4, s. d.) Il est donc intéressant de garder à l'esprit que c'est un choix du patient de faire confiance au thérapeute malgré l'asymétrie de leur relation. Par ailleurs, abuser de cette position de force ne respecterait pas le patient et accentuerait la vulnérabilité de sa situation. C'est d'ailleurs parfois le cas, « *certains ergothérapeutes ont besoin de contrôler la relation, et le partenariat devient particulièrement difficile* » (Palmadottir, 2006).

Une recherche menée auprès d'ergothérapeutes Canadiens a mis en avant trois sources principales d'influence de la relation thérapeutique qui sont « *le thérapeute, le client et le système de santé* » (Lubino et al., 2013). Cette troisième influence amène à aborder l'impact de l'aspect institutionnel dans la prise en charge des patients. En effet, les établissements de soin sont de plus en plus portés vers une vision commerciale, de productivité et de rentabilité pouvant potentiellement amener à une perte du lien et de l'affect. Ceci est expliqué par « *les*

*restrictions de personnel (titulaires ou remplaçants), les réductions de temps de travail sans embauche suffisante, la diminution des durées d'hospitalisation pour optimiser la rentabilité des lits. (…) cette réalité vient donc en contradiction frontale avec le discours sur l'humanisation, poussant directement les soignants à entrer dans la distance défensive, indifférence affective si préjudiciable à la qualité des soins* » (Prayez, 2018). Les retombées potentielles sont une diminution de la qualité des soins. Ce qui va impacter la qualité de la relation soignant-soigné comme l'explique Walker dans son article, « *la réduction du temps consacré à la thérapie a un effet singulier sur la façon dont les ergothérapeutes perçoivent leur rôle professionnel et la façon dont ils assurent la prestation quotidienne des services dans les environnements de soins de santé* » (Walker, 2001). De ce fait, on peut comprendre l'estime que le professionnel a de lui-même puisse être impactée ainsi que son travail car « *la relation client-thérapeute est également un facteur important dans la façon dont les ergothérapeutes se considèrent comme des professionnels compétents* » (Palmadottir, 2006). L'ergothérapeute se retrouve donc partagé entre sa volonté de bien faire son travail pour répondre aux attentes du patient et ses impératifs institutionnels.

Une bonne relation thérapeutique nécessite l'instauration de limites entre le patient et l'ergothérapeute. Elles dépendent principalement des caractéristiques personnelles et du contexte de cette relation. Par ailleurs, Manoukian décrit comme limites « *la méconnaissance des rôles de chacun et le glissement de rôles* » (Manoukian, 2014). La première limite correspondant à la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute dans sa prise en charge et du bienfait de son intervention par le patient. Ceci risque alors de diminuer son investissement. La deuxième limite correspond au dépassement de la barrière entre professionnel et personnel ce qui réduit la distance nécessaire à la relation thérapeutique. Ce que Pascal Prayez appelle « *le syndrome de la relation d'aide* » (Prayez, 2018). Le soignant s'investit alors trop dans son accompagnement auprès du patient, pouvant l'amener à un épuisement professionnel si une juste distance n'est pas trouvée. En effet, la création d'une relation avec un patient est complexe et peut rappeler au thérapeute certaines situations vécues précédemment : « *il y a établissement d'un lien, d'un attachement qui se tisse inévitablement et renvoie au détachement. Cette implication fait peur, car elle réveille notre histoire personnelle, faite de liens et de pertes, de ruptures et de deuils parfois enfouis au fond de nous* » (Prayez, 2018).

Etablir une relation thérapeutique est une notion essentielle de la formation des étudiants en ergothérapie. L'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute requiert d'acquérir les dix compétences professionnelles du référentiel des compétences référencées selon l'arrêté du 5 juillet 2010 permettant d'exercer le métier d'ergothérapeute. La compétence 6 intitulée « Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2010) est effectivement dédiée à la relation avec les patients.

### 1.1.4 Synthèse des recherches théoriques

La prise en charge d'un patient en ergothérapie se construit autour d'une relation qui est dite thérapeutique dans le cadre d'un soin. Chaque relation est unique, le patient et le thérapeute ont des attentes et caractéristiques qui leurs sont propres : personnelles, psychologiques, sociales et physiques. Par ailleurs l'ergothérapeute a aussi des impératifs de par son institution. Un équilibre entre les exigences de cette dernière et celles du patient doit être établi pour que cette relation fonctionne.

L'ergothérapeute se doit en premier lieu de fonder une relation de confiance qui sera basée entre autres sur la communication verbale et non verbale. Cela passe par des premiers échanges verbaux afin de faire connaissance et d'apprendre à connaître l'autre. Il n'y a pas que la communication verbale (dite digitale) qui est importante mais aussi la communication non verbale (dite analogique). La communication est inévitable, savoir l'adapter pour avoir une compréhension mutuelle avec le patient est un élément facilitateur en cas de conflit.

La relation soignant-soigné présente quelques limites pouvant impacter la qualité du soin notamment : l'abus de pouvoir du thérapeute, la méconnaissance du rôle du professionnel par le patient ou encore l'épuisement professionnel dû au surinvestissement du thérapeute dans la relation.

Adapter et ajuster sa posture professionnelle, selon la situation ou le type de population est essentiel pour mettre en place une relation de confiance. Plusieurs éléments relatifs à l'attitude du thérapeute permettent de créer cette relation de confiance : l'alliance thérapeutique, l'empathie, le regard positif inconditionnel et la congruence. L'ajustement au patient s'opère par des changements d'attitude physique et / ou psychique conscients et inconscients motivés principalement par ses expériences professionnelles, ses croyances, son

état psychologique, son vécu mais aussi ses valeurs personnelles. La relation met du temps à se construire et se doit d'être sécuritaire pour le patient. Si le patient n'adhère pas à l'attitude du thérapeute, cela peut directement avoir des répercussions sur la relation. Le tout est de surtout rester respectueux, bienveillant, empathique et à l'écoute pour mener à bien une prise en charge. Il y a une part importante de travail sur soi.

L'ergothérapeute dispose de savoir-être et de savoir-faire qu'il va façonner par l'expérience de ses relations soignant-soigné. Néanmoins, il n'est pas évident d'adopter la meilleure posture possible. Plusieurs éléments influencent cette dernière, notamment les émotions et l'affect, qui peuvent être difficiles à gérer dans certains cas mais qui sont nécessaire pour s'impliquer dans cette relation soignant-soigné. D'autre part, avoir une juste distance professionnelle est assez subjectif. Il existe plusieurs formes de distances : physique, psychique, hiérarchique.

Si tout ce qui vient d'être énoncé est mis en place et évolue positivement, cela contribue à une bonne relation thérapeutique, permet que la prise en charge se déroule au mieux et que l'alliance thérapeutique perdure. Chacun est authentique, a ses propres idées sur le sujet et pose seul ses limites.

Après avoir décrit les concepts nécessaires à cette recherche, passons maintenant à l'enquête par elle-même.

## 1.2 Enquête exploratoire

Après avoir effectué ces recherches théoriques, une enquête exploratoire est réalisée auprès d'ergothérapeutes diplômés sous forme d'entretiens formels. L'objectif est de confronter la théorie à la pratique. Ceci permet de penser autrement le sujet et de l'approfondir. C'est pourquoi, trois ergothérapeutes sont interviewés : Mme G., Mme C. et Mme M. Les thèmes abordés sont : la posture professionnelle, la juste distance, les émotions, la relation soignant-soigné et la communication. (Annexe I)

Ces entretiens sont enrichissants à plusieurs titres. De nombreux éléments coïncident avec la partie théorique exposée dans la partie précédente. En effet, pour Mme G. la posture professionnelle correspond à la façon qu'a le professionnel de se comporter au travail.

Comment il se positionne face au patient (physiquement et psychiquement). Elle insiste sur l'importance de la manière avec laquelle on s'adresse au patient. Pour elle, il faut ajuster son comportement et son positionnement lors de l'échange : maintenir une distance physique en fonction du contexte, faire attention à sa taille (niveau par rapport au patient), être bienveillant, adapter le ton employé (parler fort, problème des voix aigües), veiller au respect de la sphère privée du patient ainsi que de sa personne. Pour Mme M. la posture que l'on adopte est différente en fonction de son domaine d'exercice, du « type » de patient, de sa pathologie, de son handicap, de son âge, de son niveau de compréhension et s'il présente des troubles de la communication. De plus, Mme G. apporte une nouvelle notion qui est le positionnement adopté face au reste de l'équipe et à ses missions. Il faut défendre ses idées dans l'intérêt du patient et argumenter sur l'utilité de ses idées autant auprès de la famille, du médecin que du reste de l'équipe. D'autre part, Mme C. explique se fier à l'avis des autres professionnels pour adapter son positionnement auprès de certains patients. Elle met en avant l'importance de la communication pluridisciplinaire, interdisciplinaire et notamment de la communication informelle. Mais également l'importance du secret professionnel. Mme G. ajoute l'idée que chaque professionnel a un rôle qui lui est propre. Si le patient a besoin de parler, on l'écoute, mais il faut ensuite le rediriger vers le professionnel approprié si nécessaire. Les ergothérapeutes ont un rôle d'aiguilleur en donnant leur avis mais les décisions finales seront prises par le patient et la famille.

Tout comme dans la partie théorique précédente, la notion de juste distance est subjective pour les ergothérapeutes. La distance dépend de l'ergothérapeute et du patient. Cette idée est présentée par Mme M. avec la notion du tutoiement et du vouvoiement.

Globalement, deux opinions sont ressorties des entretiens concernant la place des émotions dans leur travail. Pour Mme G. elles n'ont pas leurs places dans la relation et elle attache de l'importance au fait de maintenir une distance. Toutefois, elle avoue avoir par principe montré essentiellement aux patients les émotions positives. Les deux autres ergothérapeutes ont une opinion inverse. Pour elles, ce métier nécessite cette part d'émotion et d'empathie pour être un bon professionnel. Ce côté « humain » permet d'adapter la séance si la personne est fatiguée par exemple. Cela permet de ne pas passer à côté d'informations importantes que le patient n'aurait pas osé communiquer sur son quotidien par manque de confiance ou un sentiment de manque d'écoute vis-à-vis du professionnel. Toutefois, elles s'accordent toutes sur l'idée qu'il faut savoir faire la part des choses. Il faut prendre de la

distance, ne pas paraitre trop affecté par l'état du patient durant la journée et le soir en rentrant chez soi, il faut savoir garder une distance avec son travail, la santé et le moral du soignant étant en jeu. Pour elles, cette compétence est quelque chose qui s'améliore avec l'expérience. Cependant, certaines situations compliquées peuvent renvoyer à des situations personnelles ou engendrer des comportements inappropriés à la relation professionnelle. Mme M. donne l'exemple d'un patient qui l'a invitée au restaurant ou de patients qui l'ajoutent sur les réseaux sociaux. Les trois ergothérapeutes rapportent aussi la distance que peuvent vouloir mettre en place certains patients en fonction de leur culture car ils peuvent avoir des codes sociaux différents et refuser certaines aides. Mme C. explique qu'il faut accepter les choix de la personne et accepter la distance que le patient pose (ne pas aller dans certaines pièces lors des visites à domicile par exemple). Ces refus encouragent à remettre en question l'accompagnement proposé au patient tout en essayant de trouver des compromis avec lui.

Lors de la création d'une relation thérapeutique avec le patient, il est important pour les trois ergothérapeutes d'avoir une attention plus particulière sur l'utilisation des moyens de communication. En effet, cela permet d'obtenir ce pourquoi on est présent (bilans, préconisations, etc.) et d'ainsi rompre la distance de la barrière du langage. Par exemple, on ne s'exprime pas et on ne se présente pas de la même manière avec quelqu'un qui a des troubles cognitifs. Il faut donc s'adapter au patient et à son vocabulaire en mettant en place des aides techniques soit en passant par la famille (avec une possible perte du secret professionnel) soit avec l'aide d'un collègue qui comprend la langue du patient. La relation ne sera pas la même si elle nécessite un traducteur ou une aide technique. Mme G. ajoute porter son attention sur le langage non verbal, les mimiques du patient, son attitude, comment la personne se présente, son positionnement spatial. Elle ajuste ensuite sa posture et sa gestuelle en fonction de ces quelques paramètres. Pour Mme C, chaque relation thérapeutique est unique. Elle fait un lien entre l'âge du patient et sa durée d'institutionnalisation. La relation thérapeutique et l'attachement avec un patient accompagné sur une période de plusieurs mois n'est pas la même qu'avec celle d'un patient pendant trois semaines. D'autant plus que si le patient et le thérapeute ont presque le même âge, le thérapeute peut se projeter différemment dans la relation avec le patient. Le patient apporte lui aussi une satisfaction au thérapeute lorsque les objectifs ont été atteints.

Lors de difficultés dans une relation avec un patient, le travail d'équipe est très important. En effet, les ergothérapeutes essayent de prendre du recul sur la relation ou d'effectuer un changement auprès d'un autre soignant si nécessaire. Mme M. ajoute que le cadre thérapeutique peut être biaisé si elle connait le patient. L'approche en serait moins professionnelle et cela pourrait nuire au secret médical.

Au niveau de la place de l'institution dans la relation avec les patients, Mme C. explique l'importance de l'organisation du service. La relation thérapeutique n'est pas la même si plusieurs patients sont pris en charge en même temps par un même ergothérapeute que si les séances sont réalisées en individuel : le temps alors accordé à chacun en sera diminué. Par ailleurs certains patients peuvent être dérangés par les situations de handicaps des autres patients, il faudra alors changer leur positionnement spatial.

## 1.3 Question de recherche

Suite à ces recherches théoriques et à cette enquête exploratoire, une question de recherche centrale peut être soulevée :

**Quels sont les éléments influençant les liens entre la posture professionnelle de l'ergothérapeute et la relation thérapeutique ?**

On peut reformuler cela par l'objectif général de cette recherche qui est d'identifier les moyens permettant aux ergothérapeutes de créer et de maintenir une relation thérapeutique équilibrée avec le patient.

Les objectifs spécifiques de cette recherche sont les suivants :

- Proposer un état des lieux des éventuelles difficultés rencontrées dans la création de la relation soignant-soigné.
- Etablir les limites entre les apprentissages théoriques et la pratique.
- Préciser l'existence de posture particulière selon le secteur d'activité.
- Identifier les spécificités de l'ergothérapie dans sa relation auprès du patient : visites à domicile, liens avec la famille, liens avec l'équipe pluridisciplinaire, etc.
- Situer les facteurs pouvant influencer la posture de l'ergothérapeute.

## 1.4 Cadre éthique

Plusieurs règles ont été établies préalablement afin que cet écrit soit éthiquement recevable. Ce mémoire est encadré par l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie (IUFE) d'Auvergne et par un directeur de mémoire. Par ailleurs, le protocole de recherche effectué a été soumis à l'avis du comité d'éthique de l'université mais à ce jour n'a pas encore pu être validé. Toutefois, cet écrit obéit à la conformité de tout travail de recherche, notamment :

- Respecter les règles formelles pour la rédaction d'un travail écrit.
- Citer les références bibliographiques et ne pas tronquer d'informations.
- Respecter les droits des personnes interviewées, notamment au niveau de la confidentialité des informations échangées et de leur anonymat. (Annexe II) Les personnes sont informées du cadre éthique de la recherche, ainsi que de ses contenus et des buts recherchés. Par ailleurs, leur consentement est nécessaire pour réaliser l'entretien, ainsi que leur accord écrit pour les enregistrements audios.

# 2 Méthodologie de la recherche

## 2.1 Choix de l'outil

La méthode qui semblait la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche est la méthode dite « clinique ». C'est une méthode qualitative qui est centrée sur la personne et son discours. Cette méthode permet d'identifier et de situer les représentations des personnes interviewées. Elle est basée sur une grille d'entretiens (Annexe III) avec des questions semi-directives. Les entretiens sont réalisés en individuel sur le lieu de travail de la personne interrogée et enregistrés avec son accord. Une grille de questions identiques est utilisée lors de chaque entretien afin d'assurer une reproductibilité afin d'analyser et corréler les réponses par la suite. Sans que cela soit toujours dans le même ordre, toutes ces questions sont posées aux professionnels lors des différents entretiens dans la continuité de la discussion. Il est à noter que certaines questions de relances ont été posées lors de quelques entretiens seulement. L'entretien a été ensuite retranscrit anonymement.

## 2.2 Choix de la population

Ces entretiens ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes diplômés d'Etat, sans critère d'âge, de sexe et de milieu professionnel. Ce qui permet d'obtenir un échantillonnage varié et donc un apport d'informations plus importantes.

Seul des professionnels exerçant dans la région Auvergne Rhône-Alpes ont été interrogés afin de faciliter les déplacements de l'enquêteur et d'effectuer un maximum d'entretiens.

## 2.3 La réalisation concrète des entretiens

La recherche de professionnels s'est faite en deux temps : soit par le déplacement sur des lieux d'activités employant des ergothérapeutes, soit par téléphone. Douze ergothérapeutes ont accepté d'être interviewés en face à face sur leur lieu de travail dont les secteurs d'activités sont : la santé mentale, les lieux de vie, les soins de suite et de rééducation et en libéral. L'échantillon est composé de neuf femmes et de trois hommes. Chaque entretien a été enregistré et a duré en moyenne trente minutes. L'entretien était basé sur un questionnaire comprenant sept questions ouvertes ainsi que des sous questions. Ce choix de questions ouvertes a permis à l'enquêteur d'approfondir sa réponse. Les sept questions principales n'ont pas été posées dans le même ordre que dans le questionnaire initialement prévu pour chaque entretien mais plutôt en fonction des réponses données par le

professionnel. Par ailleurs, les sous-questions ont permis de relancer l'échange, notamment lorsque la question principale n'inspirait pas le professionnel. Par la suite la retranscription des entretiens a nécessité approximativement deux heures pour chacun d'eux. (Livret additionnel) Le questionnaire regroupe deux thèmes principaux qui sont la posture et la relation thérapeutique.

## 2.4 Mode d'analyse des données

Afin de pouvoir analyser et faire ressortir les éléments essentiels de cet écrit, deux modes d'analyse ont été utilisés :

- Une analyse longitudinale qui correspond à la lecture horizontale des données, entretien par entretien en suivant l'ordre des questions. Celle-ci s'est déroulée en plusieurs phases :
  - La première a été de faire une première lecture et de mettre en avant les thématiques récurrentes.
  - La deuxième a été de regrouper dans un tableau ces thématiques et les notions associées.

  Afin de gagner en lisibilité et de ne pas surcharger ce document avec les résumés de chaque entretien, le choix a été fait de placer ces douze tableaux en annexe du mémoire. (Annexes IV à XV)
- Une analyse transversale qui correspond à une lecture verticale des données. Les informations des entretiens ont alors été comparées entre elles permettant ainsi de faire ressortir les points principaux rapportés par les professionnels.

# 3 Analyse des données et principaux résultats

## 3.1 L'échantillonnage

Légende : SSR = Soin de suite et de réadaptation, SM = Santé Mentale, LV = Lieu de vie

| Ergothérapeute | Âge | Parcours professionnel | Secteur d'activité |
|---|---|---|---|
| Ergothérapeute 1<br>E1 | 60 ans | - Diplôme en 1982<br>- 10 ans en long séjour en gériatrie<br>- 28 ans en SSR<br>- DU d'appareillage et un DU d'ergonomie | SSR |
| Ergothérapeute 2<br>E2 | 49 ans | - Diplômé en 2016<br>- Reconversion professionnelle<br>- 4 ans en gérontopsychiatrie | SM |
| Ergothérapeute 3<br>E3 | 60 ans | - Diplôme en 1987<br>- 32 ans en gérontopsychiatrie | SM |
| Ergothérapeute 4<br>E4 | 33 ans | - Diplômé en 2010<br>- Remplacements jusqu'en 2015 (en centre de rééducation principalement, IME, centre d'éducation motrice aussi avec les enfants, hôpital d'enfant, libérale)<br>- 5 ans en SESSAD | LV |
| Ergothérapeute 5<br>E5 | 29 ans | - Diplômé en 2013<br>- 1 an dans une clinique<br>- 2 ans en IME<br>- 4 ans en SSR | SSR |
| Ergothérapeute 6<br>E6 | 61 ans | - Diplômé en 1981<br>- Quelques années en psychiatrie et école avec enfants ayant un handicap moteur<br>- 34 ans en SSR | SSR |
| Ergothérapeute 7<br>E7 | 57 ans | - Diplômé en 1983<br>- 5 ans en gériatrie<br>- Arrêt de plusieurs années<br>- 12 ans en FAM et hôpital gériatrique | LV / SSR |

| Ergothérapeute | Âge | Parcours professionnel | Secteur d'activité |
|---|---|---|---|
| Ergothérapeute 8<br>E8 | 64 ans | - Diplômé en 1978<br>- 42 ans en psychiatrie adulte | SM |
| Ergothérapeute 9<br>E9 | 33 ans | - Diplômé en 2009<br>- 11 ans en EHPAD | LV |
| Ergothérapeute 10<br>E10 | 27 ans | - Diplômé en 2014<br>- 6 ans en libéral | Libéral |
| Ergothérapeute 11<br>E11 | 61 ans | - Diplômé en 1981<br>- 1 an en SESSAD<br>- Arrêt de plusieurs années<br>- 24 ans en psychiatrie | SM |
| Ergothérapeute 12<br>E12 | 25 ans | - Diplômé en 2019<br>- Reconversion professionnelle<br>- Environ 1 an | Libéral |

## 3.2 Analyse transversale

### 3.2.1 La posture professionnelle

❖ **La définition**

Une majorité des ergothérapeutes (E1/3/4/6/7/8/9/12) s'accordent sur l'idée que la posture représente l'attitude qu'adopte le professionnel : *« Pour moi une posture, je l'attribue à une attitude »* (E3). C'est une attitude qui est adoptée face au patient : *« la place du professionnel face au patient »* (E3) et aussi face à son équipe : *« c'est l'attitude que l'on adopte par rapport au patient mais par rapport aussi à tous les partenaires dans le suivi »* (E12). Cette attitude s'apparente au savoir-être du thérapeute : *« la façon de faire »* (E2) et à son professionnalisme pour *« pouvoir expliciter au patient nos attitudes et nos gestes correspondant à une attitude thérapeutique qu'il est en droit d'attendre »* (E8).

La communication verbale et non-verbale impactent la posture professionnelle. En effet : *« tout se fait par la gestuelle, par le regard, par plein de choses »* (E5). Selon la manière dont on se comporte, le patient va inconsciemment ressentir si l'on a une posture ouverte ou fermée, par exemple : *« si on est pressé ils vont le sentir, si on est énervé ils vont le sentir. Et aussi pour les personnes qui communiquent plus par les gestes. Si on est brusque, ils vont le ressentir »* (E9).

❖ **Points essentiels d'une posture adéquate**

Chaque ergothérapeute est unique, il n'y a pas une posture qui serait plus recommandée qu'une autre en particulier : « *Je pense qu'on a tous notre posture professionnelle et il ne faut pas essayer de copier une autre posture ou la posture de quelqu'un* » (E1), *« chacun va interpréter et va travailler avec ce qu'il est »* (E8). Celle-ci est en constante évolution : *« quelque chose qui prend du temps et qui n'est jamais pareil. »* (E8). Néanmoins, pour la majorité des ergothérapeutes, les points essentiels pour avoir une posture professionnelle adéquate sont :

- Être à l'écoute : *« Toujours être dans l'écoute »* (E10) il s'agit d'être dans une écoute active, de laisser s'exprimer le patient et de lui montrer que l'on est intéressé : « *peut-être que dans notre attitude, on pense déjà à autre chose et c'est là où on n'est pas dans le soin, dans la relation »* (E9), *« de pouvoir être dans le dialogue de ne pas arriver en sachant et en terrain conquis »* (E4). Ecouter ce que le patient souhaite nous dire lui permet de se dévoiler et d'en savoir un peu plus à son sujet : *« j'aime bien être à l'écoute de mes patients, essayer de faire attention à tout ce qui se passe et comment ils se sentent »* (E5), *« c'est être à l'écoute du patient, de ce dont il a besoin »* (E11). Si l'on n'a pas assez pris le temps d'être à son écoute *« on peut tomber complètement à côté de ses besoins et de ses désirs et donc que notre action soit complètement inefficace »* (E1).

- Être empathique et bienveillant : essayer de comprendre ce qu'éprouve le patient, ses points de vue, etc. pour qu'il se sente soutenu : *« l'écoute empathique »* (E9), *« attention empathique »* (E9) sans pour autant se mettre à sa place et être trop dans l'affect : « *Tu es là pour les supporter, les soutenir, pour les comprendre mais tu n'es pas là pour les vivre à leurs places »* (E12). Avoir une posture bienveillante, vouloir le bien du patient, être attentionné et compréhensif, etc. le mettra en confiance et l'aidera

à s'ouvrir : *« attitude bienveillante »* (E3), *« une écoute aussi bienveillante »* (E3), « *vous êtes en droit d'attendre des soignants une position neutre et bienveillante* » (E8), *« Dans la bienveillance on peut être thérapeutique »* (E1).

- Être respectueux : le respect est élémentaire dans la relation à l'autre, que cela soit avec ses collègues, le patient, sa famille : *« une posture de respect des familles enfin… des établissements dans lesquels on va »* (E4), *« le respect vis-à-vis de ses collègues, de ses supérieurs et des patients »* (E6). Il est important de ne pas adopter une posture de supériorité mais plutôt « *une posture égale »* (E7), *« se mettre au niveau du patient »* (E11), *« savoir rester à sa place en fait »* (E12). La toute-puissance du soignant ne fera qu'envenimer la relation et amènera à des tensions : *« ce qu'il faut toujours éviter c'est que la relation tourne à une prise de pouvoir, que le patient ait l'impression que l'on prend le pouvoir sur lui »* (E8).

- Avoir une juste « *distance thérapeutique »* (E3) : c'est-à-dire d'un côté il ne faut *« pas trop d'écart non plus (…) ils voient qu'en tant que professionnel tu te confies un peu, donc lui s'engage aussi à se confier et du coup je trouve que la relation s'établit mieux »* (E5). Il faut continuer à partager des moments avec le patient, avoir une gestuelle de proximité si l'on trouve que cela est nécessaire tout en respectant nos limites et celles du patient : *« gérer ce niveau affectif pour garder une relation professionnelle »* (E4). En parlant de limites, cela appartient à chacun. Les thérapeutes ont une vision différente de l'utilisation du pronom personnel employé avec le patient: *« je dis toujours 'vous' aux gens »* (E3), « *Alors après au cabinet je peux accepter que certains me tutoient, ça ne me dérange pas »* (E10), *« Moi je sais que je mets en place le vouvoiement plutôt que le tutoiement (…) il y a juste le tutoiement par contre qui s'est instauré parce que cela faisait un petit bout de temps »* (E5). Et d'un côté il ne faut pas paraître trop amical, proche etc. pour garder son statut de professionnel *« j'essaye toujours d'être à la fois chaleureux avec les patients tout en leur faisant comprendre que l'on n'est pas destiné à être amis »* (E12), *« c'est compliqué de trouver la juste distance pour pas qu'il y ait du copinage, surtout avec les enfants »* (E10). Lorsque cela est nécessaire, il faut savoir poser un cadre et être moins souple, plus autoritaire : « *c'est un cadre que tu te donnes toi-même, pour ne pas déborder sur autre chose que ta mission »* (E12), *« Et parfois ben… être ferme, car non, c'est non, point »* (E11).

- Se remettre en question : *« c'est une remise en question qui doit être un peu permanente »* (E8). L'idée est de se poser des questions, de prendre du recul afin d'améliorer sa pratique professionnelle : « *Est-ce que je serais satisfait d'un soignant qui a cette posture ? »* (E8), *« Et en fait, c'est nécessaire pour ça de prendre du recul par rapport à la situation, c'est-à-dire de se mettre en retrait. »* (E12). On ne peut pas tout maitriser, on peut parfois se tromper et faire de mauvais choix : « *d'accepter qu'on ne sait pas (…) cette démarche ça amène à reconnaître lorsque l'on fait des erreurs »* (E12), *« tu n'es jamais sûr à 100%, tu vois »* (E7). Il faut savoir entendre les conseils et l'avis des autres professionnels : « *le respect de l'avis de l'autre et ne pas toujours avoir raison on va dire »* (E9), « *Se remettre en cause mais pas non plus se culpabiliser »* (E11).

❖ **Les facteurs pouvant influencer la posture**

Plusieurs facteurs peuvent influencer la posture professionnelle du thérapeute. Effectivement, il y a ce qui lui est propre comme la personnalité et la manière d'être, qui vont dicter son comportement : *« en fonction de notre personnalité »* (E1), *« En fonction de sa sensibilité »* (E2), *« notre manière d'être en relation avec la personne »* (E1), *« c'est vrai la relation même pour une même personne est clairement différente entre chaque professionnel. Puis avec le caractère de chacun aussi »* (E7). L'humeur du jour intervient également: *« L'humeur de la personne, ton humeur à toi. Ton état émotionnel, ton état physique »* (E12). Mais sa propre histoire de vie et ainsi que ses expériences passées rentrent aussi en compte : *« on a tous sa façon de l'aborder en fonction de son vécu »* (E2). Ce qui est renvoyé par un patient à l'ergothérapeute peut faire surgir certaines émotions et ressentis : « *suivant son ressenti »* (E2), *« la perception »* (E1), *« C'est évident qu'il y a des patients avec lesquels on va avoir de l'empathie ou contraire avec lesquels on va en avoir peu »* (E8). Attention au transfert / contre-transfert.

L'opinion et les attentes qu'a le patient de l'ergothérapeute peuvent aussi influencer son attitude : *« quand on est très jeune et qu'on a à faire à des gens un peu moins jeunes, disons, ils ont tendance à te considérer comme un gamin »* (E8), « *on est un petit peu mis dans cette place-là par le patient (…) comme si on savait un petit peu tout, comme si on était omnipotent » (*E8).

La différence d'âge et de sexe avec le patient peuvent influencer inconsciemment : *« dans le fait qu'on soit un homme ou une femme et qu'on s'adresse à un homme ou une femme, le fait qu'on soit jeune ou vieux et qu'on s'adresse à quelqu'un de plus âgé, de plus jeune »* (E8).

Plusieurs ergothérapeutes ont mis en avant que la notion de posture professionnelle leur évoquait leur « identité professionnelle » d'ergothérapeute. C'est-à-dire que l'ergothérapeute de par ses missions, de *« la déontologie qui va avec notre profession »* (E4), de son approche « *On n'a pas la même approche des gens* » (E3) etc. n'aura peut-être pas la même posture qu'un autre professionnel de santé car *« chaque profession a une relation particulière »* (E6). D'autre part, au niveau hiérarchique, l'ergothérapeute a un statut professionnel inférieur à celui du médecin et donc moins d'autorité face au patient, ce qui influence indirectement sa posture professionnelle : « *s'ils veulent remettre en cause notre attitude, nos dires, ils le remettront beaucoup plus facilement en cause qu'avec un médecin »* (E1). La posture professionnelle va elle aussi varier selon chaque patient car ceux-ci sont tous différents. Elle doit être *« adaptée à la personne »*, (E7) *« adaptée par rapport à la situation »* (E12). Il faut donc *« faire du cas par cas quelque part et vraiment c'est au jour le jour »* (E2). En effet, selon la population, on peut être amené à être plus dans la proximité, par exemple avec les enfants : *« ne pas rester dans une posture déplacée et ne pas se laisser happer par tout le côté affectif mais forcément… on est très proche des enfants et même physiquement »* (E4) ou face à une population âgée, on peut avoir une communication verbale différente : *« même au niveau de l'âge cela va de 65 à 90 donc forcément on n'aborde pas les patients de la même manière »* (E2). Pour les patients atteints de certaines pathologies (troubles cognitifs, du comportement, retard mental…), on va peut-être devoir être plus patient, plus avenant : *« on a telle posture par rapport à telle pathologie puisqu'il y a des pathologies, des profils tellement différents »* (E2).

- **Le travail en équipe permet d'adapter sa posture**

Au début de la prise en charge, l'ergothérapeute a plutôt une posture d'observateur afin de se faire une « idée » du patient, de mieux le cerner, le connaître et « *après vraiment d'être dans une posture d'accompagnant et de partir de ce que la personne sait faire et propose et de guider à partir de là »* (E4). Cette posture d'observateur se poursuit durant toute la prise en charge du patient et aide l'ergothérapeute à ajuster sa posture auprès de ce dernier. Par ailleurs, après un certain temps, lorsque l'on connaît mieux le patient, il est

évident que l'on sait mieux comment se comporter avec lui : *« Plus on connait le patient, et plus on a un regard différent dessus et plus on va pouvoir effectivement avoir une posture plus soignante, plus thérapeutique »* (E8).

Dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire, échanger avec les autres professionnels permet *« d'avoir leurs points de vue sur certains patients »* (E2). Les informations complémentaires qu'ils apportent permettent d'ajuster sa posture professionnelle: « *de par le renvoi que peuvent avoir d'autres collègues, on va effectivement pouvoir affiner un petit peu sa position, sa posture par rapport au patient »* (E8), *« savoir comment justement aborder le patient et éventuellement modifier notre posture professionnelle par rapport à telle ou telle problématique »* (E2). Lors d'une problématique particulière, il est important qu'il y ait une cohésion d'équipe et que tout le monde adopte la même posture face au patient : *« il faut que je sois au courant quand même de la posture de l'équipe pour ne pas aller à l'encontre, mais il faut que j'aille dans la même direction »* (E7).

### 3.2.2 La relation thérapeutique

- **La définition**

« *On a des relations avec d'autres humains à plein de niveaux, donc c'est quelque chose qu'on pratique sans théoriser dessus »* (E8). Les individus sont en relation constante entre eux, il n'y a pas besoin d'avoir de connaissances particulières pour rentrer en relation avec quelqu'un, cela se fait spontanément. Néanmoins, la relation se déroule toujours différemment du fait de la singularité de chacun : *« l'entrée en relation avec un patient est toujours nouvelle »* (E8), *« la relation thérapeutique (…) est différente pour chaque patient on va dire »* (E2). D'autant plus qu'au fil du temps, le thérapeute évolue et n'aborde peut-être plus le patient de la même manière et n'a peut-être plus la même posture professionnelle : *« Je n'ai pas la même vision des choses, du soin, de la vie, que quand j'avais 20 ans. Donc mon comportement a su évoluer, mes connaissances ont évolué si bien que ma relation à l'autre a évolué »* (E1), « *Et la relation aussi elle sera de ce fait en constante évolution ou régression mais en mouvement en tout cas »* (E7).

Une relation thérapeutique se construit entre un thérapeute et son patient, c'est au départ essentiellement une relation humaine classique *« C'est d'abord une alliance humaine, avant d'être thérapeutique »* (E11). Et qui après plusieurs rencontres devient thérapeutique car c'est *« à la fois de la relation entre deux individus et puis qui relève du soin »,* étant donné que *« derrière on cherche à soigner quelque chose » (*E9).

- **L'entrée en relation, la mise en confiance**

Plusieurs ergothérapeutes pensent que certaines spécificités de l'ergothérapie peuvent être facilitatrice à la création d'une relation thérapeutique. Par exemple, *« on rentre beaucoup plus dans l'intimité de la personne quand on va au domicile »* (E1), *« les mises en situations, je pense que ça peut faciliter le contact avec les gens. Parce que tu vas les voir dans le quotidien »* (E12). Une autre spécificité est l'activité et plus précisément l'assentiment du patient à y participer : *« on va travailler avec le travail du patient »* (E8), *« se mettre en retrait enfin de laisser faire la personne, de ne pas être toujours dans l'intervention »* (E4), *« Dans l'activité, la posture du patient est différente obligatoirement puisqu'on va lui demander d'être actif, d'être sujet comme on dit souvent »* (E8).

Tous les ergothérapeutes ne s'y prennent pas de la même manière pour rentrer en relation avec le patient lors de la première approche. *« Je prends mon café à la table de la personne et je lui propose aussi à boire »* (E9). *« La relation, par rapport à la personne, c'est me présenter. Lui expliquer pourquoi je viens la voir, de la part du médecin (ou pas) et ce que je peux lui apporter, ce que je lui propose »* (E7). Ou à contrario de plutôt laisser venir le patient, attendre de connaître ses interrogations, etc. : *« commencer en étant observateur »* (E4). Les premières séances demandent de faire connaissance pour créer du lien : « *dès que je commence une prise en charge, j'essaye de poser le plus de questions pour vraiment connaitre au mieux le patient »* (E5), *« Il faut que je la comprenne, que je la connaisse pour qu'après si possible je puisse faire ce qui est bon pour elle »* (E9), « *c'est vraiment essayer d'entrer dans l'univers du patient en fait pour le mettre en confiance, pour lui montrer qu'on s'intéresse à lui, sa vie, sans aller trop loin bien sûr »* (E2). Toutes ces stratégies permettent par la même occasion d'installer un climat de confiance. C'est un atout clef et quelque chose de primordial pour entretenir une relation thérapeutique. Cela prend du temps et se cultive : *« je pense qu'au fil du temps, on gagne cette confiance »* (E3), *« Il y en a, cela va très, très vite, puis il y en a d'autres, il faut un petit peu plus de temps »* (E5).

- **Capter l'intérêt du patient**

Il y a plusieurs éléments à prendre en compte afin que la prise en charge du patient soit de qualité. Tout d'abord, même si *« il y a des gens qu'on va plus apprécier que d'autres »* (E3), il faut qu'il y ait une bonne entente. Effectivement, *« Si tu as une mauvaise relation, cela va se ressentir sur ta prise en charge. Je veux dire, toi tu n'auras pas envie de venir et lui il n'aura pas envie de venir »* (E12), *« Le patient ne va pas penser, se soigner entre guillemet 'de la même façon', selon la qualité de cette relation »* (E8). De ce fait, si la relation se déroule bien, il y aura en général une meilleure observance et participation du patient au soin. Cela est d'autant plus véridique si l'on arrive à capter l'intérêt de celui-ci : *« d'essayer de comprendre ses centres d'intérêts, et de pouvoir proposer des choses qui l'intéresse »* (E4). En effet, *« Plus on rentre dans les centres d'intérêt, les renforçateurs, mieux ça marche »* (E10), en ergothérapie *« on n'ira jamais qu'où le patient veut bien aller »* (E8). Un exemple pour illustrer les deux paragraphes précédents : « *Parce qu'au mieux la relation thérapeutique est construite, au plus, en tout cas les enfants, veulent obtenir la satisfaction de l'adulte. Ils veulent obtenir de bons résultats, donc ils vont redoubler les efforts pour y arriver »* (E10). Cela ne peut être que bénéfique pour le patient par la suite et le faire évoluer : *« une relation qui peut apporter quelque chose de positif à cette personne, lui permettre d'évoluer ou d'involuer »* (E7).

- **Les obstacles à la relation soignant-soigné**

Créer une relation avec son patient n'est pas toujours évident, malgré la volonté du thérapeute. Il faut que celui-ci arrive à s'adapter et « se familiariser » avec le patient et que le patient lui-même ait aussi envie de s'investir dans la relation. Suivant la population, la mise en relation est parfois plus difficile. Par exemple, en psychiatrie les patients peuvent être un peu plus méfiants et moins habitués à s'ouvrir aux autres : *« avec des patients, en psychiatrie notamment, où pour eux la relation est quelque chose de difficile et de par leur maladie et leur statut de patient malade mental, de patient psychiatrique »* (E8). Les enfants polyhandicapés ont en général des difficultés de communication et de sociabilisation également : *« des enfants polyhandicapés donc qui demandent un effort (…) mise en relation qui est plus compliqué même si on ne sera pas sur les mêmes objectifs mais on a un travail qui est tout autre pour vraiment établir cette relation »* (E4).

Certains patients ne veulent pas être acteurs de leur prise en charge, d'autres ne souhaitent pas d'aide ou refusent les soins pour différentes raisons. S'investir dans la relation dans ces cas-là n'est pas forcément l'envie première du patient : *« Elle est plus difficile quand la personne, on va dire est passive et qu'elle ne veut pas forcément de soin et du coup elle ne voudra pas forcément accepter et elle ne voudra pas forcément une relation »* (E9). De plus, les patients ne savent pas la majeure partie du temps ce qu'est l'ergothérapie. Ils ne sont donc pas au premier abord dans la même dynamique de mise en relation avec un infirmier qu'avec un ergothérapeute par exemple : *« il y en a qui sont réticents avec nous (...) le patient arrive en ergothérapie, ne sait pas ce que c'est »* (E3), *« les personnes qui ne comprennent pas pourquoi elles sont là, pourquoi on leur demande de faire tel ou tel exercice, pourquoi on les fait répéter toujours la même chose »* (E6).

Il faut ajouter que le patient a lui aussi sa propre histoire de vie, sa personnalité, ses mécanismes de défenses etc. Effectivement, il faut faire attention à ce que l'on transmet à l'autre et comment il interprète notre action car celle-ci peut être mal vécue : *« on renvoyait des choses qui étaient insupportables pour elles »* (E1). La relation soignant-soigné va aussi diverger suivant la population de patients avec laquelle l'ergothérapeute exerce. Notamment, les patients du milieu psychiatrique qui sont davantage dans l'interprétation des informations d'ordre de la communication verbale ou non verbale du thérapeute. C'est pourquoi, il faut davantage s'interroger sur ce que l'on peut renvoyer au patient, sans quoi certains peuvent mal réagir : *« c'est toujours les mêmes qui se prennent un coup. Ils génèrent quelque chose qui fait que des fois je dis : ' mais bon sang arrête de parler comme ça, tu ne te rends pas compte, tu crées, tu es créateur' »* (E11). Le thérapeute peut avoir des difficultés à accepter et / ou gérer certains comportements ou états d'âme du patient : *« Cela m'est arrivé d'avoir des patients qui étaient vraiment difficiles à canaliser »* (E2), *« des enfants qui sont soit dans des situations familiales assez complexes et qui peuvent avoir des problèmes de comportements »* (E4). Il faut que le professionnel continue de s'investir tout en étant patient. Si ce n'est pas le cas, cela peut compromettre la relation sur le long terme : *« C'était du coup un comportement agressif pas agréable du tout du tout. Il jugeait tout le temps ce que j'étais en train de lui mettre en place et c'était juste l'horreur pendant trois semaines »* (E5), *« Des enfants avec lesquels ça se passe moins bien parce que on a des personnalités plus confrontantes ou quoi et que du coup on a moins de patience »* (E10).

Il faut préciser que bien souvent les actes en ergothérapie sont en partie ou en intégralité à la charge du patient. Par ailleurs, les séances de l'ergothérapie exercées en libéral ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. C'est pourquoi, cela peut être un frein pour les patients n'ayant pas beaucoup de moyens financiers et ainsi les amener à moins vouloir suivre les séances et donc peut-être moins s'investir dans la relation thérapeutique : *« Ça ne veut pas dire que derrière tu ne vas pas réussir à construire quelque chose mais ça veut dire que dès le départ tu pars peut-être avec des billes en moins par rapport à un orthophoniste ou un kiné qui est remboursé »* (E12). Une forme de relation marchande s'établit entre le patient qui paye pour un service et l'ergothérapeute qui répond à cette demande. Il y a donc davantage d'attente de résultats par les patients : *« les gens paient, donc c'est vrai que les adultes, les personnes âgées ont des attentes. Comme ce n'est pas remboursé donc elles paient pour quelque chose, donc la relation thérapeutique est biaisée par l'argent »* (E10).

- **Les solutions potentielles**

Les thérapeutes essaient de trouver des solutions pour pallier aux éléments précédents qui peuvent éventuellement faire barrière à la relation. Lorsque le patient est tendu, anxieux, méfiant et qu'il n'arrive donc pas à s'ouvrir à la relation, il est primordial de trouver des stratégies pour le rassurer et le mettre en confiance. Pour ce faire, il faut déjà être *« vrai et être intègre »* (E12) soi-même, avoir confiance en ce que l'on propose : *« il faut être à l'aise avec soi, avec sa personne, si on n'est pas à l'aise cela ne passera jamais »* (E2). A son tour il ne faut évidemment pas être méfiant. En psychiatrie, le patient est très sensible et ressent plus facilement ce que le thérapeute éprouve : *« Mais il faut savoir qu'en psy et bien le patient, il va le sentir »* (E11).

Par la suite E2, E3 et E7 parlent de l'importance de poser un cadre bien déterminé car cela permet de contenir les angoisses ce qui est sécurisant et rassurant pour certains : *« c'est toujours la même heure, le même jour, le même endroit, unité de lieu de temps, tout cela pour les rassurer »* (E2), *« il y a des règles quand même, il y a des horaires, on fait un objet à la fois »* (E3), *« si on tient le cadre, la personne peut être rassurée, donc apaisée et fonctionner plus correctement »* (E7).

Pour que l'ambiance ne soit pas pesante et que l'atmosphère soit calme lors de situations conflictuelles E11 utilise l'humour *« je désamorce par l'humour »* ou utilise des techniques de libérations émotionnelles acquises lors de formations comme l'EFT : *« 'Emotional Freedom Technique' (…) j'ai la technique des petits bonhommes allumettes »* (E11) qui permet de libérer plus précisément les émotions négatives.

Si, pour une raison ou une autre, le patient n'est vraiment pas à l'aise avec le thérapeute ou réciproquement, faire appel à un tiers peut être intéressant. Effectivement, E10 exerçant en libéral, possède un chien qui accompagne ses séances et qui devient un « médiateur », ce qui permet de *« créer cette relation thérapeutique mais à trois du coup (…) ça donne une grande motivation et puis la présence du chien ça apaise quand même beaucoup d'enfants »*. (E10) Lorsque la relation tend à être conflictuelle, que l'échange et l'entente deviennent difficiles, passer le relais à un autre ergothérapeute est aussi envisageable : *« on se fait un petit relais mais juste entre nous » (*E5), *« quand je sens que ça ne se passe pas, je repousse et j'essaye de revenir à un autre moment.* Toutefois, *il y a des fois ou ça ne marchera pas du tout malheureusement donc je passe le relais »* (E9).

- **L'accompagnement de la famille**

La famille ou l'entourage sont en général importants et sources de soutien pour le patient. Lorsque l'on accompagne le patient, on accompagne aussi en parallèle la famille qui a besoin d'être rassurée, informée et mise en confiance. Il faut aller à son rythme car par moment elle n'a pas assez de recul et a besoin de temps pour accepter certaines situations : « *Et puis respecter le temps nécessaire aux familles pour cheminer et avancer »* (E4). Il ne faut pas l'éloigner de trop dans la prise en charge du proche et essayer de maintenir une bonne relation : *« en fonction de comment se comporte la famille, si elle est sur la défensive c'est sûr que la relation ne sera pas du tout la même »* (E9). Lorsque la famille, malgré les explications, n'accepte pas ou ne comprend pas les décisions prises par l'équipe pluridisciplinaire, cela peut avoir un impact négatif sur la relation avec le thérapeute : *« Le patient peut avoir des objectifs mais les familles pas les mêmes, donc nous on est un peu en porte à faux entre les deux »* (E6), *« quand on ne va pas répondre aux demandes des parents (…) là c'est des situations qui peuvent créer une distance et faire perdre un peu cette confiance »* (E4). D'autre part, cela peut influencer le comportement, les choix du patient et donc sa relation avec le thérapeute, car il peut avoir besoin du consentement de sa famille : *« Mais tu as aussi la relation thérapeutique avec la famille (…) dont tu auras besoin pour*

*faire avancer tes objectifs et faire avancer ton patient dans la bonne direction »* (E12), *« si les parents n'ont pas confiance ou ont trop d'attentes, les enfants vont le ressentir aussi. Donc les parents jouent un rôle dans la relation thérapeutique avec les enfants »* (E10), *« le comportement d'une personne sera complètement différent en présence de la famille ou en l'absence de la famille »* (E9). Par moment le patient est en conflit avec sa famille, ce qui peut jouer sur son moral et le rendre passif dans sa prise en charge. Le thérapeute peut alors intervenir en tant que tiers, de par sa position *« neutre »* (E7) et essayer d'apaiser les tensions : *« Et là il y a un avis tiers autorisé en quelque sorte et cela permet de remettre du lien »* (E7).

L'analyse transversale des entretiens a permis de rassembler les opinions des ergothérapeutes de terrain. La richesse et diversité de ces entretiens ont offert une vision générale de la thématique de ce mémoire.

# 4 Discussion

## 4.1 Analyse de la théorie et de la pratique

Nous allons dans cette partie confronter le cadre théorique, présenté dans la première partie, avec les résultats de l'enquête auprès des ergothérapeutes. La question de recherche a pour but de mettre en avant les éléments influençant les liens entre la posture professionnelle de l'ergothérapeute et la relation thérapeutique.

Tout comme dans le cadre théorique, il ressort que la qualité de la relation entre le patient et l'ergothérapeute va impacter la qualité du soin. Ceci indépendamment du secteur d'activités des ergothérapeutes. Ces derniers, s'accordent pour dire que cette relation est essentielle pour pouvoir réaliser un accompagnement auprès d'un patient.

Cole et McLean rappellent que l'ergothérapie est une pratique axée sur le patient et qu'il est au centre du travail : « *les valeurs et la motivation du client doivent déterminer les objectifs et l'orientation de l'intervention* » (Cole & McLean, 2003). La place que va avoir le thérapeute auprès du patient dans son soin dépend des besoins du patient. Comme il a été dit dans la partie théorique, la relation asymétrique entre le patient et l'ergothérapeute les conduit à avoir chacun un rôle spécifique. Plusieurs ergothérapeutes ont décrit un rôle d'aiguilleur de l'ergothérapeute, c'est-à-dire qu'il va conseiller le patient. Tandis que Forchuk présente le patient comme un « *consommateur* » du soin ce qui lui permet d'obtenir ce rôle, il explique « *le rôle du consommateur implique une participation active à la relation thérapeutique. Il s'agit notamment d'apprendre à faire confiance aux autres, ainsi que d'identifier et de résoudre les problèmes avec les soutiens appropriés.* » (Forchuk et al., 1998). Les thérapeutes ont signifié l'importance de s'ajuster au patient car chaque relation soignant-soigné est unique, il n'existe pas une mais des façons de prendre en charge un patient. Cette flexibilité de posture encourage la justesse du soin en s'ajustant au contexte de vie et aux spécificités du patient. De plus, il ne faut pas avoir une attitude de supériorité tant sur le plan physique que psychique mais plutôt se mettre au niveau du patient. Toutefois, la posture de soignant n'est pas quelque chose de spontanée, c'est quelque chose qui s'acquiert avec le temps, et qui ne va pas de soi.

La littérature associée à ce sujet et les ergothérapeutes interrogés s'accordent quant à l'importance de la confiance dans la relation thérapeutique. Cette dernière prend du temps à se

construire et nécessite un investissement des deux protagonistes. L'approche centrée sur le patient de Carl Rogers évoqué dans la première partie, regroupant : l'empathie, le regard positif inconditionnel et la congruence, implique de s'investir auprès du patient. Cette approche permet d'établir un environnement de confiance qui encourage le patient à s'exprimer plus facilement. L'instauration de la confiance passe notamment par le cadre sécurisant que le thérapeute va établir : repères spatiaux, temporaux, présentation de l'ergothérapeute et de son rôle. Pour cela, les ergothérapeutes et la littérature s'accordent à privilégier l'écoute du patient. Ceci donne au patient le sentiment d'être considéré et au thérapeute de faciliter la compréhension de ce que traverse le patient. Pour exister, cette dernière nécessite « *une attention libre, une disponibilité à recevoir, à laisser venir à soi. L'écoute est réceptive et non émissive.* » (Randin, 2008). Cette écoute nécessite que le thérapeute soit disponible et présent pour le patient au moment de leurs échanges. La posture du thérapeute va refléter sa disponibilité et son écoute envers le patient. De plus, il existe des éléments dans son attitude favorisant la communication tels que : une gestuelle adéquate à la situation, son positionnement physique dans l'environnement vis-à-vis du patient (distance appropriée à la situation) et le langage non-verbal (sourire, contact visuel). Cette posture d'écoute requiert beaucoup d'attention, une des ergothérapeutes évoquait le fait qu'il est compliqué de la maintenir tout au long de la journée.

Les qualités d'authenticité et de bienveillance ont été régulièrement citées lors des entretiens. Cette perception est confirmée par Rogers qui explique que « p*lus le soignant est lui-même dans la relation, sans masque professionnel ni façade personnelle, plus il est probable qu'un changement interviendra et que le patient évoluera de manière constructive* » (Rogers et al., 2001). En effet, cette attitude authentique dont parle Rogers est une posture naturelle d'honnêteté du professionnel envers son patient, et l'amène plus facilement à lui exprimer son ressenti. Par ailleurs, savoir reconnaître ses propres émotions lui permettra d'ajuster plus facilement sa posture.

La littérature et les entretiens ont permis d'avancer plusieurs facteurs influençant la création de la relation soignant-soigné. Certains éléments se retrouvent à la fois chez le soignant et le soigné, comme par exemple leur personnalité respective, leur émotion, leur humeur du moment, leur âge, leur sexe, leur culture, leur besoin, leur capacité relationnelle, leur sincérité, etc. C'est pour Manoukian avant tout une rencontre entre « *deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » (Manoukian, 2014). Ainsi, des éléments

sont relatifs au thérapeute lui-même : ses compétences, son expérience, son attitude, son respect, sa bienveillance, la justification de son rôle et du cadre instauré. Mais aussi des caractéristiques propres au patient : sa symptomatologie (capacités cognitives, capacité physique, prise de médicaments), ses attentes / perceptions de la prise en charge, sa motivation à la prise en charge et son entourage. Concernant ce dernier point, la place de la famille a un rôle important dans la relation soignant-soigné. Elle est souvent présentée comme une aide précieuse dans l'accompagnement du patient et permet d'obtenir davantage d'informations (son histoire de vie, environnement physique, habitudes de vie…). Toutefois, elle peut être facilitatrice ou au contraire être un obstacle dans la relation avec le patient. Elle peut avoir un impact sur la qualité de la relation soignant-soigné, il faut donc également prendre en compte les attentes de la famille.

Comme il a été vu en première partie de cet écrit, le patient donne sa confiance au thérapeute. Il est donc en droit d'attendre que le thérapeute s'investisse dans sa prise en charge en retour, sans quoi la relation peut être biaisée : « *dans nos sociétés contemporaines le ciment d'un échange social durable reste la confiance. Cette confiance n'est pas donnée, elle doit être construite dans et par le processus même de l'échange* » (Médard, 1995). En ce sens, les ergothérapeutes interrogés ont évoqué les refus d'avoir une prise en charge en ergothérapie de certains de leurs patients. C'est un des droits du patient de pouvoir refuser toute intervention thérapeutique « a*ucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* » (Code de la santé publique - Article L1111-4, 2002). Les professionnels ont la nécessité d'informer le patient des conséquences d'un refus de soin. En effet, malgré la présence d'une prescription médicale l'ergothérapeute n'est pas dans l'obligation de le prendre en charge en cas de refus du patient. Dans cette situation de refus de la relation ou de conflits, le dialogue et l'écoute sont les outils privilégiés. Cela implique de remettre en question sa propre posture en recherchant les raisons qui peuvent avoir biaisé la relation et généré ce refus. Puis essayer de corriger ces raisons afin d'améliorer cette relation qui se dégrade. Cette démarche permet d'anticiper les prochaines perturbations dans la relation avec ce patient. Prendre du recul sur ses propres ressentis vis-à-vis d'un patient permet, dans des situations problématiques, d'éviter qu'inconsciemment la relation soit encore plus biaisée par des comportements inadaptés. Cette autocritique permet d'établir une distance la plus juste possible avec le patient. Il est pertinent d'expliciter son opinion ainsi que son ressenti au patient si cela est constructif dans la relation. Par ailleurs, l'observation du

patient apporte une justesse de regard qui permet de proposer un accompagnement ciblé, sécuritaire et de qualité tout au long de sa prise en charge. Pour Phaneuf une observation de qualité comprend « *l'objectivité, l'attention et la concentration* » (Phaneuf, 2016) et ainsi d'observer au-delà de ce que la personne exprime et de nos perceptions.

La communication apparait comme un besoin fondamental dans le cadre de l'établissement d'une relation. Cette communication est inévitable selon Paul Watzlawick. Adopter une communication efficace est présentée comme « *crucial pour maximiser la qualité et la sécurité des soins* ». (Iedema et al., 2019) En effet, une communication claire avec un vocabulaire adapté permet au patient de mieux percevoir ce qui est attendu de lui ou de percevoir le rôle du thérapeute. Margot Phaneuf évoque que la communication est dépendante du contexte dans lequel il se déroule, notamment au niveau des caractéristiques : « *environnemental, temporel, psychologique, socioculturel, lié à l'âge, lié au sexe, lié à l'état des personnes* » (Phaneuf, 2016). Il peut donc exister des évènements perturbateurs de l'échange, c'est pourquoi le choix du lieu et du moment pour échanger, suivant le type d'information à apporter, est à réfléchir. Les ergothérapeutes ont donc insisté sur l'importance de remettre en question leur posture. Ce travail sur soi permet d'être conscient de ses limites et de ses points forts et ainsi permettre d'intervenir le plus efficacement dans la relation soignant-soigné. La relation thérapeutique est avant tout une relation humaine, elle est constamment en mouvement et n'est donc pas figée. Les ergothérapeutes ont expliqué qu'il faut constamment qu'ils ajustent leur posture vis-à-vis de leurs patients et ne pas hésiter à remettre en question ce qu'ils leurs proposent.

Les ergothérapeutes expliquent que le regard du patient peut mettre l'ergothérapeute dans une certaine posture et le catégoriser en fonction de certains critères, comme son jeune âge qui peut véhiculer un manque d'expérience par exemple. Le thérapeute peut ne pas communiquer correctement son opinion au patient qui pourrait mal l'interpréter. Compte tenu de la communication non-verbale, une même information apportée avec le sourire ou avec un visage fermé, ne transmettra pas le même message. Dans le cas d'une relation bloquée entre le thérapeute et le patient, faire appel à l'équipe pluridisciplinaire permet d'avoir un avis extérieur à la situation et ainsi de trouver des solutions. Les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire collaborent dans le projet de soins et « l*e regard que posent différents professionnels sur une problématique de santé assure une meilleure compréhension de ses diverses dimensions* » (Phaneuf, 2016). Les ergothérapeutes interrogés expliquent que la

posture de l'équipe doit être comprise et doit aller dans le même sens pour limiter les incompréhensions de la part des patients. Plus spécifiquement pour les patients du milieu de la santé mentale pour lesquels les difficultés relationnelles sont au centre de la prise en charge. Certains ergothérapeutes ont décrit le regard spécifique de l'ergothérapeute, toutefois tous les membres de l'équipe sont complémentaires et leur partage d'informations permet de répondre au projet de soins du patient de la façon la plus complète possible.

La posture professionnelle passe aussi par la tenue vestimentaire du professionnel. Elle permet au patient de reconnaître le thérapeute et situer son appartenance à la structure et à une profession.

En vue de tous les éléments pouvant impacter la relation soignant-soigné qui viennent d'être présentés dans cet écrit, nous avons pu voir qu'il semble important d'adopter en tout temps et face à chaque situation la posture la plus adaptée possible. Avoir connaissance de ces éléments permet d'améliorer la qualité de prise en charge proposée.

## 4.2 Limites de l'étude

Une critique objective de ce travail me permet de vous présenter ses limites, ainsi que des axes d'amélioration.

Lors de la phase d'analyse des entretiens, il a été choisi de ne pas retenir les réponses obtenues dans la dernière question de la grille d'entretiens qui était : « Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ? ». En effet, cette question étant axée principalement sur la satisfaction des professionnels, elle n'apportait pas d'éléments pertinents pour cette recherche qui est orientée essentiellement sur la posture professionnelle et la relation thérapeutique. Les thérapeutes n'ont pas vraiment argumenté cette question car de leur point de vue, un patient satisfait induira automatiquement de la satisfaction pour eux même.

L'entretien est un outil de recherche qui permet d'obtenir les points de vue de personnes sur un sujet donné. Cependant, les données recueillies sont subjectives et peuvent ne pas être correctement interprétées par le chercheur.

Par ailleurs, les ergothérapeutes ont apporté un nombre important d'informations intéressantes. Ce sujet est très vaste et les notions abordées sont en fait toutes liées. Un temps important consacré à la lecture des entretiens et à la catégorisation des informations a été nécessaire. Il a été complexe d'analyser les douze entretiens sans omettre d'éléments et de les rattacher à des idées clés.

Le thème de ce mémoire invite à s'interroger sur sa propre pratique et sur sa façon d'être et de faire. Cette introspection a pu être difficile voir incommodante pour certains professionnels qui ont pu se sentir jugés lors des interviews. Il est à noter que lors des échanges post-interviews, lorsque le magnétophone était éteint, certains professionnels ont continué à évoquer des informations pertinentes qu'il n'a donc pas été possible de conserver pour cette recherche.

A posteriori, je pense pour ma part ne pas avoir laissé assez de temps de réflexion aux personnes interviewées lorsqu'il y avait des blancs dans leurs réponses. Leur laisser plus de temps pour formuler leurs idées leur aurait probablement permis d'approfondir leurs réponses.

Un échantillonnage plus conséquent aurait permis d'avoir des opinions plus larges. Ce qui aurait probablement approfondi et complété l'analyse sur le lien entre la posture et la relation thérapeutique et le milieu professionnel.

## 4.3 Apports personnels

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis d'enrichir mes connaissances relatives à la posture professionnelle dans la relation soignant-soigné. J'ai pu m'imprégner de la méthodologie de recherche et m'enrichir de ce travail réflexif qui associe la littérature et les perceptions des professionnels exerçant sur le terrain. Les entretiens ont été pour moi la partie la plus enrichissante. Cet exercice m'a permis de développer à la fois mes capacités de synthèse ainsi qu'un regard critique à propos des informations recueillies. J'ai ainsi pu me rendre compte de l'étendue de ce sujet et de tous les éléments qui la composent. Notamment de la place prépondérante des deux qualités principales, qui sont l'adaptation et l'écoute, pour répondre à la constante évolution de toutes relations. La connaissance de ces éléments m'aurait permis d'appréhender différemment la situation présentée en introduction de ce mémoire.

Ces trois années de formation et cette recherche me permettent de commencer ma vie professionnelle avec « un bagage » et des connaissances qui m'aideront, je l'espère, à mettre en place de futures relations thérapeutiques de qualité ou tout au moins d'aborder les relations soignant-soigné plus sereinement. Je réalise que la qualité de cette relation est un travail de tous les jours pour lesquels l'expérience, la remise en question et les patients ont beaucoup à m'apprendre.

Ce travail de fin d'étude me donne les armes pour construire ma propre identité professionnelle.

## 4.4 Apports pour la profession

La posture professionnelle dans la relation soignant-soigné fait partie du quotidien des ergothérapeutes indépendamment de leur secteur d'activité. Après ce travail d'analyse, je me rends compte je ne peux certainement pas prétendre pouvoir proposer des modèles de postures adaptées à n'importe quelle situation car chaque relation soignant-soigné est unique et dépend de nombreux facteurs qui sont différents pour chaque relation.

Cependant, par le biais de cet écrit, j'espère néanmoins pouvoir apporter quelques éléments de réponses aux ergothérapeutes s'interrogeant sur les éléments pouvant influencer leurs postures dans leurs relations soignant-soigné.

## Conclusion

Ce travail de fin d'étude a commencé à partir d'une situation rencontrée lors d'un de mes stages. Initialement je pensais orienter cette recherche uniquement sur l'impact de la posture de l'ergothérapeute dans la relation thérapeutique. Au travers de mes recherches littéraires et d'une enquête exploratoire, je me suis aperçu que ces notions étaient très vastes et qu'elles n'allaient pas que dans un sens mais que la posture professionnelle et la relation thérapeutique s'influençaient mutuellement. C'est pourquoi ma question de recherche a été orientée dans cette direction afin de décrire quels sont les éléments qui impactent la posture professionnelle de l'ergothérapeute et la relation soignant-soigné. Pour répondre à cette question, une recherche basée sur une méthode qualitative se présentant sous la forme de douze entretiens a été réalisée. L'analyse des entretiens puis sa confrontation au cadre théorique a permis de constater de nombreuses concordances.

La relation soignant-soigné est avant tout une relation humaine basée principalement sur la confiance et la communication. Il n'existe pas de modèle type de relation. Il y a des caractéristiques propres au patient, au thérapeute et au contexte de l'échange qui rendent chaque relation thérapeutique unique, c'est une des richesses de ce métier.

Ce travail de recherche permet de souligner que rien n'est acquis dans une relation thérapeutique et que c'est un travail de tous les jours pour l'entretenir. La qualité de la relation aura donc un impact direct sur la qualité du soin. C'est pourquoi, remettre continuellement en question sa propre posture de thérapeute et l'ajuster permet de proposer un accompagnement de qualité.

Dans ce mémoire, seul le point de vue des professionnels concernant leurs posture dans leur relation thérapeutique a été recueilli. Toute relation étant réciproque, il serait par ailleurs intéressant d'enrichir cette recherche en apportant le point de vue des soignés.

## Bibliographie


Bioy, A., Bénony, H., Chahraoui, K., & Bachelart, M. (2012). Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'Évolution Psychiatrique*, *77*(3), 342-351. https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.02.003

Bonsaksen, T., Vøllestad, K., & R. Taylor, R. (2013). The Intentional Relationship Model—Use of the therapeutic relationship in occupational therapy practice. *Ergoterapeuten, Vol 56*, 26-31.

Code de la santé publique—Article L1110-4, L1110-4 Code de la santé publique. Consulté 10 septembre 2019, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=083E9CC187E4FE00615EEB65B95EF7D4.tplgfr23s_1?idArticle=LEGIARTI000036515027&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=

Code de la santé publique—Article L1111-4, L1111-4 Code de la santé publique (2002).

Cole, M. B., & McLean, V. (2003). Therapeutic Relationships Re-Defined. *Occupational Therapy in Mental Health, Vol 19*(N° 2), 33-56.

Deswarte, E. (2016). *La proxémie*. Psychologie-sociale. http://www.psychologie-sociale.net/images/football.jpg

Devereaux, E. B. (1984). Occupational Therapy's Challenge : The Caring Relationship. *American Journal of Occupational Therapy*, *38*(12), 791-798. https://doi.org/10.5014/ajot.38.12.791

Forchuk, C., Jewell, J., Schofield, R., Sircelj, M., & Valledor, T. (1998). From hospital to community : Bridging therapeutic relationships. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *5*(3), 197-202. https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1998.00125.x

Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les Concepts en Sciences Infirmières* (2e édition). Mallet conseil.

Harris Interactive. (2014). *Le regard des Français et des professionnels de santé sur la communication patients soignants*. https://harris-interactive.fr/opinion_polls/le-regard-des-francais-et-des-professionnels-de-sante-sur-la-communication-patients-soignants/

Haudiquet, X. (2013). Le regard positif inconditionnel : Comment y parvenir ? *Approche Centree sur la Personne. Pratique et recherche, n° 17*(1), 65-78.

Haute Autorité de Santé. (2017). *Haute Autorité de Santé—Communiquer—Impliquer le patient*. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1660975/fr/communiquer-impliquer-le-patient

Iedema, R., Greenhalgh, T., Russell, J., Alexander, J., Amer-Sharif, K., Gardner, P., Juniper, M., Lawton, R., Mahajan, R. P., McGuire, P., Roberts, C., Robson, W., Timmons, S., & Wilkinson, L. (2019). Spoken communication and patient safety : A new direction for healthcare communication policy, research, education and practice? *BMJ Open Quality*, *8*(3). https://doi.org/10.1136/bmjoq-2019-000742

Keyton, J. (2010). *Communication and Organizational Culture : A Key to Understanding Work Experiences* (Second edition). SAGE Publications, Inc.

Larousse. (s. d.-a). *Définitions : Communication*. Consulté 12 avril 2020, à l'adresse https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561

Larousse. (s. d.-b). *Définitions : Relations*. Consulté 14 mai 2019, à l'adresse http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relations/67845

Lubino, V., Mongrain, M., Morrison, T., & Guitar, P. (2013). Facteurs influençant la relation thérapeutique selon l'expérience vécue de l'ergothérapeute : Étude pilote. *ErgOThérapie, N°51*, 61-68.

Lunenburg, F. C. (2010). Communication : The Process, Barriers, And Improving Effectiveness. *Schooling, Vol 1*(N° 1), 11.

Manoukian, A. (2014). *La relation soignant-soigné* (4e édition). Lamarre.

Médard, J.-F. (1995). *Théories de l'échange et échanges politiques* (Université de Bruxelles). https://www.persee.fr/doc/pole_1262-1676_1996_num_4_1_936

Michon, F. (2013). *Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance*. *Vol 58*(N° 773), 32-34.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2010). *Bulletin officiel n° 7 du 15 août 2010*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/bulletins-officiels-et-documents-opposables/article/bulletins-officiels-sante-protection-sociale-solidarite-2010

Palmadottir, G. (2006). Client-Therapist Relationships : Experiences of Occupational Therapy Clients in Rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, *69*(9), 394-401. https://doi.org/10.1177/030802260606900902

Paul, M. (2004). *L'accompagnement : Une posture professionnelle spécifique*. L'Harmattan.

Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*, *N° 110*(N° 3), 13-20.

Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné : L'accompagnement thérapeutique* (2ème édition). Chenelière éducation.

Picard, D., & Marc, E. (2013). *L'École de Palo Alto*. Presses Universitaires de France.

Prayez, P. (2018). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Lamarre.

Randin, J.-M. (2008). Qu'est-ce que l'écoute? *Approche Centree sur la Personne. Pratique et recherche*, *n° 7*(1), 71-78.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, *21*(2), 95-103. https://doi.org/10.1037/h0045357

Rogers, C. R. (1980). *A Way of Being*. Houghton Mifflin Harcourt.

Rogers, C. R. (2018). *Le développement de la personne*. https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/developpement-personne-0

Rogers, C. R., Kirschenbaum, H. C., Henderson, V. L. C., & Randin, J.-M. (2001). *L'approche centrée sur la personne* (H.-G. Richon, Trad.). Editions Randin.

Rondeau-Boulanger, É., & Drolet, M.-J. (2016). Continuité et discontinuité dans les trajectoires de soins de personnes ayant une problématique complexe de santé : Perceptions d'ergothérapeutes – une étude exploratoire. *BioéthiqueOnline*, *5*. https://doi.org/10.7202/1044266ar

Sureau, P. (2018). *Relation de soin et handicap—Pour une approche humaine et éthique de situations complexes*. Seli Arslan.

Taylor, R. R. (2008). *The Intentional Relationship : Outpatient Therapy and Use of Self*. F.A. Davis.

Tourev, P. (2017). *Définition : Communication*. La Toupie. http://www.toupie.org/Dictionnaire/Communication.htm

Walker, K. F. (2001). Adjustments to Managed Health Care : Pushing Against It, Going With It, and Making the Best of It. *American Journal of Occupational Therapy*, *55*(2), 129-137. https://doi.org/10.5014/ajot.55.2.129

Watzlawick, P., Helmick, J., & Jackson, D. (1967). *Une logique de la communication*.

# Annexes

**Sommaire des annexes :**


- Annexe I : Grille d'entretien de l'enquête exploratoire
- Annexe II : Formulaire de consentement
- Annexe III : Grille d'entretien
- Annexe IV : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E1
- Annexe V : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E2
- Annexe VI : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E3
- Annexe VII : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E4
- Annexe VIII : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E5
- Annexe IX : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E6
- Annexe X : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E7
- Annexe XI : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E8
- Annexe XII : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E9
- Annexe XIII : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E10
- Annexe XIV : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E11
- Annexe XV : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E12

**Annexe I : Grille d'entretien de l'enquête exploratoire**

Présentation de l'entretien :

Bonjour, je me présente je m'appelle Yoan Roux. Je suis étudiant en ergothérapie à l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui porte sur le thème de « l'impact de la posture de l'ergothérapeute sur sa relation avec le patient » je suis amené à contacter des ergothérapeutes. En effet, en acceptant de répondre à mes questions ces entretiens ont pour but d'enrichir mon travail.
L'entretien est composé d'un questionnaire de 10 questions sur une durée de 30 minutes.
L'anonymat et les éléments échangés lors de l'entretien seront respectés lors de la retranscription de l'entretien.

Présentation de la personne interviewée :

- Parcours professionnel (année de diplôme, expériences professionnels)

- Présentation de la structure d'intervention actuelle ? Population accueillit ?

  *Pouvez-vous vous présenter ? Le milieu dans lesquels vous travaillez ? Depuis combien de temps travaillez-vous ?*

Questionnaire de l'entretien :

*I - La posture professionnelle*

- Qu'est-ce que pour vous la posture professionnelle ?

- Quels éléments influencent / modifient votre posture face à un patient ?

- Quel est votre opinion sur la notion de juste distance ? (Ou distance professionnelle)

- Dans quelles situations est-il compliqué pour vous de garder cette juste distance ?

*II - La communication*

- Quels éléments observez-vous et mettez-vous en place lors d'échanges avec le patient ?

*III- La relation thérapeutique*

- Pour vous, quels sont les choses auxquels vous faites attention lors la création d'une relation thérapeutique ?

- Quelle posture adoptez-vous lorsque vous rencontrez des difficultés dans une relation ?

*IV - Emotions*

- Quel est la place des émotions dans votre travail ?

- Comment influencent-elles votre comportement au travail ?

- Que pensez-vous du lien entre les émotions et le professionnalisme ?

- Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour cacher vos émotions ? Comment réagissez-vous ?

<u>Autres éléments</u> :

- Avez-vous des commentaires / questions concernant cet entretien ?

- Auriez-vous aimé aborder d'autres thèmes ?

Remerciement

## Annexe II : Formulaire de consentement

### Posture professionnelle et relation thérapeutique au cœur de la prise en charge en ergothérapie

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION**

- **Promoteur : Université Clermont Auvergne**
  49 Boulevard François Mitterrand
  CS 60032
  63 001 Clermont-Ferrand

- **Investigateur principal** : DAUZAT Céline, Directrice pédagogique de l'IUFE d'Auvergne
  celine.dauzat@uca.fr
  CHU Louise Michel
  61 route de Châteaugay, 63118 CÉBAZAT

- **Partenaire** : Yoan Roux / Yoan.ROUX@etu.uca.fr

L'objectif général de cette recherche est d'identifier les moyens permettant aux ergothérapeutes de créer et de maintenir la relation thérapeutique avec le patient.

Nous avons donc l'honneur de demander votre non opposition pour votre participation à cette étude, sachant que vous avez le droit de refuser et d'interrompre votre participation à tout moment.

Dans cette étude, le participant prend part à un entretien comprenant 7 questions ouvertes réparties sur une durée de 30 minutes.

S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées seront pseudonymisées. De plus, des analyses statistiques sont réalisées sur les données de groupe d'âge.

*Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problème éthique particulier pour le* ***Comité d'Ethique de la Recherche IRB-UCA.***

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits (d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, à la limitation.), concernant vos données, en contactant l'investigateur de l'étude Mme DAUZAT Céline au mail celine.dauzat@uca.fr.
L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement.

Ces données sont conservées pendant 2 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Par ailleurs, vous pourrez être tenu informé des résultats globaux de cette recherche à la fin de l'étude. Il est possible de solliciter les résultats auprès de l'investigateur de l'étude.

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le méthodologiste, il vous sera proposé de signer ce document.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour l'enregistrement et l'utilisation de ma voix, dans le cadre exclusif du projet exposé ci-avant :

OUI NON
Date : ……/……/……
**Signature du participant :**
**(**Précédée de la mention « Lu et compris ») **Paraphe de l'investigateur :**

**Annexe III : Grille d'entretien**

Présentation de l'entretien :

Bonjour, je me présente je m'appelle Yoan Roux. Je suis étudiant en 3eme année d'ergothérapie à l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne. Afin d'approfondir mon sujet de mémoire, je réalise cet entretien auprès de professionnels, qui ne durera qu'une trentaine de minutes.

L'anonymat et les éléments échangés lors de cet entretien seront respectés lors de sa retranscription.

Questions préalables

- Est-ce que vous pouvez vous présenter ?

  *Quel âge avez-vous ?*

  *En quelle année avez-vous été diplômé ?*

  *Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?*

  *Pouvez-vous me présenter votre milieu de travail actuel ?*

  *Avec quel publique travaillez-vous ? (Psychiatrie, Gériatrie, Pédiatrie, Médecine physique et réadaptation, Autres)*

Questionnaire de l'entretien :

- Qu'est-ce que le terme « posture professionnelle » vous évoque ?
  - *Auriez-vous une définition ?*
  - *Ce qui m'intéresse c'est de savoir quelle image vous vient lorsque je vous parle de posture professionnelle ?*
- Si demain je devais vous remplacez quelle posture devrais-je adopter pour me rapprocher de la vôtre ?
  - *Pouvez-vous décrire votre posture professionnelle avec vos patients, à ce jour ?*
  - *Si vous deviez donner un conseil à un futur ergothérapeute sur la conduite à tenir pour avoir une bonne posture thérapeutique, lequel serait-il ?*
- Qu'est-ce que le terme « relation thérapeutique » vous évoque ?
  - *Pourriez-vous me donner une définition ?*

- *Quelle image vous vient en tête lorsqu'on parle de « relation thérapeutique » ?*
- *Quelle est son importance dans votre pratique ? Pourquoi ?*

- Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire pour que ma relation thérapeutique soit sur les mêmes bases que la vôtre ?
  - *Si vous deviez donner un conseil à un futur ergothérapeute sur la conduite à tenir pour avoir une bonne relation thérapeutique, lequel serait-il ?*
  - *Pouvez-vous me donnez des exemples qui illustrent ce qu'est d'après vous une bonne relation thérapeutique ?*

- Pouvez-vous me raconter des relations thérapeutiques qui ont été difficiles à établir ?
  - *Qu'avez-vous alors mis en place ?*
  - *D'après vous, quelles étaient les facteurs responsables de cette ou ces situations ?*

- Selon vous, existe-t-il d'autres éléments qui n'ont pas été donnés dans les réponses précédentes, qui peuvent influencer votre relation thérapeutique au quotidien ?
  - *Pourquoi ?*
- Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ?

<u>Autres éléments</u> :

- Avez-vous des commentaires / questions concernant cet entretien ?
- Auriez-vous aimé aborder d'autres thèmes ?

Remerciement

## Annexe IV : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E1

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Qu'est-ce que le terme « posture professionnelle » vous évoque ? | Attitude | Manière de se présenter au patient: comportement physique, attitude bienveillante, distance, comportement social et relationnel |
| | Identité personnelle | |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Si demain je devais vous remplacez quelle posture devrais-je adopter pour me rapprocher de la vôtre ? | Attitude / Posture professionnelle | Ne pas copier une autre posture.<br>S'adapter au patient.<br>Comportement bienveillant, distance établie, être naturel.<br>Faciès agréable |
| | Identité personnelle | Elément influant : personnalité, ressenti, perception. |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Qu'est-ce que le terme « relation thérapeutique » vous évoque ? | Communication | Être à l'écoute du patient, manière d'être, discours employé, message à faire passer. |
| | Accompagnement | Apporter les connaissances, s'adapter au patient et ses besoins.<br>Relation bienveillante. |
| | Partenariat | Le patient est partenaire et doit être convaincu par le thérapeute, la personnalité du patient. |
| Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire pour que ma relation thérapeutique soit sur les mêmes bases que la vôtre ? | Moyens d'action | S'adapter au patient. |
| | Secteur d'intervention | |
| Pouvez-vous me raconter des relations thérapeutiques qui ont été difficiles à établir ? | Difficultés pour instaurer la relation | Problème d'incompréhension avec un patient anosognosique pour qui l'évaluation à la conduite a été mal vécue. |
| | Pistes d'améliorations | Argumenter ses choix, les expliquer.<br>Travail d'équipe : maintenir la relation avec le patient en gardant un lien avec les autres partenaires. |
| | Questionnement | Résultat de la prise en charge. |

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Selon vous, existe-t-il d'autres éléments qui n'ont pas été donnés dans les réponses précédentes, qui peuvent influencer votre relation thérapeutique au quotidien ? | Equipe pluridisciplinaire | Relation similaire entre tous les paramédicaux.<br>Aura du médecin : moins remis en cause par le patient que le reste de l'équipe. |
| | Mode d'intervention | Liée aux activités de la vie quotidienne.<br>Prise en charge en chambre.<br>Dans l'intimité de la personne.<br>Intervention au domicile.<br>Bienveillance thérapeutique. |
| | Identité personnelle | Personnalité du thérapeute.<br>Rapport au patient différent avec le temps : vision du soin, connaissances. |
| | Identité du patient | Evolution de la société et du comportement des patients : demandes différentes, davantage dans un « droit au soin ». |
| | Secteur d'intervention | L'environnement du patient : relation thérapeute-patient différente si l'on intervient dans l'hôpital ou à l'extérieur. |
| Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ? | Ecoute | Donner du temps d'écoute à la personne : parfois plus important que le soin en lui-même.<br>Parfois plus impactant dans la relation qu'un geste technique. |
| | Valorisant | Si le patient n'est pas satisfait le thérapeute ne peut pas être lui non plus satisfait.<br>Sentiment d'apporter quelque chose au patient : accepter handicap, progresser.<br>Avoir répondu à ses attentes. |

## Annexe V : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E2

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Qu'est-ce que le terme « posture professionnelle » vous évoque ? | Attitude | Une façon de faire, façon d'aborder les patients différents, adapter les prises en charge, ne pas mettre en échec, valoriser, encourager les personnes, observer attentivement, gestuelles. |
| | Identité personnelle | Compétences de l'ergothérapeutes : formation. |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | Identité professionnelle parmi une équipe paramédicale.<br>Rapport aux autres professionnels.<br>Collaboration au projet du patient. |
| Si demain je devais vous remplacez quelle posture devrais-je adopter pour me rapprocher de la vôtre ? | Attitude / Posture professionnelle | Réactions : ajustées et adaptées selon le patient, son état. (Fatigue).<br>Faire du cas par cas. |
| | Identité personnelle | Différentes suivant ses connaissances acquises pendant la formation, son ressenti, sa relation au patient.<br>Ne pas rester sur ses préjugés. |
| | Identité du patient | Pathologies variées en psychiatrie : troubles de l'humeur, les troubles cognitifs.<br>Fluctuation de l'état du patient d'un jour à l'autre même au sein d'une même journée. |
| | Equipe pluridisciplinaire | Avoir le point de vue de l'équipe sur certains patients pour faciliter sa manière d'aborder ce patient, lire les transmissions. |
| Qu'est-ce que le terme « relation thérapeutique » vous évoque ? | Communication | Se présenter, discuter s'ils ont besoin de verbaliser, écoute passive. |
| | Accompagnement | Réconforter, sociabiliser, rassurer (ils deviennent plus coopératifs), valoriser, commencer dès la réception de la prescription médicale. |
| | Partenariat | Etablir une relation de confiance : mettre à l'aise ; la relation aide à la prise en charge.<br>Création de la relation à deux : la coopération et les retours du patient facilitent sa prise en charge.<br>Place de la famille : apport d'informations permettant d'améliorer la prise en charge. |
| Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire pour que ma relation thérapeutique soit sur les mêmes bases que la vôtre ? | Moyens d'actions | |
| | Secteur d'intervention | Population de personnes âgées, prise en charge de groupes.<br>Psychiatrie : personnes fragiles, vulnérables.<br>Profils de patients différents ; désorientés, troubles cognitifs. |

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Pouvez-vous me raconter des relations thérapeutiques qui ont été difficiles à établir ? | Difficulté pour instaurer la relation | Patient difficile à canaliser au sein d'un groupe : élément perturbateur pouvant saboter le groupe |
| | Piste d'améliorations | Canaliser le patient.<br>Travailler en équipe : infirmière.<br>Accompagner le patient.<br>S'adapter à chaque patient et chaque situation en trouvant la meilleure stratégie à adopter.<br>Rassurer le patient : cadre de temps, lieux. |
| | Questionnement | |
| Selon vous, existe-t-il d'autres éléments qui n'ont pas été donnés dans les réponses précédentes, qui peuvent influencer votre relation thérapeutique au quotidien ? | Equipe pluridisciplinaire | Echanger avec l'équipe : confronter les opinions, observations vis-à-vis des patients. |
| | Mode d'intervention | Discuter : apprendre à connaître le patient, connaître ses goûts, son environnement familial, montrer l'intérêt qu'on lui porte, apporter les informations essentielles, ne pas rentrer pour autant dans son intimité.<br>Mettre en confiance par les échanges.<br>S'inquiéter pour le patient.<br>Accompagnement au sein de l'établissement.<br>Avoir une vision globale de la situation du patient.<br>Retarder la rechute. |
| | Identité personnelle | Relation différente avec chaque patient : liée à sa personnalité, sa sensibilité, ses connaissances.<br>Etre en accord avec soi-même pour créer la relation thérapeutique.<br>Expérience relationnelle : différence entre la pratique et la théorie. |
| | Identité du patient | Relation à deux : interdépendance des deux protagonistes pour créer cette relation. |
| | Secteur d'intervention | Intérêt des stages : voir des secteurs différents et expérimenter des relations thérapeutiques différentes. |
| Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ? | Ecoute | |
| | Valorisant | Suivant le milieu d'exercice l'impact de la prise en charge est plus ou moins visible.<br>Personne actrice de sa prise en charge : impression d'avancer.<br>La satisfaction du patient est un facteur de réussite d'une prise en charge constructive au-delà de l'ambiance de travail ou des collègues. |

## Annexe VI : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E3

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Qu'est-ce que le terme « posture professionnelle » vous évoque ? | Attitude | Attitude professionnelle, façon d'être avec le patient, relation avec le patient, place face au patient. |
| | Identité personnelle | |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Si demain je devais vous remplacez quelle posture devrais-je adopter pour me rapprocher de la vôtre ? | Attitude / Posture professionnelle | Attitude bienveillante.<br>Distance thérapeutique.<br>Ecoute du patient.<br>Permettre la satisfaction du patient concernant son travail.<br>Valoriser le patient : l'aider à acquérir davantage de confiance. |
| | Identité personnelle | |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | Orienter le patient vers les professionnels plus qualifiés. |
| Qu'est-ce que le terme « relation thérapeutique » vous évoque ? | Communication | Ne pas impliquer sa famille dans les échanges.<br>Distance : utilisation du vouvoiement, facteur temps dans le choix de l'utilisation du prénom ou nom de famille |
| | Accompagnement | Médiation autour de l'objet créé : être attentif à la personne, écouter le patient.<br>Bienveillance. |
| | Partenariat | Lien avec le patient : parfois seul lien social.<br>Impossible sans relation thérapeutique. |
| Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire pour que ma relation thérapeutique soit sur les mêmes bases que la vôtre ? | Moyens d'actions | |
| | Secteur d'intervention | Placement du patient dans le fauteuil en rééducation.<br>Connaissance des techniques manuelles. |

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Pouvez-vous me raconter des relations thérapeutiques qui ont été difficiles à établir ? | Difficulté pour instaurer la relation | Réticence à venir en ergothérapie : prescription sans information sur le métier.<br>Sentiment de paranoïa. |
| | Piste d'améliorations | Echange avec une collègue.<br>Etablir un climat de confiance : notion de temps<br>Règles : horaire, lieu, un objet à la fois.<br>Liberté du patient : de refuser de venir, choix de l'activité.<br>Limiter les situations de mise en échec. |
| | Questionnement | Accueil raté ? La personne ne veut pas faire d'activité manuelle ? |
| Selon vous, existe-t-il d'autres éléments qui n'ont pas été donnés dans les réponses précédentes, qui peuvent influencer votre relation thérapeutique au quotidien ? | Equipe pluridisciplinaire | Réunions, dossier médical électronique, échanger des prises en charges.<br>Approche différente selon les métiers : vision différente, complémentaire, chacun apporte des compétences aux autres. |
| | Mode d'intervention | Maintenir un lien avec le patient : écoute. |
| | Identité personnelle | Humain : appréciation différente des patients. |
| | Identité du patient | Etat du patient : humeur, facteurs extérieurs. |
| | Secteur d'intervention | |
| Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ? | Ecoute | |
| | Valorisant | Satisfaction du patient en séance, influence sa propre satisfaction : sentiment d'avoir aidé.<br>Satisfaction dans l'exercice du métier en lui-même.<br>Remerciements du patient lors de son départ.<br>Travail multidisciplinaire |

## Annexe VII : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E4

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Qu'est-ce que le terme « posture professionnelle » vous évoque ? | Attitude | Notion en lien avec une attitude. |
| | Identité personnelle | Déontologie de la profession. |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Si demain je devais vous remplacez quelle posture devrais-je adopter pour me rapprocher de la vôtre ? | Attitude / Posture professionnelle | Posture de respect des familles et des établissements.<br>Posture d'accompagnant : dialoguer, être à l'écoute des besoins des enfants et des familles.<br>Posture d'observateur : évaluer, guider, proposer en fonction de la personne. |
| | Identité personnelle | Être humble : positionnement égalitaire, le patient va aussi lui apporter |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Qu'est-ce que le terme « relation thérapeutique » vous évoque ? | Communication | Observer.<br>Entrer dans la relation avec douceur.<br>Comprendre centres d'intérêts du patient.<br>Fixer un cadre sécurisant. |
| | Accompagnement | Espace de prise en charge créé avec le patient. |
| | Partenariat | Confiance des parents : écouter leurs demandes, avancer ensemble.<br>Compliqué sans relation thérapeutique : besoin de la participation du patient. |
| Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire pour que ma relation thérapeutique soit sur les mêmes bases que la vôtre ? | Moyens d'actions | Patient content de venir en séance : participation active, exprime ses besoins.<br>Respecter et s'ajuster au rythme du patient et des familles pour accepter ou entendre certaines choses. |
| | Secteur d'intervention | Patient polyhandicapé : demande plus d'efforts pour créer une relation. |

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Pouvez-vous me raconter des relations thérapeutiques qui ont été difficiles à établir ? | Difficulté pour instaurer la relation | Enfant dans une situation familiale complexe.<br>Problème de comportement.<br>Attentes différentes des parents : pas dans nos compétences, pas adaptées au patient, création d'une distance et perte de confiance. |
| | Pistes d'améliorations | Expliquer le rôle de l'ergothérapeute et son intérêt.<br>Etre à l'écoute.<br>Poser un cadre sécurisant, prendre le temps de l'installer. |
| | Questionnement | |
| Selon vous, existe-t-il d'autres éléments qui n'ont pas été donnés dans les réponses précédentes, qui peuvent influencer votre relation thérapeutique au quotidien ? | Equipe pluridisciplinaire | Principes généraux similaires : posture professionnelle, écoute, respect.<br>Echanger sur certaines prises en charge. |
| | Mode d'intervention | Spécificité de l'ergothérapeute : observations, mise en distance avant d'intervenir, guider sans trop anticiper. |
| | Identité personnelle | Attitude propre à chacun |
| | Identité du patient | |
| | Secteur d'intervention | Intervention au domicile : intimité, besoin de leur confiance.<br>Population enfant : relation affective, distance à gérer, attachement dans le temps, approche plus physique (davantage contenu et manipulé qu'un patient adulte) |
| Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ? | Ecoute | |
| | Valorisant | Observation de la progression du patient.<br>Facilite l'atteinte des objectifs fixés avec lui. |

## Annexe VIII : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E5

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Qu'est-ce que le terme « posture professionnelle » vous évoque ? | Attitude | Façon de se comporter, position dans la relation, distance thérapeutique physique et mentale par l'utilisation du vouvoiement. |
| | Identité personnelle | Approche différente selon la personnalité du thérapeute. |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | Posture professionnelle aussi avec collègues |
| Si demain je devais vous remplacez quelle posture devrais-je adopter pour me rapprocher de la vôtre ? | Attitude / Posture professionnelle | Être présent : écoute, attention, confidences de la personne, transparent, sourire.<br>Se positionner, s'adapter à la personne.<br>Partager des choses sur soi pour engager la discussion. |
| | Identité personnelle | Distinguer vie professionnelle et vie personnelle : rester concentré sur le patient / Possibilité de donner certaines informations ce qui peut engager la conversation. |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Qu'est-ce que le terme « relation thérapeutique » vous évoque ? | Communication | Poser le plus de questions en début de prise en charge, discuter, montrer de l'intérêt au patient, par rapport à lui spécifiquement.<br>Etre à l'écoute.<br>Gestuelle.<br>Le regard.<br>Distance : utilisation du vouvoiement ou tutoiement, facteur temps. Choix de l'utilisation du prénom ou nom de famille selon comment la personne se présente le premier jour. |
| | Accompagnement | La relation thérapeutique avec le patient et la posture professionnelle avec en plus les collègues.<br>Repositionner son rôle. |
| | Partenariat | Compliqué sans relation thérapeutique : donner de l'intérêt au patient pour venir |
| Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire pour que ma relation thérapeutique soit sur les mêmes bases que la vôtre ? | Moyens d'actions | Relation de confiance notamment pour les visites à domicile : intimité ; met plus d'importance sur son rôle ; permet de connaître le patient et inversement afin de créer cette relation. |
| | Secteur d'intervention | Personne aphasique : communication non verbale. |

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Pouvez-vous me raconter des relations thérapeutiques qui ont été difficiles à établir ? | Difficulté pour instaurer la relation | Patient réticent pour venir en ergothérapie.<br>Comportement agressif.<br>Jugement de la prise en charge<br>Réponses brèves. |
| | Piste d'améliorations | S'intéresser au patient : analyser, apprendre à le connaître.<br>Mettre le patient en doublon.<br>Différentier le travail et la vie personnelle.<br>Relais<br>Informer la hiérarchie : direction, médecin. |
| | Cadre | |
| | Questionnement | Poursuivre la prise en charge ou non. |
| Selon vous, existe-t-il d'autres éléments qui n'ont pas été donnés dans les réponses précédentes, qui peuvent influencer votre relation thérapeutique au quotidien ? | Equipe pluridisciplinaire | Relation différente selon la structure : prise en charge individuelle en ergothérapie (facilite la conversation). |
| | Mode d'intervention | Notion de temps dans l'instauration de la relation selon le patient. |
| | Identité personnelle | |
| | Identité du patient | |
| | Secteur d'intervention | |
| Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ? | Ecoute | |
| | Valorisant | Impression de passer une bonne journée si tout se passe bien. |

## Annexe IX : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E6

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Qu'est-ce que le terme « posture professionnelle » vous évoque ? | Attitude | Façon de faire, qui n'est pas figée. |
| | Identité personnelle | Attitude, façon de faire. |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Si demain je devais vous remplacez quelle posture devrais-je adopter pour me rapprocher de la vôtre ? | Attitude / Posture professionnelle | |
| | Identité personnelle | Chacun a ses bases. |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | Posture vis-à-vis de l'équipe : transmettre à l'équipe les progrès d'un patient, intervenir sur les actes de la vie quotidienne, liens avec eux. |
| Qu'est-ce que le terme « relation thérapeutique » vous évoque ? | Communication | Façon de se présenter, expliquer son intervention et ce qui est attendu du patient. |
| | Accompagnement | Fixer des objectifs communs. |
| | Partenariat | Chaque profession à une relation particulière. |
| Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire pour que ma relation thérapeutique soit sur les mêmes bases que la vôtre ? | Moyens d'actions | Respect : collègues, patients.<br>Professionnalisme. |
| | Secteur d'intervention | |
| Pouvez-vous me raconter des relations thérapeutiques qui ont été difficiles à établir ? | Difficulté pour instaurer la relation | Patient présentant des troubles cognitifs.<br>Vis-à-vis de la famille : objectifs différents. |
| | Piste d'améliorations | Adaptation aux capacités de la personne.<br>Informer la hiérarchie / médecin.<br>Explication orale : ne pas utiliser la force.<br>Mise en situation.<br>Essayer de maintenir une relation correcte. |
| | Questionnement | |
| | Remise en question | Relativiser les échecs pour créer une relation : échanger avec l'équipe, ne pas prendre les choses pour soi, faire la part des choses. |

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Selon vous, existe-t-il d'autres éléments qui n'ont pas été donnés dans les réponses précédentes, qui peuvent influencer votre relation thérapeutique au quotidien ? | Equipe pluridisciplinaire | Incompréhension parfois du rôle de l'ergothérapeute.<br>Expliquer l'intervention ergothérapique. |
| | Mode d'intervention | Environnement : conditions extérieures, bruits.<br>Relation d'aide : apporter quelque chose au patient.<br>Evaluation du patient : connaître les capacités du patient. |
| | Identité personnelle | Pression par rapport à la charge de travail : moins disponible ce jour, moins attentif au patient. |
| | Identité du patient | Patient malade : gastro. |
| | Secteur d'intervention | |
| Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ? | Ecoute | |
| | Valorisant | Si le patient est satisfait l'ergothérapeute est lui aussi satisfait. |

## Annexe X : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E7

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Qu'est-ce que le terme « posture professionnelle » vous évoque ? | Attitude | Posture physique vis-à-vis du patient : positionnement physique (assis, debout…), posture différente suivant le lieu de travail. |
| | Identité personnelle | Être fiable, rassurant, donner une sécurité, dépendant de chacun, plaisanter, être souple envers le patient. |
| | Identité du patient | Adopter une posture davantage égalitaire auprès des patients présentant une déficience psychique/intellectuelle.<br>Le patient va chercher les failles.<br>Attentes du patient. |
| | Equipe pluridisciplinaire | Posture d'équipe, tenir un cadre similaire qui va dans la même direction. Que tout le monde soit au courant des mêmes choses. Cohérence pour le patient. |
| Si demain je devais vous remplacez quelle posture devrais-je adopter pour me rapprocher de la vôtre ? | Attitude / Posture professionnelle | Positionnement en constante évolution : ne pas être rigide. |
| | Identité personnelle | Chacun à sa propre posture. |
| | Identité du patient | S'adapter au patient, sa pathologie. |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Qu'est-ce que le terme « relation thérapeutique » vous évoque ? | Communication | La manière de se présenter au patient : explication du rôle de l'ergothérapeute, ce qu'il peut lui apporter, langage différent selon les capacités cognitives du patient. |
| | Accompagnement | Vise à faire évoluer le patient, apporter quelque chose de positif. |
| | Partenariat | |
| Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire pour que ma relation thérapeutique soit sur les mêmes bases que la vôtre ? | Moyens d'actions | Utilisation de l'humour.<br>Prendre en compte la fatigue du patient. |
| | Secteur d'intervention | Les visites à domicile avec l'entourage des personnes âgées : retour de la visite au patient.<br>Permet de mettre en lien lorsqu'il y a des tensions, avis tiers neutre. |

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Pouvez-vous me raconter des relations thérapeutiques qui ont été difficiles à établir ? | Difficulté pour instaurer la relation | Refus pour aller faire une visite à domicile.<br>Relation influencée par les autres patients : un patient clache les autres résidents.<br>Tenue du soignant : communication coupée avec une personne qui lit sur les lèvres à cause du port du masque. |
| | Piste d'améliorations | Essayer d'obtenir des informations par la famille : donner les informations utiles ce qui permet de limiter les risques.<br>Discuter avec la personne.<br>Utiliser une ardoise pour communiquer.<br>Donner les informations utiles au patient : ne pas les forcer.<br>Cadre tenu : permet de rassurer et apaiser le patient. |
| | Questionnement | Concernant l'utilité de l'intervention, changement utile pour la personne.<br>Remise en question du cadre. |
| Selon vous, existe-t-il d'autres éléments qui n'ont pas été donnés dans les réponses précédentes, qui peuvent influencer votre relation thérapeutique au quotidien ? | Equipe pluridisciplinaire | Relations différentes selon les professions : chacun a ses spécificités. |
| | Mode d'intervention | Relation en constante évolution : nouvelles connaissances, jamais sûr à 100%. |
| | Identité personnelle | Caractère du thérapeute. |
| | Identité du patient | |
| | Secteur d'intervention | |
| Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ? | Ecoute | |
| | Valorisation | Positionnement ajusté : le patient et le thérapeute sont satisfaits. |

## Annexe XI : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E8

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Qu'est-ce que le terme « posture professionnelle » vous évoque ? | Attitude | |
| | Identité personnelle | Attente du patient et de l'institution de l'intervention de l'ergothérapeute. |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Si demain je devais vous remplacez quelle posture devrais-je adopter pour me rapprocher de la vôtre ? | Attitude / Posture professionnelle | Attitude empathique variable selon le patient.<br>Apprendre à connaître le patient permet d'avoir un regard différent : ajuster sa posture.<br>Posture changeante, dépendante des patients, prend du temps.<br>Attitude thérapeutique : expliquer au patient qu'il est en droit d'attendre qu'on lui explique nos gestes et attitudes. |
| | Identité personnelle | Facteurs personnels : sexe, âge, expérience (regard évolue).<br>Interprétation subjective de son travail.<br>Définition de sa place suivant ses capacités, ses compétences, ses préférences.<br>Posture non innée qui se travaille.<br>Posture impactée par l'inconscient suivant la personne en face : essayer de le décrypter. |
| | Identité du patient | Acteur du soin dans l'activité : en mouvement, besoin de faire des choix.<br>Inconscient du patient : attitude du thérapeute va lui rappeler des choses. |
| | Equipe pluridisciplinaire | Besoin de définir l'ergothérapie : vaste champ de compétences, rôle méconnu.<br>Affiner et relativiser sa posture par le partage d'expériences avec les autres professionnels. |
| Qu'est-ce que le terme « relation thérapeutique » vous évoque ? | Communication | |
| | Accompagnement | Relation qui doit permettre au patient d'avancer dans le soin. |
| | Partenariat | Relation entre deux personnes dans le cadre d'un soin.<br>La relation est humaine, tout le monde pratique constamment.<br>Gestes techniques potentiellement réalisables sans relation : impact du soin moindre, recherche de la compétence empathique chez les robots.<br>Avis du patient : on ne peut pas aller au-delà d'où il veut aller.<br>Spécificité ergothérapique : prise en charge basée sur l'investissement du patient |

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire pour que ma relation thérapeutique soit sur les mêmes bases que la vôtre ? | Moyens d'actions | Patient : lien entre la qualité de la relation et la qualité du soin.<br>Relation peut être abordée avec le patient, comprise : discuter de ses ressentis vis-à-vis de cela.<br>Droit d'attendre des soignants une position bienveillante et neutre. |
| | Secteur d'intervention | Difficultés relationnelles des patients en psychiatrie (pathologie et statut). |
| Pouvez-vous me raconter des relations thérapeutiques qui ont été difficiles à établir ? | Difficulté pour instaurer la relation | Age du thérapeute.<br>Être trop empathique. |
| | Piste d'améliorations | Expérience : facilite le cadrage des relations.<br>Eviter la prise de pouvoir. |
| | Cadre | Recadrer : être d'avantage directif. |
| | Questionnement | Permanent.<br>S'interroger sur ce qu'on serait en droit d'attendre d'un soignant, ce qu'on représente pour le patient et ne pas jouer de cela.<br>Questionnement facilité par le travail d'équipe : autres expériences et compétences.<br>Stage : confrontation personnelle pratique en se mettant en relation avec un patient/ Existence de théories sur lesquelles s'appuyer<br>Nécessité de se questionner dans une relation de soin : incidence obligatoire sur son travail. |
| Selon vous, existe-t-il d'autres éléments qui n'ont pas été donnés dans les réponses précédentes, qui peuvent influencer votre relation thérapeutique au quotidien ? | Equipe pluridisciplinaire | |
| | Mode d'intervention | |
| | Identité personnelle | Être empathique. |
| | Identité du patient | Catégorisation : regard du patient vis-à-vis du thérapeute, rôle d'omnipotent.<br>Age du patient : expérience d'une nouvelle forme de relation pour lui. |
| | Secteur d'intervention | |
| Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ? | Ecoute | |
| | Valorisant | Choix d'être soignant : envie d'aider.<br>Relation satisfaisante : valorisant.<br>Chaque relation est nouvelle et unique : apporte à chaque fois.<br>Sentiment d'évoluer. |

## Annexe XII : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E9

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Qu'est-ce que le terme « posture professionnelle » vous évoque ? | Attitude | Avoir une tenue professionnelle. |
| | Identité personnelle | Avoir de l'empathie, du respect, de l'écoute et être consciencieux dans son travail envers le patient. |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Si demain je devais vous remplacez quelle posture devrais-je adopter pour me rapprocher de la vôtre ? | Attitude / Posture professionnelle | Être patient.<br>Avoir une écoute et attention empathique envers le patient.<br>Avoir du bon sens.<br>Se mettre au niveau du patient.<br>Guider.<br>Etre humble.<br>Le patient va ressentir notre état : stress, énervé. |
| | Identité personnelle | |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Qu'est-ce que le terme « relation thérapeutique » vous évoque ? | Communication | Communication verbale et non verbale : gestuelle pour ceux qui ne communiquent plus oralement.<br>Expliquer avec des mots simples. |
| | Accompagnement | Aide pour mettre en place les activités.<br>Apprendre à connaitre la personne pour mettre en place ce qui est bon pour elle. |
| | Partenariat | Alliance thérapeutique : à deux et cherche à apporter une amélioration de l'état du patient.<br>Pas de soin possible sans relation thérapeutique. |
| Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire pour que ma relation thérapeutique soit sur les mêmes bases que la vôtre ? | Moyens d'actions | Prise en charge facilitée lorsque le patient est volontaire, a un objectif en tête, que la demande vienne de lui.<br>Juste distance : avoir des attentions envers la personne, attitude similaire avec tous les patients.<br>Observer.<br>Rester humble par rapport à la situation de la personne âgée.<br>Lire les dossiers.<br>Instaurer la relation par la prise d'une boisson chaude pour apprendre à connaître la personne. |
| | Secteur d'intervention | Deuil de la vie d'avant du patient en arrivant en maison de retraite : ne pas être trop pressé avec lui. |

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Pouvez-vous me raconter des relations thérapeutiques qui ont été difficiles à établir ? | Difficulté pour instaurer la relation | Personne ne refuse le soin.<br>Refus de la relation.<br>Absence de feeling avec le patient en début de prise en charge.<br>Famille méfiante. |
| | Piste d'améliorations | Repousser à un autre moment l'intervention.<br>Passer le relais quand ça ne marche pas. |
| | Cadre | Ajuster la distance. |
| | Questionnement | Repenser son comportement, son analyse de la situation.<br>On a nos propres limites.<br>Apprentissage de la relation lors des stages. |
| Selon vous, existe-t-il d'autres éléments qui n'ont pas été donnés dans les réponses précédentes, qui peuvent influencer votre relation thérapeutique au quotidien ? | Equipe pluridisciplinaire | |
| | Mode d'intervention | Posture d'écoute et d'empathie : nécessite beaucoup de concentration, difficulté pour la maintenir toute la journée.<br>Considérer l'autre comme une personne à part entière : ses difficultés, son passé.<br>Se recentrer lorsqu'on n'est plus dedans.<br>Respecter l'avis du patient. |
| | Identité personnelle | Impact de l'attitude du thérapeute sur la relation. |
| | Identité du patient | Comportement différent en présence de la famille.<br>Recherche la sympathie du thérapeute. |
| | Secteur d'intervention | Relation avec les familles : attitude professionnelle. |
| Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ? | Ecoute | |
| | Valorisant | La relation est la base du métier.<br>Lorsque le patient est satisfait, le thérapeute est satisfait. |

## Annexe XIII : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E10

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Qu'est-ce que le terme « posture professionnelle » vous évoque ? | Attitude | Organisation par rapport à l'environnement (debout, assis). |
| | Identité personnelle | Comment l'ergothérapeute se place dans la relation : directif, à l'écoute. |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Si demain je devais vous remplacez quelle posture devrais-je adopter pour me rapprocher de la vôtre ? | Attitude / Posture professionnelle | Patient : population enfant.<br>Distance : équilibre entre sécuriser et laisser de l'autonomie.<br>Environnent physique : placement au bureau, impératif immobilier. |
| | Identité personnelle | |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Qu'est-ce que le terme « relation thérapeutique » vous évoque ? | Communication | Choix du tutoiement ou vouvoiement. |
| | Accompagnement | |
| | Partenariat | Objectif commun avec le patient : besoin de confiance et expliquer pourquoi il est là.<br>Plaisir de venir aux séances.<br>Distance pour éviter le copinage. |
| Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire pour que ma relation thérapeutique soit sur les mêmes bases que la vôtre ? | Moyens d'actions | Etre à l'écoute.<br>Empathique.<br>Adaptation : alerte sur l'état du patient en début de séance. |
| | Secteur d'intervention | |
| Pouvez-vous me raconter des relations thérapeutiques qui ont été difficiles à établir ? | Difficulté pour instaurer la relation | Personnalités confrontant<br>Patience. |
| | Piste d'améliorations | Motiver le patient autrement.<br>Animal médiateur : le chien facilite la création de la relation, source de motivation, d'apaisement et de récompense. |
| | Questionnement | |

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Selon vous, existe-t-il d'autres éléments qui n'ont pas été donnés dans les réponses précédentes, qui peuvent influencer votre relation thérapeutique au quotidien ? | Equipe pluridisciplinaire | |
| | Mode d'intervention | Renforçateurs : prendre en compte les centres d'intérêts des enfants.<br>Regard sur le long terme. |
| | Identité personnelle | |
| | Identité du patient | Personnalité, humeur.<br>Confiance et attentes des parents : impacte la relation thérapeutique avec les enfants. |
| | Secteur d'intervention | Financier : pas de remboursement en libéral, davantage d'attentes des adultes que des enfants ce qui facilite le lien avec eux.<br>Connaître le réseau pour mettre en place facilement les aménagements. |
| Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ? | Ecoute | |
| | Valorisant | Au mieux la relation thérapeutique est construite plus les enfants voudront obtenir la satisfaction de l'adulte : redouble d'efforts. |

## Annexe XIV : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E11

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Qu'est-ce que le terme « posture professionnelle » vous évoque ? | Attitude | Positionnement, manière de se placer par rapport au patient (mentalement) dans une situation donnée, de se présenter. |
| | Identité personnelle | |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | Positionnement dans l'équipe. |
| Si demain je devais vous remplacez quelle posture devrais-je adopter pour me rapprocher de la vôtre ? | Attitude / Posture professionnelle | Ecouter, humour, être ferme parfois.<br>Ajuster en fonction du patient.<br>Port de blouse : reconnaissance, sans mettre de distance, sécurité.<br>Distance : utilisation du tutoiement ou du vouvoiement, instinct, possibilité de changer de choix d'appellation.<br>Liberté de choix du patient : imposer une limite seulement s'il y a un danger. |
| | Identité personnelle | Posture choisie : juste pour soi, honnête avec soi-même. |
| | Identité du patient | Confiance : facilité si le thérapeute est en accord avec lui-même. |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Qu'est-ce que le terme « relation thérapeutique » vous évoque ? | Communication | Distance : écoute thérapeutique.<br>Communication non verbale : comportement générateur de conflits de certains soignants.<br>Indirect : échange indirect pour une autre personne présente dans la pièce. |
| | Accompagnement | Temps : crée une relation puis elle devient thérapeutique.<br>Conflit entre patient : réveil de blessure. |
| | Partenariat | Alliance thérapeutique : deux personnes et un qui a besoin d'être soigné, pas toujours thérapeutique au début, alliance humaine en premier.<br>Compliqué sans relation thérapeutique. |
| Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire pour que ma relation thérapeutique soit sur les mêmes bases que la vôtre ? | Moyens d'actions | Remise en question : s'écouter soi, être soi-même, se soigner pour soigner.<br>Exprimer ouvertement son état émotionnel au patient : fatigue, colère. |
| | Secteur d'intervention | Psychiatrie : patient ressent si le thérapeute est instable, joue de ça, besoin d'être rassuré. |

| Questions | Thématiques | Notions associées |
|---|---|---|
| Pouvez-vous me raconter des relations thérapeutiques qui ont été difficiles à établir ? | Difficulté pour instaurer la relation | Refus du patient de venir en séance.<br>Problème relationnel. |
| | Piste d'améliorations | Désamorcer par l'humour.<br>Informer : droit de refus malgré la prescription du médecin, aviser le médecin de son choix.<br>Technique de libération émotionnelle : EFT, bonhomme allumette.<br>Alliance humaine. |
| | Questionnement | Aiguiller le patient : personne ne peut se sauver autre que le patient. |
| Selon vous, existe-t-il d'autres éléments qui n'ont pas été donnés dans les réponses précédentes, qui peuvent influencer votre relation thérapeutique au quotidien ? | Equipe pluridisciplinaire | |
| | Mode d'intervention | Adaptation : écoute, gratifier.<br>Objet : s'adapter, faire progresser. |
| | Identité personnelle | |
| | Identité du patient | |
| | Secteur d'intervention | |
| Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ? | Ecoute | |
| | Valorisant | Positionnement : façon de voir les choses.<br>Remise en cause : ne pas culpabiliser des échecs. |

## Annexe XV : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E12

| Questions | Thématiques | Notions associés |
|---|---|---|
| Qu'est-ce que le terme « posture professionnelle » vous évoque ? | Attitude | Attitude envers le patient, s'adapter à la situation, respecter les personnes. |
| | Identité personnelle | Cadre donné par soi-même pour ne pas déborder de sa mission, question d'ordre moral, d'ordre éthique. |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | Attitude envers les partenaires, posture professionnelle dans la façon de parler des patients<br>Notion qui n'est pas liée à un domaine d'activités par rapport aux autres professionnels. |
| Si demain je devais vous remplacez quelle posture devrais-je adopter pour me rapprocher de la vôtre ? | Attitude / Posture professionnelle | Chaleureux.<br>Distance : liens uniquement professionnels. |
| | Identité personnelle | Accepter ne pas savoir : reconnaître ses erreurs.<br>Rester à sa place.<br>Etre intègre : rester posé sur ses positions. |
| | Identité du patient | |
| | Equipe pluridisciplinaire | |
| Qu'est-ce que le terme « relation thérapeutique » vous évoque ? | Communication | Communication : interprétation subjective. |
| | Accompagnement | Ajuster |
| | Partenariat | Posture et relation thérapeutique sont liées : relation est davantage le lien avec une autre personne, créer une prise en charge efficace (positive).<br>Liens : qualité de la relation impacte la qualité du soin.<br>Compliqué sans relation thérapeutique : davantage possible en institution car le patient a moins le choix. |
| Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire pour que ma relation thérapeutique soit sur les mêmes bases que la vôtre ? | Moyens d'actions | Etre vrai.<br>Etre intègre. |
| | Secteur d'intervention | |

| Questions | Thématiques | Notions associés |
|---|---|---|
| Pouvez-vous me raconter des relations thérapeutiques qui ont été difficiles à établir ? | Difficultés pour instaurer la relation | Distance : transfert / contre transfert avec patient enfant. |
| | Piste d'améliorations | Ajuster au patient : bienveillant, empathique. Soutenir, comprendre.<br>Relation thérapeutique : dépend de ton attitude, ta posture.<br>Recadrer : expliquer au patient, appuyer par l'équipe. |
| | Questionnement | Analyser la situation.<br>Attention à la compassion. |
| Selon vous, existe-t-il d'autres éléments qui n'ont pas été donnés dans les réponses précédentes, qui peuvent influencer votre relation thérapeutique au quotidien ? | Equipe pluridisciplinaire | Relation pour faire avancer le patient. |
| | Mode d'intervention | Relations différentes entre les professionnels du point de vue humain et non pas spécifiques à la profession.<br>Financier : pas de remboursement sécu – relation biaisée.<br>Visites à domicile : facilite la relation, quotidien, entrer dans l'intimité. |
| | Identité personnelle | Humeur, état émotionnel, état physique. |
| | Identité du patient | Humeur. |
| | Secteur d'intervention | Place de la famille dans la relation avec le patient. |
| Comment le type de relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients influence votre satisfaction professionnelle ? | Ecoute | |
| | Valorisant | Lié à la profession en elle-même et non avec la relation à proprement dit.<br>Impact uniquement si la relation est positive. |

## Abstract

Context: The relationship with others is inevitable and vital for the healthy development of each person. In our lifetime we are confronted with different forms of relationships. In the context of care, we use the terms therapeutic relationship. In occupational therapy care, specific factors impact the position of the professional. That is why, in order to offer the best possible support, occupational therapists must be aware of the elements that affect this position and the therapeutic relationship. The purpose of this research was to identify these elements.

Method: The methodology used was based on a qualitative research involving twelve semi-structured interviews with occupational therapists who were working in different types of facilities. They completed the same interview grid while also providing their professional experiences and backgrounds.

Results: The results showed that there wasn't a typical position because each relationship was unique as it was adapted to the individual. It also appeared that many external elements interfered in this healthcare provider-patient relationship. In spite of this, professionals applied and respected some basic rules in order to have a professional position allowing them to carry out their therapeutic care in the best possible way.

Conclusion: Many elements influence the occupational therapist's position, and being aware of them helps to improve the therapeutic relationship and the quality of patient care while respecting the patient's private sphere.



Key words: occupational therapy, therapeutic relationship, professional position



## Résumé

Contexte : La relation avec autrui est inévitable et nécessaire au bon développement de chacun. Au cours de notre vie nous sommes confrontés à différentes formes de relations. Dans le cadre du soin, on emploie les termes de relation thérapeutique. Lors d'une prise en charge en ergothérapie certains facteurs influencent la posture du professionnel. C'est pourquoi, afin de proposer le meilleur accompagnement possible, les ergothérapeutes doivent avoir conscience des éléments impactant cette posture et la relation thérapeutique. Le but de cette recherche était d'identifier ces éléments.

Méthode : La méthodologie utilisée était basée sur une recherche qualitative comprenant douze entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes exerçant dans différents types de structures. Ils ont répondu au même questionnaire en apportant leurs expériences professionnelles et leur vécu.

Résultats : Les résultats ont montré qu'il n'existait pas une posture type puisque chaque relation était unique car adaptée à la personne. Il est également apparu que de nombreux éléments extérieurs interféraient dans cette relation soignant-soigné. Malgré cela, les professionnels appliquaient et respectaient des règles de base afin d'avoir une posture professionnelle leur permettant de mener au mieux leur soin thérapeutique.

Conclusion : De nombreux éléments influencent la posture de l'ergothérapeute, en avoir conscience permet d'améliorer la relation thérapeutique et la qualité de la prise en charge du patient tout en respectant sa sphère privée.



Mots clés : ergothérapie, relation thérapeutique, posture professionnelle