

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

LORRAINE CHAMPAGNE-ARDENNE



**La méditation de pleine conscience et le développement
des compétences relationnelles en ergothérapie**

Mémoire d'initiation à la recherche

Aurélie LEROY

Juin 2020

REMERCIEMENTS

*Sous la direction de Muriel Launois,
ergothérapeute au Centre Psychothérapique de Nancy, maître de mémoire.*

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui se sont investies et qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce travail :

- A Muriel Launois, pour l'intérêt qu'elle a porté dès le début à mon sujet, pour sa disponibilité, ses conseils et sa confiance tout au long de ce travail de recherche.
- A Cécile Aubert, pour m'avoir conseillée, orientée et encouragée ; et plus généralement, à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Lorraine Champagne-Ardenne pour leur accompagnement.
- A Jonathan Homand, qui par une étrange synchronicité en est venu à m'aider et à me soutenir, tout en restant fidèle à son habituelle bienveillance.

Je tiens aussi à adresser mes remerciements aux personnes qui ont été présentes et qui m'ont encouragée depuis le début et tout le long de mes études :

- A mes parents, pour m'avoir donné les moyens de m'épanouir et de trouver ma voie et pour leur soutien depuis toujours, dans tous les moments.
- A Chloé, Mélissa et Thomas, pour leur implication, leur écoute et pour avoir partagé avec moi leur bonne humeur en toutes circonstances.
- A mon amie Emilie, qui me connaît depuis toujours, qui a su me comprendre et me motiver et avec qui j'ai pu évoluer et construire des souvenirs inoubliables.
- A mes camarades de promotion, et plus particulièrement à mes amies Alice, Camille, Mathilde, Mélodye et Romane, pour tout ce que nous avons partagé au cours de ces trois dernières années, dans les temps de travail comme dans les instants de lâcher-prise.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THEORIQUE.....	3
I. La méditation	3
A. Historique du développement en Occident	3
B. Définition de la méditation.....	4
C. Les pratiques méditatives.....	5
1. La méditation de concentration	5
2. La méditation de pleine conscience (ou d'attention vigilante).....	5
3. La méditation en mouvement	6
D. Les thérapies basées sur la pleine conscience.....	6
1. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)	7
2. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)	7
3. La thérapie comportementale dialectique (DBT)	8
4. Le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR program).....	8
E. La <i>mindfulness</i> ou pleine conscience	9
1. Définition et processus d'action	9
2. Le programme MBSR : fondements et aspects pratiques.....	10
F. Les effets de la pratique	14
II. La relation	15
A. Définition	15
B. La relation d'aide selon Carl Rogers.....	16

C.	La spécificité de la relation en ergothérapie	17
D.	Les enjeux de la relation	18
E.	La formation des ergothérapeutes à la relation	20
1.	Le référentiel de compétences	20
2.	Le référentiel de formation initiale	21
III.	Elaboration de la question de recherche	23
A.	Formulation de la problématique	23
B.	Hypothèses	24
PARTIE EXPLORATOIRE	25
I.	Méthodologie exploratoire envisagée	25
A.	Présentation de l'enquête	25
1.	Choix de l'outil d'investigation	25
2.	Critères de sélection de l'échantillon	25
3.	Prise de contact avec les professionnels	26
4.	Aspects pratiques du recueil de données	27
B.	Le guide d'entretien	28
1.	Objectifs et méthodologie	28
2.	Construction du guide d'entretien	29
a)	La consigne	29
b)	Les indicateurs et les thèmes	29
c)	Les questions	30
C.	Méthode d'analyse envisagée	37
1.	Objectifs et méthodologie	37
2.	La grille d'analyse	38

II. Résultats envisagés	39
A. Sur le thème des facteurs influençant la relation.....	39
B. Sur le thème du savoir-être et des compétences relationnelles	41
C. Sur le thème de l'acquisition des compétences relationnelles par les formations initiale, continue et complémentaire.....	43
D. Sur le thème de la méditation à titre personnel.....	44
E. Sur le thème de la méditation dans le cadre professionnel	45
III. Apports pour les hypothèses	47
IV. Discussion et préconisations	48
A. Confrontation des résultats à la littérature.....	48
B. Conséquences pour l'évolution des pratiques en ergothérapie	50
1. Pour la formation initiale des étudiants en ergothérapie	50
2. Pour la formation continue et complémentaire des ergothérapeutes	51
3. Pour l'utilisation d'une nouvelle médiation	51
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE.....	55
TABLE DES ANNEXES	60

INTRODUCTION

Méditation, yoga, relaxation... Depuis plusieurs années maintenant, ce sont des termes fréquemment vus ou évoqués dans notre vie quotidienne. Dans la représentation occidentale, il est établi que ces expressions s'associent au bien-être, à la détente, à la tranquillité. En effet, il est fréquent d'entendre au cours d'échanges : « Je suis trop stressé, je vais me mettre à la méditation, ça va me détendre ». Aujourd'hui, les bénéfices liés à ces pratiques, en termes de santé, de bien-être et de réduction du stress sont donc généralement bien identifiés par la population générale. Mais pendant longtemps la méditation restait un concept assez flou dans l'esprit des gens, allant jusqu'à être associée à des pratiques religieuses ou ésotériques. Les nombreuses recherches scientifiques réalisées dans ce domaine ont permis de lever le voile sur ces pratiques et d'apporter un éclairage séculier et objectif sur la méditation. Le grand public a ainsi pu découvrir ce qui se cachait derrière l'action de « méditer ». En réalité, la méditation n'est rien d'autre qu'un travail de régulation attentionnelle, où l'on s'invite simplement à porter une attention particulière sur l'instant présent. Or, chacun d'entre nous expérimente la régulation de son attention au quotidien, de manière plus ou moins efficace. Cette capacité à méditer est donc, en quelque sorte, déjà à la portée de tous.

En France, s'est tenu en juin 2019, le premier colloque sur la méditation de pleine conscience au Ministère des Solidarités et de la Santé. A cette occasion, le directeur général de la Santé, Jérôme Salomon a rappelé la volonté du Ministère de promouvoir le développement d'un système de soin intégratif, permettant d'inclure tous les déterminants de santé en agissant sur les comportements et les environnements. Il a également souligné la préoccupation croissante de la population et du gouvernement au sujet du bien-être mental. C'est dans ce contexte qu'il affirme que le concept de méditation de pleine conscience entre directement en adéquation avec les notions promues dans la politique de santé actuelle. En effet, les valeurs qu'elle porte permettent de développer des compétences dont les bénéfices sont nombreux sur la santé physique et psychique ainsi que sur les relations sociales (Salomon, 2019).

Plusieurs occurrences nous ont poussée à nous intéresser à la méditation pour ne satisfaire, au départ, qu'une simple curiosité personnelle. C'était une discipline dont nous avons entendu parler à de nombreuses reprises dans différents contextes (cours, stages, échanges, lectures...) mais dont nous ignorions en quoi la pratique consistait concrètement. Au fur et à mesure de nos recherches, nous avons pu découvrir les principes et les fondements qui lui étaient associés ainsi que ses effets relatés par les études. Cette découverte théorique nous

a finalement menée à expérimenter personnellement la méditation pour mieux comprendre les processus se jouant pendant la pratique. Nous avons pu remarquer que la méditation correspondait à une approche biopsychosociale de l'individu, approche largement prônée en ergothérapie. Parallèlement à cela, nous avons été confrontée, au cours de nos stages, à des situations qui nous ont poussée à nous questionner sur la pratique et à rechercher des solutions pour améliorer la prise en soin des patients en ergothérapie. Et, dans cette démarche, nous nous sommes finalement demandée s'il était possible d'allier la méditation et l'ergothérapie. Les deux questions de départ fondant ce travail de recherche sont donc les suivantes : « Quels sont les liens entre l'ergothérapie et la méditation ? Et, en quoi la méditation peut-elle être utile en ergothérapie ? ».

Ce sont des questions vastes, qui peuvent être abordées sous différents angles. En tenant compte de nos questionnements personnels et après avoir fait quelques recherches et échangé avec différents professionnels, nous avons fini par interroger plus particulièrement l'utilité de la méditation pour la relation thérapeutique.

Dans un premier temps, afin de répondre à ce questionnement, nous mentionnerons des éléments théoriques et contextuels associés à ces deux concepts que sont la méditation et la relation. Cet éclairage nous mènera directement à l'énoncé de notre question de recherche. Puis, dans un second temps nous évoquerons la méthode exploratoire envisagée ainsi que les résultats attendus et enfin les préconisations qui en découlent.

PARTIE THEORIQUE

I. La méditation

A. Historique du développement en Occident

La pratique de la méditation est un phénomène qui se développe de plus en plus en Occident. Cet essor est lié à l'augmentation des publications à son sujet au cours des cinquantes dernières années, que ce soit dans des revues populaires ou dans des revues scientifiques (Grégoire, Lachance et Richer, 2016). La médiatisation a ainsi permis d'initier le grand public à cette pratique. Sa popularisation a également été renforcée par la sécularisation des pratiques méditatives, leur donnant un aspect moins religieux et moins traditionnel qu'à leur origine orientale et leur permettant de correspondre au mode de vie des occidentaux.

A l'origine, la méditation était pratiquée dans le cadre de traditions spirituelles et religieuses. Lorsque nous retraçons son développement dans notre civilisation occidentale, c'est principalement la diffusion de la pratique bouddhiste qui a influencé notre pratique contemporaine. Plusieurs éléments historiques ont favorisé cette diffusion (Nedelcu et Grégoire, 2016).

D'abord, à la suite de certains conflits politiques en Asie dans les années 1970 (invasion chinoise du Tibet), quelques moines bouddhistes ont été contraints de quitter leur pays pour aller vivre aux Etats-Unis ou en France. En s'installant dans ces pays, ils ont créé des centres de méditation, initiant ainsi la population locale aux pratiques traditionnelles.

Parallèlement à cela, nous avons également pu observer le départ d'occidentaux vers l'Asie afin d'y étudier les traditions bouddhistes sur le terrain. A leurs retours, ces voyageurs ont publié différents ouvrages permettant d'initier le grand public.

Ainsi, à partir des années 1970, les chercheurs occidentaux se questionnent progressivement sur les apports de la méditation au niveau physique et psychologique. Un des éléments historiques important ayant favorisé l'avancée scientifique à ce sujet se révèle être la création du *Mind and Life Institute* en 1987. Il a été fondé après plusieurs rencontres entre le Dalai-Lama, Francisco Varela (chercheur en neurosciences) et Adam Engle (homme d'affaires). L'objectif de la création de cet institut était de « faciliter le dialogue entre moines bouddhistes et scientifiques occidentaux ». Après plusieurs échanges, de nombreux programmes de recherche ont pu être lancés.

Enfin, l'essor de l'imagerie cérébrale dans les années 1990 a permis aux experts en neurosciences d'analyser les modifications de structure des régions cérébrales liées à la pratique méditative, objectivant ainsi les résultats évoqués sur ses effets.

C'est dans ce contexte que nous pouvons observer l'incorporation progressive de pratiques méditatives dans le milieu médical qui s'inscrivent dans le champ des approches thérapeutiques complémentaires.

B. Définition de la méditation

La méditation reste encore aujourd'hui un terme difficile à définir, du fait de ses origines variées et ses différentes pratiques.

D'un point de vue étymologique, « méditation » vient du latin « *meditari* » signifiant « s'exercer, réfléchir ». Sa racine « med- » est d'origine indo-européenne et signifie « penser, réfléchir » (Berghmans, 2010).

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales donne deux définitions du terme « méditation » : c'est une « action de méditer, de penser avec une grande concentration d'esprit pour approfondir sa réflexion » ; c'est aussi une « pensée réfléchie et concentrée sur un sujet particulier » (CNRTL, s. d.). De ces définitions, nous pouvons faire ressortir deux notions importantes. D'abord, le terme « méditation » est ambigu puisqu'il peut évoquer soit la manière de mener une réflexion, soit le produit de celle-ci : il désigne le processus et le résultat du processus. Cette ambiguïté terminologique explique les difficultés rencontrées pour obtenir une classification claire et unifiée des pratiques méditatives. Ensuite, ces définitions soulignent également l'importance du rôle joué par le système attentionnel dans la pratique.

Nous pouvons tout de même citer Craven, qui tente de définir le terme : « la méditation se réfère à un groupe de techniques reconnues comme permettant de rehausser certaines habilités telles la concentration, la régulation des états conscients et la conscience de soi. Les techniques de méditation sont traditionnellement enchâssées dans la psychologie de la conscience de certaines disciplines comme le bouddhisme et le yoga et sont utilisées pour favoriser le développement personnel et la croissance spirituelle » (Craven, 1989).

Walsh et Shapiro ont aussi élaboré une définition : « le terme de méditation se réfère à une famille de pratiques de l'autorégulation qui se focalisent sur l'attention et la conscience afin d'amener les processus mentaux sous un contrôle volontaire plus grand et de ce fait entraîner un bien-être mental et physique et qui ont pour objectifs de développer des états émotionnels spécifiques comme la joie, le calme » (Shapiro et Walsh, 2006).

Ces auteurs soulignent le fait que la méditation regroupe un ensemble de techniques qui nécessite un exercice mental pour entrer dans un état de conscience modifié et qui contribue au développement personnel.

C. Les pratiques méditatives

Il existe quatre principales techniques méditatives qui diffèrent par le type d'exercice mental effectué pendant la pratique : la méditation de concentration, la méditation de pleine conscience, la méditation mixte (fusion des deux premières) et la méditation en mouvement (Berghmans et Herbert, 2010).

1. La méditation de concentration

Dans cet exercice, le pratiquant maintient son attention sur un objet précis. Celui-ci peut être un mantra, une question ou sa respiration. Il doit repérer le moment où son attention s'égarer et faire la démarche de la réorienter sur l'objet de départ (Lutz, Slagter, Dunne et Davidson, 2008). Dans la littérature, cette façon de pratiquer est aussi appelée méditation *samatha*, méditation de type attention focalisée (*focused attention*) ou méditation de tranquillité.

2. La méditation de pleine conscience (ou d'attention vigilante)

La personne doit rester attentive à toutes les expériences subjectives rencontrées dans l'instant présent. Il n'y a pas d'objet précis. Elle observe les mouvements de son esprit. Par exemple, elle prend conscience de l'émergence d'une émotion et observe les effets que cette dernière induit sur son corps et sur ses schémas de pensée (Nedelcu et Grégoire, 2016). L'objectif n'est pas de modifier le mouvement de ses expériences mais de les observer avec curiosité (Mikulas, 2011). La personne peut ainsi mieux discerner le fonctionnement de son esprit et mieux le comprendre (Nedelcu et Grégoire, 2016). Dans la littérature, la méditation *vipassana*, l'*insight meditation*, la *mindfulness meditation*, la méditation de pleine présence et la méditation de type surveillance ouverte (*open monitoring*) se basent aussi sur cette méthode.

3. La méditation en mouvement

Le yoga, le qi-gong et le tai-chi sont des pratiques méditatives s'appuyant sur le mouvement. Chacune de ces disciplines possède sa particularité.

Le yoga est une pratique qui se base sur le maintien de postures (asanas) tout en développant la souplesse du corps, la respiration et le mental (concentration). Son exercice permet d'agir sur le tonus musculaire et induit un état de relaxation.

Le qi-gong est une gymnastique traditionnelle chinoise qui consiste à réaliser des séries de postures et de mouvements très lents. L'objectif est d'obtenir un relâchement musculaire et une régulation de la respiration. C'est une technique qui se fonde sur la maîtrise de la circulation de l'énergie interne et du souffle (harmonisation avec l'esprit) (Larousse, s. d.).

Le tai-chi est un art martial chinois qui enchaîne des mouvements lents et des postures inspirés du qi-gong et des arts martiaux. Il permet l'harmonisation d'un flux énergétique (le chi). C'est l'enchaînement des mouvements externes qui prime par rapport au qi-gong, où le sens interne du mouvement est plus important.

Ces différentes pratiques méditatives ont été intégrées dans de nombreux projets thérapeutiques regroupés sous le nom de « thérapies basées sur la pleine conscience » ou « interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) ».

D. Les thérapies basées sur la pleine conscience

Les thérapies basées sur la pleine conscience s'inscrivent dans le développement des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) en médecine et en psychologie. Globalement, quatre grands programmes basés sur la pleine conscience sont utilisés dans un cadre thérapeutique. Il est important pour nous de les citer car les études montrant les effets de la méditation ont généralement été réalisées auprès de personnes ayant suivi ces protocoles. Chaque sujet a pratiqué la méditation de la même manière (méthode, durée...), ce qui facilite les comparaisons et rend les conclusions plus rigoureuses.

Les IBPC ne comprennent pas uniquement la pratique de la méditation de pleine conscience. D'autres techniques méditatives sont employées au sein d'une même séance. Il y a souvent un « glissement » de la méthode basée sur la concentration vers celle basée sur la pleine conscience (Nedelcu et Grégoire, 2016).

L'utilisation de la pleine conscience en TCC « réduirait la tendance à être “sur le pilote automatique”, permettant d'observer d'abord, pour assurer ensuite des réponses plus flexibles et adéquates aux situations vécues et favoriser une meilleure santé psychologique » (Ménard et Beresford, 2016).

Parmi les thérapies basées sur la pleine conscience les plus étudiées, nous retrouvons : la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) (Teasdale, Segal et Williams, 1995), la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) (Hayes et Strosahl, 2004), la thérapie comportementale dialectique (DBT) (Linehan, 1993) et le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR) (Kabat-Zinn, 1982).

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

La *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) est une méthode de traitement, développée par Segal, qui se veut éviter les rechutes dépressives. Les personnes participant à la thérapie sont amenées à analyser leur fonctionnement cognitif et à se sortir de leurs cognitions persévératrices et de leur réactivité cognitive en modifiant le rapport qu'elles entretiennent avec leurs pensées (Ménard et Beresford, 2016). Le succès de la thérapie se baserait sur la modification de la relation que les personnes entretiennent avec leur vécu interne (Teasdale et al., 1995). Son contenu s'inspire du programme MBSR.

2. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

L'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) a été développée par Hayes. Son objectif est de développer la flexibilité psychologique de la personne pour réduire « l'évitement expérientiel » qui serait à l'origine de sa détresse psychologique (Ménard et Beresford, 2016). Le participant développe six éléments : l'acceptation de son expérience interne, la défusion (se distancier de cette expérience), le contact avec le moment présent, le changement de perspective par rapport aux problèmes vécus, les valeurs qui sont importantes pour elle, la congruence des actions engagées avec ces valeurs (Hayes et Strosahl, 2004).

3. La thérapie comportementale dialectique (DBT)

La *Dialectic Behavior Therapy* (DBT) est une approche développée par Linehan qui ciblait au départ les personnalités borderline. Le processus dialectique postule que la dérégulation émotionnelle de l'individu provient des tensions qu'il entretient avec son environnement. La personne doit donc être capable d'équilibrer ses contradictions et d'apprendre à les utiliser de façon flexible en fonction des situations rencontrées (Ménard et Beresford, 2016). Dans la formation, qui s'étale au minimum sur un an avec deux séances hebdomadaires, l'individu développe quatre types de compétences : la pleine conscience, l'efficacité dans la gestion des relations interpersonnelles, la régulation émotionnelle et la tolérance à la détresse.

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

Le *Mindfulness-Based Stress Reduction program* (MBSR) a été créé à partir des travaux de Jon Kabat-Zinn en 1995. Cette approche a été initialement développée pour les personnes atteintes de douleurs chroniques. Il s'étale sur huit semaines à raison d'une séance de deux heures par semaine en groupe (Kabat-Zinn, 2012). C'est une thérapie holistique basée sur le concept de pleine conscience, des exercices de yoga et de visualisation mentale, des exercices de méditation de concentration et de pleine conscience et des échanges entre les participants et l'intervenant (Berghmans, 2010). Les participants sont amenés à pratiquer la méditation de manière formelle et informelle. Un résumé de l'organisation de ces huit semaines est consultable en annexe (voir Annexe I). Les travaux sur la méditation menés par Jon Kabat-Zinn ont fait de lui une référence dans le domaine scientifique car il a grandement contribué à la laïcisation de la pratique.

Toutes ces thérapies utilisent la *mindfulness* (ou pleine conscience). Il convient donc de revenir en détail sur ce concept, afin d'avoir un aperçu de ses processus d'action et de ses effets au niveau physiologique et psychologique.

E. La *mindfulness* ou pleine conscience

1. Définition et processus d'action

L'expression « pleine conscience » a été traduite de l'anglais « *mindfulness* ». Cette traduction est souvent discutée par les auteurs car le mot « conscience » prend différentes significations et porte à confusion : il évoque le phénomène mental permettant la perception et la construction de représentations mentales liées au monde extérieur, mais aussi la perception de soi et de ses états mentaux (expériences internes du corps, activités cognitives, identité) (Berghmans, 2010).

La pleine conscience est un processus cognitif qui permet à la personne d'être plus attentive au contexte. Elle améliore sa flexibilité cognitive. L'individu développe une meilleure sensibilité et une meilleure disponibilité à son environnement, le tout permettant de s'ouvrir à de nouvelles perspectives de résolution de problème (Langer et al., 2017).

De manière opérationnelle, la pleine conscience est caractérisée par deux capacités : « l'auto-régulation de l'attention, maintenue dans l'expérience immédiate dans le but d'augmenter la capacité du mental à se centrer sur les événements survenant dans le moment présent, et l'adoption d'une orientation particulière vis-à-vis de cette expérience, une orientation qui est caractérisée par la curiosité, l'ouverture et l'acceptation » (Bishop et al., 2004).

D'après Kabat-Zinn, une personne est pleinement consciente quand « elle est attentive à son expérience (interne et externe), telle qu'elle se déploie dans l'instant présent, et ce, sans jugement ». La personne doit ainsi être capable de réguler son attention et d'adopter une posture par rapport à son état. La pleine conscience se développe donc à partir d'attitudes à cultiver. Celles-ci permettent de soutenir et d'accroître la pratique des techniques de méditation utilisées dans le programme MBSR afin de faire place à une conscience plus expérientielle et non évaluative (Kabat-Zinn, 2012).

Ces différents auteurs identifient donc l'attention et l'attitude comme des éléments clés permettant de tendre vers l'état de pleine conscience. Dans ses travaux sur la théorisation des mécanismes intervenant dans la pleine conscience, Shapiro ajoute une troisième composante : l'intention (Shapiro et Walsh, 2006). Il y a donc trois concepts qui agissent sur l'état de pleine conscience (Fig. 1).

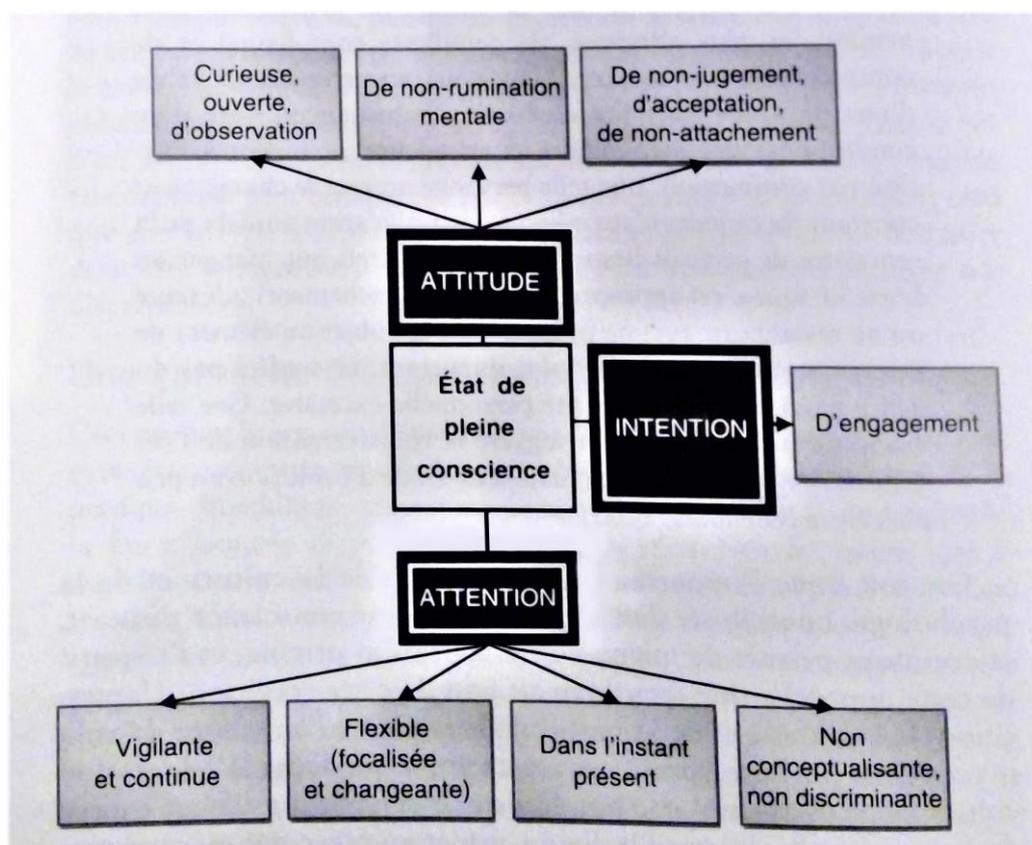


Figure 1. Mécanismes intervenant dans la pleine conscience. Schéma modifié de *Soigner par la méditation*.

Thérapies de pleine conscience (p.32), C. Berghmans, 2010, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. ©

2010 Elsevier Masson SAS

Ces éléments se retrouvent de façon plus ou moins implicite dans le programme MBSR développé par Jon Kabat-Zinn.

2. Le programme MBSR : fondements et aspects pratiques

La *mindfulness* enseignée selon le programme MBSR s'appuie sur sept attitudes fondamentales (Kabat-Zinn, 2012) :

- Le non-jugement : le principe est de prendre conscience de ses jugements et de ses réactions face aux expériences subjectives afin de s'en distancier et de supprimer les comportements automatisés qui en découlent. Méditer, revient à adopter de façon intentionnelle la position de « témoin impartial ».
- La patience : c'est une attitude à cultiver envers son esprit et son corps afin de persévérer dans la pratique sans se décourager. Cela permet également d'être ouvert à chaque instant et à chaque situation, sans rien en attendre.

- L'esprit du débutant : c'est une attitude fondamentale dans la pratique de la méditation. Cela permet de se détacher de ses attentes établies par des perceptions et des expériences antérieures. Cela permet aussi d'être ouverts et « d'être réceptifs à de nouvelles possibilités et nous empêche d'être pris dans l'ornière de notre propre expertise ». Par ce fait, nous adoptons un regard nouveau et curieux et nous nous questionnons sur nos préjugés : « Voyons-nous l'objet ou la personne tel qu'il ou elle est réellement ? Ou est-ce le reflet de nos propres pensées à son sujet ? ».
- La confiance : le principe est de faire confiance à ses perceptions et à sa propre expérience de la méditation. Tenir compte de ses ressentis personnels permet de mieux se comprendre et de mieux se fier à soi-même pour ensuite développer sa confiance envers les autres.
- Le non-effort : c'est « arrêter de chercher à avoir des résultats et de commencer plutôt à se centrer soigneusement pour voir et accepter les choses comme elles sont, d'instant en instant ». En effet, le fait de se fixer des buts à atteindre pendant la méditation a pour conséquence de créer une attitude d'effort et de jugement concernant la qualité et l'efficacité de sa méditation. La personne se décentre donc de l'attention qu'elle est censée porter sur le moment présent.
- L'acceptation : cela signifie accueillir les choses comme elles le sont afin d'avoir une vision claire de la situation dans le présent.
- Le lâcher-prise : il s'agit d'abandonner l'intention de s'attarder plus spécifiquement sur certaines expériences plutôt que sur d'autres, qu'elles soient positives ou négatives. Il faut laisser l'expérience être ce qu'elle est.

Le contrôle de l'attention est une compétence fondamentale développée lors de la méditation de pleine conscience. Pendant la méditation, l'esprit a tendance à plonger dans des pensées, des émotions ou des sensations et à passer d'idées en idées dans un mode automatique et non conscient. L'attention se dissipe et la personne n'est plus fixée dans le moment présent. Pour reporter à nouveau son attention sur l'instant présent, il est courant d'utiliser un point d'ancrage tel que la respiration. Durant une séance, le pratiquant exerce donc régulièrement ce mécanisme de retour à l'objet attentionnel (observation de la respiration) (Fig. 2). « La respiration est le fondement universel de la pratique de la méditation » (Kabat-Zinn, 2012).

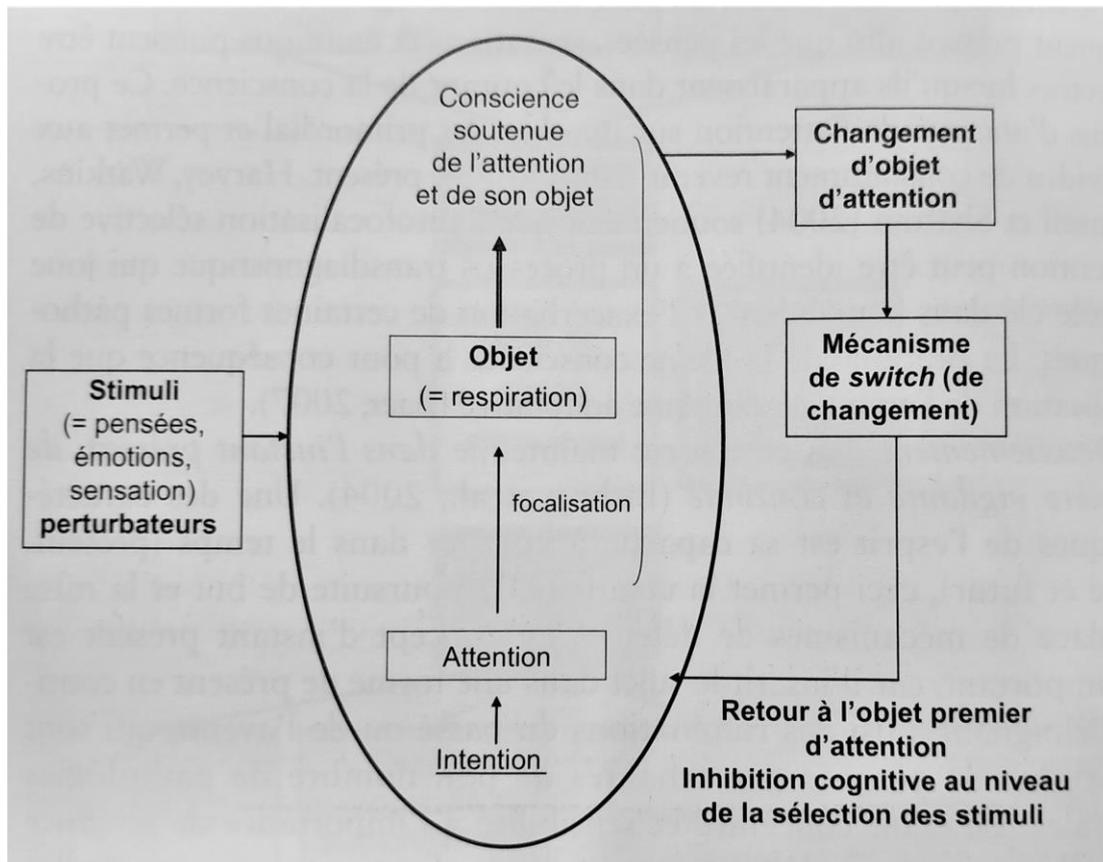


Figure 2. Mécanisme de retour à l'objet attentionnel. Tiré de *Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience* (p.34), C. Berghmans, 2010, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. © 2010 Elsevier Masson SAS

Jon Kabat-Zinn évoque deux façons de pratiquer la pleine conscience : de manière formelle ou informelle. La pratique formelle consiste à dégager un moment de la journée pour le dédier à une des techniques méditatives nécessitant l'adoption d'une posture spécifique. Ce sont : la méditation assise, le scan corporel, le yoga et la méditation marchée. La pratique informelle revient simplement à réaliser une activité de la vie quotidienne en appliquant les principes de la *mindfulness*.

La méditation assise s'exerce sur une chaise ou au sol. La posture adoptée est importante puisqu'elle est le soutien extérieur d'une attitude interne. L'objectif principal est de maintenir son attention sur un objet précis qui, au début, est la respiration, le souffle. Des pensées apparaissent de façon inévitable et la personne est donc amenée à les observer, à noter leur contenu et à ramener son attention vers l'objet initial de la méditation. C'est un travail d'observation de soi. La méditation peut ensuite changer d'objet afin de basculer vers l'observation d'un ressenti dans une région particulière du corps, puis l'objet s'étend à l'ensemble du corps, puis aux sons perçus dans l'environnement. Ensuite, la méditation peut

basculer sur l'observation des processus de pensée. Enfin, l'individu peut aussi faire le choix de rester attentif à tout élément qui parvient au seuil de sa conscience. « Par cet exercice, le patient entre vraiment dans le monde de “l’être” et non plus du “faire” ou de “l’avoir”. C’est un changement radical pour lui, qui est loin d’être facile. Ici, la méditation est vraiment un non-agir. L’observation non intentionnelle des pensées dans un esprit de non-conceptualisation et donc de non-jugement invite uniquement le sujet à être au monde, sans entrer dans le jeu des attractions et des répulsions propre au mental » (Berghmans, 2010).

Le scan corporel (body scan) est également un exercice de base. Il aide le sujet à développer la conscience de ses sensations physiques. Il permet de relier la personne à son corps par la respiration et améliore ses capacités d’attention soutenue. En pratique, la personne est allongée sur le dos. Elle est amenée à focaliser son attention de façon successive sur différentes parties de son corps en respirant « dans » et en expirant « hors » de chaque région. Le sujet prend conscience de son corps comme une totalité située dans le moment présent.

Le hatha yoga est la troisième pratique méditative utilisée dans la méthode MBSR (plusieurs enchaînements sont illustrés). Comme expliqué précédemment, la technique consiste à maintenir certaines postures en travaillant avec la respiration. Parmi ses effets bénéfiques, le yoga permet de conditionner l’ensemble du corps et de gagner en force et en souplesse. Le sujet perçoit ses mouvements et ses limites. Il travaille avec sa sensation d’inconfort en adoptant une attitude d’acceptation et de patience. Il observe l’influence réciproque des postures corporelles sur ses attitudes et ses sentiments : il modifie ainsi sa conscience du langage corporel.

Enfin, la méditation marchée est un moyen de faire l’introduction de la pleine conscience dans la vie quotidienne. La personne porte son attention sur l’expérience de la marche (sensations corporelles, respiration, mouvement) et elle s’exerce à ramener sa conscience à l’activité lorsqu’elle s’égare.

Introduire la pleine conscience dans une activité quotidienne est donc tout à fait possible. C’est un mode de pratique informelle. Lorsqu’une personne réalise une activité, elle peut décider de prendre conscience de tous les éléments de son expérience. Il suffit qu’elle développe une intention, qu’elle modifie son attitude et qu’elle cultive son attention. En effet, « la pleine conscience se manifeste quand l’individu reconnaît la tendance à être en pilotage automatique et qu’il s’engage de manière intentionnelle à en sortir pour devenir conscient de chaque moment vécu » (Berghmans, 2010).

F. Les effets de la pratique

Méditer entraîne un changement de perspective appelé « re-perception » (Berghmans, 2010). D'autres auteurs parlent de « décentration » (Safran et Segal, 1996), de « détachement » (Elliott, Bohart, Watson et Greenberg, 2011) ou de « désamorçage cognitif » (Hayes et Strosahl, 2004). Par l'entraînement à la pleine conscience, l'individu développe sa capacité à discerner ses cognitions, la métacognition (Shapiro et Walsh, 2006). Au travers du processus intentionnel de focalisation de l'attention et de non-jugement, il prend du recul et se remet en question sur son mode de fonctionnement. Il développe des adaptations, dont les principales sont (Brown, Ryan et Creswell, 2007) :

- L'autorégulation : l'individu perçoit les situations qu'il rencontre comme impermanentes et temporaires ;
- La clarification des valeurs : il remet en question ses comportements automatiques, acquis par conditionnement, qui occultent certains choix qui seraient pourtant plus en accord avec ses vrais besoins et ses vraies valeurs ;
- La flexibilité cognitive, émotionnelle et comportementale : le sujet prend conscience de sa réactivité conditionnée par ses expériences et ses croyances. Il acquiert ainsi une flexibilité qui lui permet de répondre à une situation de manière plus objective en tenant compte de son environnement.

Ce changement de perspective a été étudié par les scientifiques. Ils ont ainsi pu constater une augmentation des capacités exécutives (autorégulation, flexibilité cognitive et comportementale). Le système attentionnel est aussi modifié et nous pouvons observer des améliorations dans la vitesse de mobilisation, de focalisation et de redirection de l'attention (Shapiro et Walsh, 2006). Les capacités d'attention soutenue et sélective sont améliorées ainsi que le maintien de la vigilance (Chiesa, Calati et Serretti, 2011; Prakash, Hussain et Schirda, 2015). Le développement de la flexibilité cognitive par la pratique de la méditation a aussi un impact sur la capacité de régulation émotionnelle de l'individu et sur la modulation de ses réactions (Tang, Hölzel et Posner, 2015). En effet, des études ont mis en évidence des changements de structure au niveau de certaines régions cérébrales régissant les activités exécutives et associatives de haut niveau responsables de l'adaptation de l'individu (Fox et al., 2014). Ces modifications touchent les zones suivantes : le cortex frontopolaire (métaconscience), les cortex sensoriel et insulaire (conscience extéro et intéroceptive du corps), l'hippocampe (mémoire), les cortex cingulaires antérieur, médian et orbito-frontal (processus

attentionnels, régulation émotionnelle et de soi), le faisceau supérieur longitudinal (communication intra-hémisphérique) et la partie antérieure du corps calleux (communication inter-hémisphérique). Les modifications anatomiques et fonctionnelles touchent également l'amygdale et l'insula qui prennent leur part dans la réactivité émotionnelle (Guendelman, Medeiros et Rampes, 2017). Des études ont également montré que la méditation permettait de développer l'empathie chez les pratiquants (Barbosa et al., 2013). L'entraînement à l'intéroception solliciterait notamment les mêmes voies cérébrales que celles de l'empathie (Fukushima, Terasawa et Umeda, 2011 ; Singer, Critchley et Preuschoff, 2009).

Au niveau des effets sur la santé, les études mentionnent entre autres une diminution des symptômes algiques (probablement due à une re-perception de la douleur), une amélioration de la qualité du sommeil, et une augmentation de la résistance immunitaire (Davidson et al., 2003 ; Hubbling, Reilly-Spong, Kreitzer et Gross, 2014 ; Kabat-Zinn, 2012). Ces observations semblent être liées à la diminution de symptômes liés au stress.

Enfin la méditation est un vecteur de développement personnel. Les pratiquants développent des qualités telles que la compassion, la tolérance, la patience et l'équanimité (Olendzki, 2009). Elle permet aussi à la personne d'améliorer son assertivité, soit la capacité à se connaître, à percevoir les situations de la bonne manière et à y faire face consciemment (Kabat-Zinn, 2012). Or, « l'apprentissage de la connaissance du soi et de l'observation de nos ressentis et sensations est une ouverture vers la capacité à mieux se centrer sur l'autre, en l'occurrence à lui apporter une attention totale » (Smith, Dorsey, Lyles et Frankel, 1999). La pratique de la méditation serait donc un facteur de développement des capacités de la personne à entrer en relation avec autrui.

II. La relation

A. Définition

Selon Gustave-Nicolas Fischer, la relation est « un ensemble de processus à travers lesquels la vie sociale et individuelle s'exprime » (Fischer, 1999). Il en décrit trois formes : les relations interpersonnelles, les relations sociales et les relations institutionnelles.

La relation interpersonnelle se caractérise par « le type d'échanges établis essentiellement entre deux ou plusieurs personnes » (Fischer, 1999). Fischer nous explique que cette relation se base sur l'attraction envers autrui. Cette attirance dépend de l'apparence

physique de notre interlocuteur et aussi de notre envie inconsciente de nous lier à des personnes qui nous correspondent au niveau du statut social, des valeurs, des opinions ou des intérêts. Les relations interpersonnelles incluent donc les relations affectives retrouvées dans les échanges parents-enfants ou dans les couples. Ce sont des relations influencées par les degrés d'attachement, d'affection et d'intimité.

La deuxième forme existante est la relation sociale. Ce type d'échange est dépendant de mécanismes de différenciation. En fonction de leur appartenance à un groupe social, les individus entrent de différentes manières en relation avec l'autre. Au sein d'un même groupe social, les similitudes sont valorisées, alors qu'entre deux groupes différents, les discordances sont accentuées. La relation sociale dépend donc de critères comportementaux, du jugement de l'individu et de ses représentations d'autrui.

Pour finir, la relation institutionnelle est un processus qui se construit dans un cadre ou dans un milieu social défini. C'est ce type de relation que nous retrouvons au sein d'institutions telles que l'école, l'entreprise ou le milieu hospitalier. La relation est non seulement marquée par le contexte dans lequel elle se développe mais également par le rôle pris par les personnes impliquées. Le terme « rôle » sous-entend le « type de comportement adopté par un individu suivant un ensemble de normes sociales en réponse à des attentes d'autrui dans un milieu donné » (Fischer, 1999). Nous pouvons donc en déduire que dans le contexte particulier d'une intervention thérapeutique, chaque individu impliqué endosse un rôle (l'un celui du soignant et l'autre celui du soigné), fondant ainsi une relation de soin. La relation soignant-soigné a de nombreuses fois été étudiée par ses acteurs. Le psychologue Carl Rogers a grandement contribué à cette analyse.

B. La relation d'aide selon Carl Rogers

Carl Rogers est un psychologue humaniste qui a développé dans les années 1960 l'approche centrée sur la personne (ACP). C'est une approche qui était d'abord destinée à être utilisée en psychothérapie afin de faciliter la relation d'aide. Cependant, certains éléments qu'il évoque sont utiles à tout individu exerçant auprès de personnes en demande de soin. Pour Rogers, l'individu possède ses propres ressources pour modifier ses attitudes, son comportement et faire face à ses difficultés. Le rôle de l'accompagnant est donc de faciliter la sollicitation de ces ressources en développant des attitudes psychologiques facilitatrices.

Selon Rogers, la relation d'aide est fortement influencée par les compétences relationnelles du thérapeute. Il décrit trois attitudes essentielles pour mettre en place un climat favorable au changement (Rogers, 2001).

La première est la congruence ou l'authenticité : « le thérapeute manifeste ouvertement, dans ses attitudes, les sentiments qui l'animent à un moment donné. 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 ».

La deuxième condition est l'adoption d'un regard positif inconditionnel : le thérapeute doit « accepter » son patient, c'est-à-dire qu'il reste ouvert à tout ce que ce dernier peut exprimer et le valorise.

La troisième condition est la compréhension empathique. Par cette attitude, le thérapeute est capable de percevoir les sentiments qu'éprouve le patient et de lui communiquer cette compréhension. C'est un processus de décentration qui consiste à se placer dans le cadre de référence du patient tout en conservant son objectivité.

Rogers souligne la nécessité pour le thérapeute de travailler sur lui-même afin d'améliorer sa capacité à accompagner l'autre : « si je suis capable de créer une relation d'aide envers moi-même, c'est-à-dire si je parviens à m'inspirer disponibilité et ouverture sans aveuglement, alors je serai capable de créer une relation d'aide envers autrui ». Pour lui, l'épanouissement personnel est fondamental pour former des relations facilitant l'épanouissement d'autrui : « ma capacité à créer des relations qui facilitent la croissance de l'autre comme personne indépendante est à la mesure du développement que j'ai atteint moi-même ».

C. La spécificité de la relation en ergothérapie

En ergothérapie, un troisième élément vient s'ajouter à cette vision bidirectionnelle de la relation : c'est la médiation. En effet, la spécificité de la prise en soin en ergothérapie repose sur l'utilisation d'un support, d'un médium. Ce dernier peut prendre la forme d'une activité, d'un objet ou d'une matière. Le médium initie et favorise l'interaction avec le patient : « sur et avec la matière, à travers l'agir et/ou la construction d'un objet, d'une réalisation, le patient vient à [...] dévoiler sa personnalité, ses préoccupations, ses difficultés » (Simonnet-Guériau, 2014).

La relation thérapeutique médiatisée peut donc être représentée par le triangle patient-ergothérapeute-médiation (Fig. 3). Pour les ergothérapeutes Pelletier et Fohr, la médiation « permet la rencontre avec le patient, ce autour de quoi nous construisons une relation thérapeutique. C'est sur cette base de relation de confiance que nous pouvons accompagner le patient dans les différents processus thérapeutiques qu'il expérimentera au travers de l'activité » (Pelletier et Fohr, s. d.).

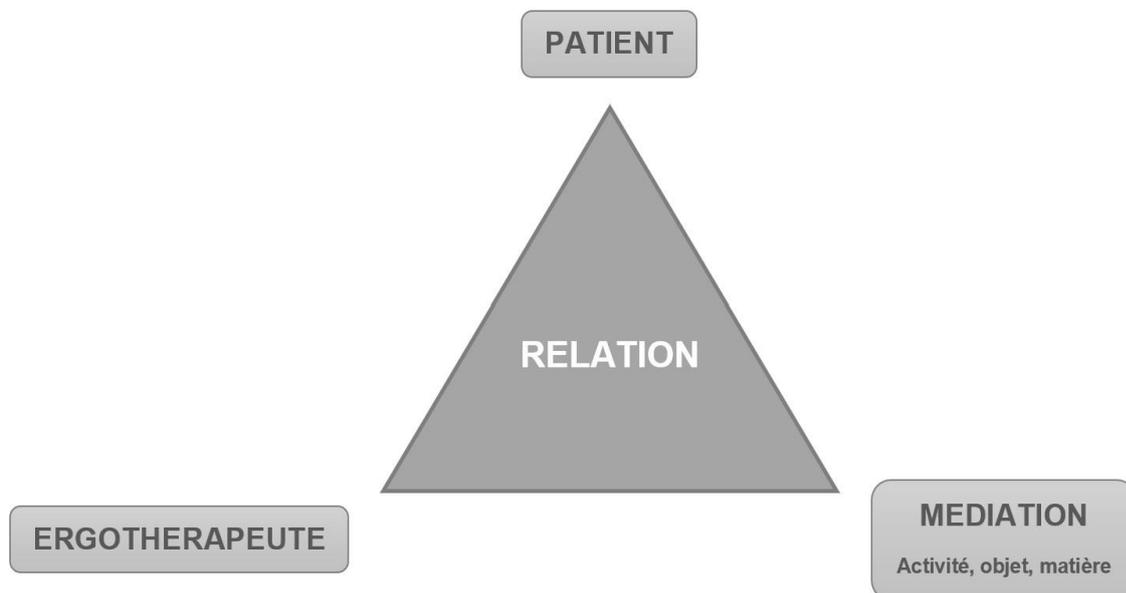


Figure 3. La relation thérapeutique médiatisée en ergothérapie.

D. Les enjeux de la relation

La relation patient-thérapeute est au cœur de l'efficacité de la prise en charge : « la qualité de cette relation est impliquée dans la réussite du traitement puisqu'en dépend la confiance que le patient va ressentir envers l'équipe médicale et envers le traitement, sa capacité à se prendre en charge et se soigner, sa motivation à se maintenir en santé, et sa satisfaction liée à sa qualité de vie perçue (Step, 2009 ; Shay, 2012 ; Kelley, 2014) » (Isnard Bagnis, 2017).

L'évolution du contexte de prise en soin dans notre système de santé actuel a sa part d'influence sur les conditions d'établissement d'une relation. D'une part, nous pouvons observer du côté du patient une augmentation de ses exigences vis-à-vis de son parcours de soins. Il attend désormais de la part du thérapeute la pose d'un diagnostic, la proposition d'une prise en soin adaptée à son évolution, mais aussi l'initiation et l'organisation de la relation de

soin. D'autre part, le fonctionnement du système a tendance à imposer au thérapeute de plus en plus de missions scientifiques qu'il doit réaliser. Cela a parfois pour conséquence de le mettre à distance de son patient, en l'impliquant dans une cascade de « faire » et en l'empêchant d'« être » réellement avec lui. La communication, les échanges et les interactions deviennent répétitifs, standardisés, formels, notamment dans les milieux hospitaliers où les patients s'enchaînent, malgré la volonté actuelle de construire une relation centrée sur le patient (Isnard Bagnis, 2017). Il peut donc arriver que le thérapeute glisse inconsciemment vers une approche scientifique et médicale et qu'il oublie que « le système de soins de santé peut être aliénant pour des patients qui n'ont pas de *background* ou de compréhension susceptibles de les aider à faire la part des choses ». Or, dans cette situation, les patients sont particulièrement sensibles aux modes de communication employés par le thérapeute. La qualité de la relation en est impactée ainsi que les processus de guérison, surtout si le soignant n'est pas conscient de son comportement et de ses effets sur les patients (Kabat-Zinn, 2012).

La communication est fondamentale dans l'expression de la relation et l'échange d'informations. « Elle se joue avec un ensemble de mécanismes dans l'échange interindividuel, en faisant intervenir le langage (oral, souvent) mais aussi tout un ensemble de comportements non verbaux régulés éventuellement par la présence de l'autre, plus ou moins consciemment (gestualité, tonalité de la voix, distance interpersonnelle...) » (Cataix-Nègre, 2017). C'est un processus bidirectionnel qui nécessite une capacité d'expression et une capacité de réception. La communication non verbale comprend plusieurs éléments tels que l'aspect physique, le comportement spatial (distance interpersonnelle, posture), le comportement cinétique (mouvements du corps, gestes), les expressions faciales et le paraverbal (ton, vélocité, silences...) (Hennel-Brzozowska, 2008). Ces comportements sont souvent modulés de façon inconsciente par les différents protagonistes et il ne faut pas sous-estimer leur rôle dans le phénomène d'échoïsation.

La qualité de la relation thérapeutique est désormais reconnue comme facteur d'engagement du patient dans les soins. C'est pour cette raison que les établissements de formation en santé intègrent dans leurs enseignements l'importance de l'approche relationnelle ainsi que celle de l'analyse de pratique. Et la formation des ergothérapeutes ne fait pas exception.

E. La formation des ergothérapeutes à la relation

1. Le référentiel de compétences

Pour obtenir le Diplôme d'Etat (D.E) d'ergothérapeute, un étudiant est supposé acquérir un ensemble de compétences au cours de ses trois ans de formation. L'Annexe II de l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute les précise et les détaille dans un référentiel (Ministère de la Santé et des Sports, 2010). Dix compétences sont ainsi répertoriées:

1. *Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique ;*
2. *Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement ;*
3. *Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie;*
4. *Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle (2) ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques ;*
5. *Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique ;*
6. *Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie ;*
7. *Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle ;*
8. *Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques ;*
9. *Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs ;*
10. *Former et informer*

A l'obtention de son diplôme, le jeune ergothérapeute a donc acquis par sa formation un savoir-faire et un savoir-être professionnel. Ce savoir-être est sollicité de manière implicite sur l'ensemble des dix compétences. Mais, il est principalement développé lors de l'acquisition de la compétence 6 : « Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie ». Elle est également détaillée dans la loi (Ministère de la Santé et des Sports, 2010).

D'un point de vue relationnel, l'ergothérapeute doit savoir :

1. *Accueillir et écouter la personne ou un groupe de personnes en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation ;*
2. *Identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes ;*
3. *Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique ;*
4. *Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec la personne ou les groupes de personnes en favorisant l'expression de chacun ;*
5. *Rechercher et développer un climat de confiance avec la personne, l'entourage ou le groupe de personnes, négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique.*

Des critères d'évaluation et des indicateurs ont été identifiés pour observer les capacités relationnelles de l'étudiant en ergothérapie. Ils sont répertoriés dans un tableau (voir Annexe II). Pour résumer, l'étudiant doit être capable d'analyser les situations pour identifier les facteurs influençant la relation thérapeutique (par exemple, analyser efficacement le contexte de la situation de la personne et son profil psychologique). Au contact du patient, il faut qu'il développe un climat de confiance avec lui et son entourage tout en établissant une distance thérapeutique appropriée. Il doit également utiliser des modes de communication en cohérence avec la situation relationnelle (Ministère de la Santé et des Sports, 2010).

Ces compétences sont supposées être maîtrisées en fin de formation. Ceci nous amène donc à nous poser cette question : « Comment les étudiants sont-ils formés à la relation ? ». Des pistes pédagogiques sont évoquées dans le référentiel de formation initiale.

2. Le référentiel de formation initiale

L'Annexe III de l'Arrêté relatif au D.E d'ergothérapeute détaille un référentiel de formation qui mentionne les finalités de la formation. Dans cette partie, nous avons pu repérer des indications spécifiques concernant l'importance d'acquérir des compétences relationnelles et un savoir-être. Au cours de son parcours scolaire, « l'étudiant développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles » ;

et, « l'étudiant apprend à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il développe sa capacité critique et de questionnement » (Ministère de la Santé et des Sports, 2010).

Les cours sont répartis en unités d'enseignement (UE) et unités d'intégration (UI). Chaque UE participe à l'acquisition d'une compétence du référentiel. Ainsi, pour se former à la compétence 6, les étudiants assistent aux cours relatifs aux UE et UI suivantes :

- 1.3 - *Psychologie - Psychologie et santé* (semestre 1)
- 4.2 - *Techniques et outils de relation et de communication* (semestre 3)
- 6.2 - *Conduite de relation, coordination et coopération* (semestre 3)

Des notions concernant la relation sont aussi abordées dans d'autres UE qui ciblent l'acquisition de compétences plus spécifiques à l'ergothérapie :

- 3.2 - *Initiation aux fondements de la pratique en ergothérapie* (semestre 1)
- 3.6 - *Médiation, relation et cadre thérapeutique* (semestre 3)

Des éléments de contenu des cours, la répartition des heures et les modalités d'évaluation sont évoqués pour chaque UE et nous retrouvons également des « recommandations pédagogiques » (Voir Annexes III à VII).

Cependant, à la lecture de ces fiches, nous constatons qu'il n'y a pas de cahier des charges précis et que les recommandations restent vagues. Chaque Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) possède sa propre marge de manœuvre pour définir clairement le contenu de ses cours et pour choisir sa méthode pédagogique. Par conséquent, ils sont relativement libres concernant la manière d'amener l'étudiant à utiliser ses savoirs en situation professionnelle pour élaborer une relation thérapeutique adaptée à la personne.

Ces enseignements exposent des concepts très théoriques de la relation d'aide. D'autres dimensions de la relation et du savoir-être ne sont pas prises en compte dans la rédaction des objectifs pédagogiques comme les dimensions affectives, culturelles, inconscientes et identitaires (Hébrard, 2011). De plus, il est difficile de concevoir que les compétences relationnelles et le savoir-être professionnel puissent être uniquement acquis par ce type d'apprentissage. Il semble être admis qu'il s'agit de compétences qui dépendent du trait de caractère de l'étudiant ou qui s'acquièrent avec l'expérience du terrain (Barthélémy, 2017). Les stages composent donc des moments clés de la formation. Ils doivent permettre à l'étudiant de « centrer son écoute sur la personne soignée » et « reconnaître ses émotions, de les canaliser et de prendre la distance nécessaire » (Ministère de la Santé et des Sports, 2010).

Pour synthétiser, au cours de son parcours de formation, l'étudiant doit devenir capable de repérer les éléments influençant la relation thérapeutique. Cela passe par l'analyse de ses propres attitudes, de ses émotions, de ses actions conscientes et inconscientes. Il doit aussi pouvoir comprendre les enjeux liés à la relation qu'il développe et qu'il entretient avec son patient. Il est donc essentiel pour lui de réaliser les messages qu'il lui transmet.

En ergothérapie, nous nous attachons à agir auprès du patient en respectant ses habitudes de vie et ses projets afin qu'il soit acteur de son évolution. La relation établie avec l'individu est un élément clé de cette l'approche, puisqu'elle permet l'expression de ses besoins. Ce sont la posture de l'ergothérapeute et sa qualité de présence qui permettent la création d'un espace d'échange et de confiance.

III. Elaboration de la question de recherche

A. Formulation de la problématique

Nous avons pu identifier que la relation thérapeutique est un facteur déterminant de l'adhésion du patient à la prise en soin en ergothérapie. Elle est influencée par plusieurs facteurs, dont l'attitude de l'ergothérapeute. Pour favoriser la relation de confiance, ce dernier doit adopter un regard positif inconditionnel, être authentique et empathique. Ce sont des qualités que les IFE tentent de développer auprès des étudiants en ergothérapie dans le cadre de l'acquisition de compétences relationnelles et d'un savoir-être. Ce sont cependant des apprentissages qui s'avèrent difficile à mettre en œuvre, car ils sont « [attribués] à des traits de personnalité souvent considérés implicitement comme innés » (Hébrard, 2011).

Or, au cours de nos recherches nous avons pu remarquer que de nombreuses publications mettent en exergue les bienfaits de la méditation sur le développement personnel de l'individu. Elle induit chez lui un changement de perspective dans l'appréhension des situations auxquelles il est confronté dans sa vie quotidienne. Et, il a été identifié que la pratique contribue, entre autres, à l'amélioration de ses habiletés relationnelles et émotionnelles.

A l'issue de ces constatations, nous sommes donc amenée à formuler la question de recherche suivante : « **Quels sont les apports de la méditation de pleine conscience pour l'ergothérapeute dans son approche relationnelle ?** »

B. Hypothèses

Deux hypothèses sous-tendent notre travail de recherche afin de proposer une réponse à la problématique :

- La méditation de pleine conscience n'apporte pas de plus-value à la formation des ergothérapeutes ;
- La méditation de pleine conscience permet à l'ergothérapeute de développer son savoir-être et ses compétences relationnelles.

PARTIE EXPLORATOIRE

I. Méthodologie exploratoire envisagée

A. Présentation de l'enquête

1. Choix de l'outil d'investigation

Pour vérifier ces hypothèses, nous avons pris le parti de suivre une méthodologie exploratoire qualitative. Plusieurs éléments justifient le choix de cette forme d'enquête pour la seconde phase de notre travail de recherche.

En premier lieu, la formulation de notre question de recherche nous invite à recueillir des valeurs qualitatives : nous recherchons des données qui seront révélées par le vécu des ergothérapeutes sur le terrain.

Ensuite, nous nous baserons sur les entretiens pour faire ressortir ce que les professionnels ont pu remarquer, ce qui fonctionne ou pas, et ce qu'ils ont réussi à mettre en place. Nous souhaitons identifier des façons de faire propre à chaque ergothérapeute. L'analyse objective de leur discours nous permettra donc de dégager des pistes de réflexion pour améliorer les pratiques et le parcours de formation de l'ensemble des ergothérapeutes. Le recueil d'informations qualitatives auprès de différents professionnels composera une base de données pour confronter nos avancées théoriques à ce qui est réalisable et observable en pratique.

2. Critères de sélection de l'échantillon

Nous avons établi une liste de critères pour sélectionner les ergothérapeutes que nous pourrions inclure dans notre enquête.

D'abord, nous souhaitons nous entretenir avec des ergothérapeutes ayant été formés à la méditation, et/ou qui ont pu l'expérimenter, et/ou qui la pratiquent encore actuellement.

Ensuite, nous avons choisi de ne pas imposer de limites d'âge ou d'années d'expérience professionnelle. Cela nous permettra d'avoir un échantillon couvrant plusieurs générations d'ergothérapeutes, ayant été formées de différentes façons aux approches relationnelles.

De la même manière, nous ne souhaitons pas restreindre notre champ d'enquête à un lieu ou à un domaine d'exercice particulier : nous voulons aborder le thème des compétences

relationnelles, or, celles-ci sont constamment sollicitées par les ergothérapeutes quel que soit le type de population rencontrée. La relation est située au cœur de la prise en soin, elle prend un caractère unique pour chaque individu et n'est pas quantifiable.

Pour ce qui est du nombre de participants à l'étude, nous avons choisi de nous limiter à cinq ergothérapeutes. Cette décision a été prise en tenant compte de la durée estimée pour réaliser l'ensemble du travail de retranscription et d'analyse de données recueillies tout en respectant un temps imparti.

3. Prise de contact avec les professionnels

C'est par le biais d'échanges avec différents professionnels que nous avons pu obtenir les coordonnées d'ergothérapeutes pouvant correspondre à nos critères de recherche. Nous avons donc été orientée vers ces ergothérapeutes de manière informelle : soit par nos propres rencontres faites en stage, soit par les réseaux professionnels de notre maître de mémoire et de notre Institut de Formation. En conséquence, la majorité des professionnels qui seront interrogés exercent dans la région Grand-Est.

Nous souhaitons prendre contact avec eux par mail, afin de leur proposer de participer à l'enquête. Ce premier contact a donc été réfléchi puisqu'il posera le cadre des futurs entretiens. Nous voulons mettre en avant le sérieux de notre travail et lui donner une légitimité. Il s'agit donc d'être clair sur les objectifs de notre démarche de recherche et de faire comprendre au professionnel l'importance qu'aurait son témoignage pour faire évoluer les pratiques des ergothérapeutes.

Ainsi, dans ce premier message, nous précisons plusieurs points :

- Une brève présentation personnelle ;
- Une présentation générale du thème de notre mémoire et de la méthodologie exploratoire suivie (entretiens semi-directifs). Nous ne souhaitons pas détailler l'énoncé de notre question de recherche, afin d'éviter tout biais d'anticipation qui pourrait restreindre la spontanéité et le contenu du discours ;
- Une explication de la raison pour laquelle son témoignage en particulier nous intéresse (adéquation aux critères de sélection) et la proposition de participer à notre étude ;
- Des informations générales concernant le déroulé des entretiens et le mode de recueil du discours, dans le cas où il accepterait notre proposition. Nous lui indiquons la durée estimée de l'échange (une heure environ), et nous justifions la

- volonté d'effectuer un enregistrement audio : il facilitera la discussion et le travail de retranscription. Nous insistons bien évidemment sur la garantie de l'anonymat ;
- Nos coordonnées afin de reprendre contact ou de préciser certains éléments.

4. Aspects pratiques du recueil de données

Une fois la proposition acceptée, les conditions d'entretien sont négociées avec les personnes enquêtées. Le cadre établi aura une influence sur la qualité de l'échange réalisé. Nous pensons donc qu'il est nécessaire de définir d'un commun accord un espace-temps suffisant pour que notre interlocuteur ait la liberté de s'exprimer sans précipitation, pour qu'il puisse développer ses propos et pour qu'une relation de confiance s'installe. De même, le lieu de l'entretien est négocié. L'essentiel pour nous étant de le réaliser dans un endroit calme, neutre, qui évite toute interruption.

Dans l'idéal, nous effectuerons un enregistrement audio de la discussion, en nous assurant d'abord de l'accord de la personne, et en lui garantissant ensuite son anonymat. Il permettra de conserver le discours de l'enquêté avec exactitude. Nous pourrions ainsi être entièrement présents à la discussion ; et cela évitera le travail de retranscription en temps réel qui pourrait entraver la fluidité de l'échange. De plus, la prise de notes modifierait la qualité des propos recueillis par des résumés, des reformulations ou des interprétations de notre part. Ces enregistrements audios seront retranscrits par la suite, dans le but de faciliter l'analyse de leur contenu. Nous prendrons tout de même quelques notes pendant l'échange, afin de revenir plus tard sur certaines informations que nous souhaiterons développer, et pour ne pas entraver la spontanéité du discours de l'ergothérapeute.

Notre travail de recherche porte sur la méditation et les compétences relationnelles de l'ergothérapeute. Ce sont des sujets vastes, qui peuvent être évoqués sous différents aspects, c'est pourquoi les entretiens seront semi-directifs. Nous aborderons ainsi un certain nombre de thèmes grâce à un protocole prévu à l'avance, et cela facilitera l'expression de notre interlocuteur. Les échanges seront structurés et orientés par des indicateurs pour obtenir des informations précises qui apporteront des éléments de réponse à notre question de recherche. Il est donc essentiel de réfléchir sur le déroulé de l'entretien, en amont de la rencontre avec l'ergothérapeute, en élaborant un guide qui nous servira de support pour orienter la discussion.

B. Le guide d'entretien

1. Objectifs et méthodologie

Le guide d'entretien est un outil sur lequel nous nous appuyerons pour recueillir l'ensemble des informations nécessaires à l'enquête sans faire l'impasse sur certains sujets. C'est un support qui recense les questions que nous souhaitons évoquer avec l'ergothérapeute. Pour construire ce guide, nous nous efforçons de suivre une méthodologie précise afin d'être le plus complet possible et d'éviter au mieux les biais. Il s'agit de faire une liste récapitulative des thèmes à aborder et des questions à poser. Pour cela, nous devons traduire notre question de recherche et nos hypothèses en indicateurs concrets qui pourront être développés lors de l'échange. La construction et l'utilisation du guide sont importantes, puisqu'il est le garant d'une reproductibilité et permet de prendre en compte toutes les dimensions de notre objet d'étude.

Les questions sont formulées de manière à conserver une neutralité et à favoriser l'expression du professionnel. Elles sont donc de préférence ouvertes. Néanmoins, la formulation des questions variera en fonction des propos de l'ergothérapeute et du contexte de l'échange. Nous ne nous attacherons pas à respecter un ordre précis dans leur enchaînement, nous tenons seulement à ce que l'ensemble des thèmes soit discuté. Le guide est donc un outil adaptable à l'évolution de la discussion. Il permet de structurer et de recentrer implicitement la pensée de la personne enquêtée. Il servira de base à l'échange mais il est tout à fait possible de laisser l'ergothérapeute développer d'autres thèmes si nous jugeons, sur l'instant, qu'ils apporteront de nouveaux éléments de réponse.

Concrètement, le guide comporte une liste d'une quinzaine de questions principales, classées par thèmes et par indicateurs. De ces questions peuvent découler des questions complémentaires ou des relances. Les thèmes à évoquer sont définis d'après notre recherche théorique. Le guide comporte également une consigne qui pose le cadre de l'entretien. Elle précise notre position de neutralité et de respect face aux propos reçus, ce qui est essentiel pour recueillir les expériences, les ressentis et pour prendre en compte la sensibilité de chaque professionnel.

2. Construction du guide d'entretien

a) La consigne

Nous avons imaginé la consigne suivante, qui servira d'introduction à chaque entretien :

« Bonjour, d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir accepté cet entretien. Je vous précise qu'il sera, avec votre accord, enregistré afin de conserver la justesse et la qualité de vos propos. Cet enregistrement sera détruit une fois les données exploitées, sauf si vous souhaitez en conserver une copie. La durée de cet entretien sera variable en fonction de vos réponses et de votre expérience, mais elle ne devrait pas excéder une heure. Je vous rappelle que votre anonymat, ainsi que celui des personnes dont vous pourriez parler sera préservé. Etant étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation de Nancy, cet échange entre dans le cadre de la phase exploratoire de mon mémoire d'initiation à la recherche, dont le sujet porte sur la méditation. Au cours de cet entretien, je serai donc amenée à vous poser des questions, je vous invite à y répondre librement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Sachez que, ce qui m'intéresse, c'est justement de comprendre votre point de vue d'ergothérapeute sur le sujet, et de prendre connaissance de votre expérience. C'est aussi pour ces raisons que je vous proposerai probablement d'approfondir certains de vos propos, même s'ils peuvent vous paraître insignifiants. Je tiens également à vous préciser que je garderai une position neutre concernant le contenu de votre discours. N'hésitez pas à me faire répéter ou à m'interrompre si vous ne saisissez pas le sens de mes questions. Et enfin, avant de commencer, si vous avez la moindre question ou appréhension concernant cet entretien ou son objectif, je vous invite à m'en faire part. »

b) Les indicateurs et les thèmes

Pour construire notre guide, nous nous sommes ensuite appuyée sur les notions théoriques ayant permis l'élaboration de la question de recherche. Nous avons traduit cette question et nos hypothèses en indicateurs sur lesquels nous nous baserons pour explorer des pistes auprès des professionnels. Trois indicateurs ont donc été définis : la relation patient-ergothérapeute ; la formation aux techniques relationnelles ; la méditation de pleine conscience et l'ergothérapeute.

Ce sont des sujets vastes, que nous avons subdivisés en différents thèmes. Ainsi, les questions seront classées en respectant cette organisation :

Indicateur n°1 : La relation patient-ergothérapeute

- Le savoir-être et les compétences relationnelles
- Les facteurs influençant la relation

Indicateur n°2 : La formation aux techniques relationnelles

- La formation initiale
- Les formations continues et complémentaires

Indicateur n°3 : La méditation de pleine conscience et l'ergothérapeute

- La formation du professionnel à la méditation
- Les changements au niveau professionnel

c) Les questions

Nous avons formulé les questions suivantes, que nous justifions par les informations que nous souhaitons recueillir.

Début de l'entretien par un recueil de données socio-démographiques :

Commencer l'entretien en recueillant ces données nous permettra d'entrer en relation avec la personne interrogée de façon anodine. Il s'agit de connaître les caractéristiques de l'expérience professionnelle du thérapeute. Grâce à ces informations, nous pourrons ensuite comprendre les divergences et les convergences qui émergeront dans les différents propos des ergothérapeutes. Les questions sont les suivantes :

- « *Quel est votre lieu de travail actuel et quel type de population rencontrez-vous de façon générale ?* » ;
- « *Quel est votre parcours professionnel (structures, populations...) et depuis combien de temps exercez-vous ?* » ;
- « *En quelle année avez-vous été diplômé(e) et dans quel établissement avez-vous suivi vos études ?* »

Indicateur n°1 : La relation patient-ergothérapeute

- Sur le thème du savoir-être et des compétences relationnelles :

« Dans votre travail, comment créez-vous la relation dès votre premier contact avec le patient/résident ? »

Par cette première question, nous amorçons la discussion à travers une mise en situation simple, à laquelle l'ergothérapeute est couramment confronté dans son travail. Nous repérons les facteurs que le professionnel juge essentiels pour poser le cadre de la future relation thérapeutique. Nous mesurons à quel point il donne de l'importance à ce premier contact. Ainsi, nous recherchons les enjeux, qui selon l'ergothérapeute, semblent se jouer au travers de ce moment. Des questions complémentaires et des relances ont été imaginées pour que le thérapeute puisse développer son argumentation :

- *« A quels éléments êtes-vous attentif ? » ;*
- *« Pourquoi ce premier contact est-il important en ergothérapie ? »*

« En tant qu'ergothérapeute, quel sens donnez-vous à l'expression "savoir-être" ? »

L'objectif est de recenser les éléments qui permettent au thérapeute de définir et de développer son savoir-être. Nous pourrions compléter sa réflexion par cette question complémentaire : *« Par quels moyens pensez-vous avoir développé cette compétence ? »*.

« Qu'est-ce qu'une bonne connaissance de vous-même vous apporte en tant que thérapeute ? »

Nous voulons mesurer comment le niveau de développement personnel du thérapeute impacte l'acquisition du savoir-être et des compétences relationnelles pour prendre en soin des personnes en situation de handicap de façon adéquate.

- Sur le thème des facteurs influençant la relation :

« D’après votre expérience, quels facteurs avez-vous pu identifier qui influencent la qualité de la relation que vous entretenez avec le patient/résident ? »

L’objectif de cette question est de recueillir auprès de l’ergothérapeute les paramètres qu’il a pu repérer au fil de son expérience qui améliorent la relation avec le patient. Nous voulons savoir comment il procède pour établir une relation de confiance ; et aussi connaître les éléments sur lesquels il s’appuie pour faciliter l’adhésion de la personne à la prise en soin. Dans sa réponse, nous souhaitons également repérer des attitudes, des comportements, des contextes sur lesquels il agit pour favoriser la relation d’aide. Nous voulons donc mesurer à quel point le thérapeute prend conscience de ces facteurs, et déterminer s’il agit dessus de façon intentionnelle et réfléchie. Il nous semble également intéressant de savoir comment les représentations du thérapeute ou les caractéristiques de la population qu’il rencontre modifient sa façon d’être impliqué dans la relation et comment il s’y adapte. Nous souhaitons donc aussi faire ressortir la spécificité de l’accompagnement des personnes en situation de handicap en ergothérapie. Des questions complémentaires peuvent permettre de préciser cette question principale :

- « Sur quels éléments vous appuyez-vous, que ce soit par rapport à votre attitude ou à votre comportement ? » ;
- « De quelle manière modifiez-vous votre attitude relationnelle en fonction de la population avec laquelle vous travaillez ? » ;
- « Dans quelle mesure les perceptions que vous avez de votre patient/résident et de son histoire de vie peuvent-elles modifier la relation que vous entretenez avec lui ? » ;
- « En tant qu’ergothérapeute, nous utilisons l’activité comme médiation. En quoi cette médiation détermine-t-elle l’évolution de la relation ? »

« De quelle manière le fonctionnement de votre structure impacte-t-il la relation que vous développez avec le patient/résident ? »

Nous souhaitons ici connaître les conséquences du fonctionnement institutionnel sur la qualité de la relation thérapeutique. Nous voulons savoir comment ce système modifie la

capacité du thérapeute à être entièrement disponible à la personne qu'il prend en soin. Cette question amène donc implicitement le professionnel à réfléchir sur les paramètres selon lesquels il s'estime pleinement présent à son patient/résident. Nous pourrions également échanger sur les moyens qu'il développe pour respecter ses valeurs d'ergothérapeute et son idéal de prise en soin, tout en se conformant à l'organisation institutionnelle et à ce qu'il peut concrètement réaliser. Nous pourrions ainsi définir les effets que la structure médicale induit sur les rôles de thérapeute et de patient/résident.

« Il peut arriver que des éléments de votre vie privée puissent influencer vos émotions. Dans quelle mesure estimez-vous qu'ils impactent votre capacité à être entièrement présent(e) pendant une séance avec le patient/résident ? »

Cette question permet de déterminer les méthodes que le thérapeute utilise pour gérer ses émotions et les effets que celles-ci induisent sur la relation soignant-soigné et sur l'efficacité de la prise en soin. Nous voulons savoir sur quoi il s'appuie pour trouver un équilibre entre les événements de sa vie personnelle et leurs retentissements sur sa vie professionnelle.

« Lorsque vous avez la sensation d'être dans une situation relationnelle qui vous met en difficulté, par exemple, lorsque le patient/résident a un comportement agressif ou lorsqu'il exprime une détresse émotionnelle, comment réagissez-vous sur le moment ? »

Ici, nous abordons des situations relationnelles auxquelles l'enquêté a pu être occasionnellement confronté dans son travail. L'objectif est de nous appuyer sur son expérience pour qu'il nous explique les stratégies ou les moyens qu'il sollicite. Nous recherchons donc les méthodes qu'il emploie pour mieux vivre ce moment et pour accompagner au mieux la personne en situation de handicap. La question peut être précisée par ces relances :

- *« Comment procédez-vous pour l'accompagner et maintenir une relation d'aide appropriée ? » ;*
- *« Comment faites-vous pour gérer les sensations que cette situation induit chez vous ? »*

Indicateur n°2 : La formation aux techniques relationnelles

- Sur le thème de la formation initiale :

« Lorsque vous étiez étudiant(e) en ergothérapie, de quelle manière avez-vous étudié la relation ? »

Cette question nous permettra d'avoir connaissance des différentes méthodes pédagogiques utilisées pour former les ergothérapeutes à la relation. Cela nous donne également un retour sur la qualité de ces enseignements. Et, nous pourrons ainsi savoir ce que les professionnels jugent fondamental dans la formation des étudiants pour aborder de façon adéquate les différentes situations rencontrées sur le terrain. Ces questions complémentaires et relances permettront d'approfondir ce thème :

- *« Qu'est-ce que les cours théoriques vous ont concrètement apporté pour développer vos compétences relationnelles ? Et la pratique (TD, stages...) ? » ;*
- *« Estimez-vous que ces enseignements vous aient permis d'appréhender de façon adéquate toutes les situations que vous avez pu rencontrer sur le terrain par la suite ? Pourquoi ? »*

« Dans le contexte de vos études d'ergothérapie, avez-vous pu expérimenter certaines techniques d'approche psychocorporelle ? »

Nous voulons savoir si les ergothérapeutes ont été sensibilisés à ce type d'approche pendant leur scolarité. L'objectif est aussi de repérer comment ils ont pu traduire ces enseignements sur le terrain. Nous souhaitons identifier l'intérêt d'inscrire ces initiations dans le parcours de l'étudiant. C'est pour cette raison que nous avons formulé cette relance : *« Dans quel(s) objectif(s) pédagogique(s) ? »*.

- Sur le thème des formations continues et complémentaires :

« Une fois diplômé(e), avez-vous suivi des formations qui vous ont permis d'améliorer/approfondir vos compétences relationnelles ? »

L'objectif est de repérer les besoins de formation dans le domaine des compétences relationnelles exprimés par les ergothérapeutes. Nous voulons déterminer les types de formations qui complètent l'acquisition de ces compétences. Enfin, il sera intéressant de savoir si ces formations rentraient dans le cadre d'une formation professionnelle continue ou si elles étaient suivies en parallèle de leur exercice professionnel, par une initiative personnelle. Nous pourrons relancer l'ergothérapeute par ces questions :

- « Pourquoi avez-vous ressenti ce besoin de formation ? » ;
- « Sur quoi portaient ces formations ? »

Indicateur n°3 : La méditation de pleine conscience et l'ergothérapeute

- Sur le thème de la formation du professionnel à la méditation :

« Comment avez-vous connu la méditation ? Qu'est-ce qui vous a amené à vous y initier/former ? »

Ces premières questions permettront d'amorcer la discussion sur le thème de la méditation. Nous pourrons également identifier les types de programmes suivis par cette relance : « Concrètement, quelles formations avez-vous expérimenté (durée, techniques employées...) ? ».

« Pratiquez-vous encore actuellement ? Pourquoi ? Et si oui, comment ? »

Nous voulons que le professionnel s'exprime sur son expérience de la méditation. Il s'agit aussi d'identifier les modalités de sa pratique afin de prendre du recul sur les éventuels effets qu'il peut citer. Nous cherchons également à savoir si une pratique régulière est essentielle pour que ces changements se maintiennent. L'ergothérapeute pourra développer ses

propos à l'aide de la question complémentaire suivante : « *Quelles modifications dans votre vie personnelle avez-vous pu ressentir et qui vous semblent être liées à la méditation ?* ».

- Sur le thème des changements au niveau professionnel :

« En quoi votre pratique personnelle de la méditation influence-t-elle votre vie professionnelle ? »

Cette question doit déterminer la manière dont l'ergothérapeute a intégré la méditation dans sa vie professionnelle. L'objectif est d'observer ce que ça lui apporte au quotidien, au contact des personnes avec lesquelles il entre en relation. La question est ouverte pour que l'enquêté ne se limite pas seulement au domaine de la relation. Nous poserons éventuellement les questions complémentaires suivantes :

- « *Quels changements avez-vous pu remarquer concernant votre approche relationnelle avec les patients/résidents depuis que vous avez expérimenté la méditation ?* » ;
- « *Au-delà des interactions avec les patients/résidents, quels autres changements remarquez-vous dans votre vie professionnelle ?* » ;
- « *En quoi la méditation vous permet-elle de remettre en question vos pratiques professionnelles ?* »

« Concrètement, comment intégrez-vous la méditation dans votre travail ? »

Nous souhaitons savoir ce que l'ergothérapeute a pu mettre en place et aussi avoir un retour sur ses expériences afin de déterminer des avantages ou des limites. Il peut être également utile de connaître dans quelles situations et dans quel cadre ils utilisent la méditation. C'est pourquoi nous pouvons préciser cette question principale :

- « *Comment l'intégrez-vous pour vous ?* » ;
- « *Avez-vous pu mettre des choses en place auprès de patients/résidents ou auprès de professionnels ? De quelle manière ?* »

« *Quels liens établissez-vous entre la méditation et l'ergothérapie ?* »

C'est une question vaste, qui nous permettra de trouver les points communs que l'ergothérapeute a repérés entre les concepts de méditation et d'ergothérapie. Il pourra ainsi justifier la légitimité de son utilisation en ergothérapie.

Fin de l'entretien par une ouverture sur le thème de la méditation pour les étudiants :

« *Selon vous, en quoi l'initiation des étudiants en ergothérapie à la méditation pourrait-elle être utile ?* »

Cette question sert d'ouverture sur le sujet. Elle permet de recueillir les avis et les attentes des ergothérapeutes qui pourront permettre d'améliorer leur formation. Nous pourrions ainsi identifier des objectifs pédagogiques qui pourraient légitimer l'initiation des étudiants à la méditation et évoquer des pistes de réflexion. Nous pourrions compléter cette question par celle-ci : « *Afin d'optimiser cette initiation des étudiants, comment pourriez-vous imaginer son introduction dans leur cursus de formation initiale ?* ».

Ce guide d'entretien prend la forme d'un tableau afin de faciliter son utilisation pendant l'échange. Nous vous invitons à le consulter en annexe (Voir Annexe VIII).

C. Méthode d'analyse envisagée

1. Objectifs et méthodologie

Pour garantir la scientificité de notre travail et afin d'exploiter au mieux l'ensemble du contenu qualitatif collecté par les entretiens, nous avons choisi d'utiliser une méthode d'analyse thématique.

La méthode consiste à segmenter le contenu des discours pour repérer des champs lexicaux appartenant à différents thèmes. Ces thèmes sont répertoriés à l'avance dans une matrice. Ils ressortent de la théorie et de nouveaux thèmes émergent directement des propos

recueillis. Ils sont cités en colonne, tandis que chaque ligne correspond à une personne interrogée. A partir de cette grille, nous pourrions faire plusieurs analyses :

- Une analyse longitudinale : elle fera ressortir les informations pertinentes et nous repérerons les récurrences, les liens logiques ou les incohérences au sein d'un même discours ; sans pour autant nous lancer dans des interprétations. Ce type d'analyse permettra de caractériser la qualité de chaque entretien ;
- Une analyse verticale : elle se fera par thème. Il est alors possible de comparer les différentes sources. Les convergences et surtout les divergences sur certains sujets permettront de construire une typologie ;
- Une analyse transversale : cette dernière analyse nous donnera la liberté d'interpréter les données, de les théoriser, de leur donner du sens en mettant en relation tous les éléments.

L'analyse des données permettra d'avoir une approche des différents processus d'intervention que les ergothérapeutes mettent en place de façon intuitive.

2. La grille d'analyse

Les thèmes figurant dans notre grille d'analyse ont été identifiés en réfléchissant à propos des éléments de réponse que les personnes pourraient développer. Nous retrouvons donc de façon logique les thèmes principaux de notre guide d'entretien ; qui pourront évoluer au cours de l'analyse, en étant précisés, renommés ou subdivisés en sous thèmes. La grille est par conséquent un outil modulable, qui s'adapte au fur et à mesure de notre travail de codage des discours. Les thèmes, qui seront classés en colonne sont les suivants :

- Thème 1 : les caractéristiques de la personne interrogée ;
- Thème 2 : les définitions du savoir-être et des compétences relationnelles ;
- Thème 3 : les facteurs d'influence de la relation ;
- Thème 4 : l'acquisition des compétences relationnelles par la formation ;
- Thème 5 : la méditation à titre personnel ;
- Thème 6 : la méditation dans le cadre professionnel ;
- Thèmes n et n+1 : nouveaux thèmes évoqués par les ergothérapeutes ; ou résultant d'une subdivision des thèmes précédents.

Nous vous invitons à consulter notre grille d'analyse en annexe (Voir Annexe IX).

II. Résultats envisagés

Nous avons envisagé les résultats qui émergeront de l'analyse des entretiens. Ils permettront de proposer des pistes pour valider ou invalider nos hypothèses de recherche et ils seront détaillés par thème. Ces critères seront illustrés par l'étude de la littérature, par des témoignages d'ergothérapeutes ou par notre expérience personnelle en ergothérapie et en méditation.

A. Sur le thème des facteurs influençant la relation

Pour ce qui est de la relation, les personnes interrogées pourront citer plusieurs facteurs qui jouent sur la qualité de l'échange : l'attitude relationnelle du patient, le contexte institutionnel et l'attitude du thérapeute. Ils s'influencent mutuellement et leurs caractéristiques impactent directement la qualité de la relation qui se construit.

D'abord, les ergothérapeutes peuvent remarquer que l'aptitude relationnelle du patient varie par son vécu, son histoire de vie, son âge, son sexe, sa culture, ainsi que ses difficultés. En effet, les troubles du patient modifient l'approche relationnelle du thérapeute, comme nous le constatons au contact de certaines populations telles que les personnes âgées atteintes de démences, les enfants polyhandicapés ou les personnes présentant des troubles du spectre autistique. Ce sont généralement des personnes pour qui le contact et la relation de confiance établie avec le professionnel sont déterminants dans l'adhésion à la prise en soin.

L'ergothérapeute peut aussi remarquer que les représentations qu'ont les patients et leurs proches de son rôle influencent leurs comportements et leurs attentes quant à la relation thérapeutique. Leur projet de vie et leur motivation intrinsèque modifient ces attentes au niveau de la demande et des besoins.

Les proches et la famille (parents, enfants, conjoints) sont aussi directement inclus dans la sphère patient, ils se révèlent être des éléments facilitateurs ou inhibiteurs de la relation, d'autant plus lorsque la dépendance de la personne est grande. Si la relation de confiance se perd à ce niveau, il sera difficile pour l'ergothérapeute de maintenir la qualité du parcours de soin envisagé.

Enfin, l'attitude relationnelle du patient est aussi directement liée à sa personnalité, son humeur et ses émotions, ainsi qu'à la confiance qu'il a en lui-même et en ses capacités.

Ensuite, les personnes interrogées peuvent aussi évoquer le contexte de prise en soin comme facteur d'influence de la relation. En ergothérapie, cela oblige le thérapeute à suivre un plan d'intervention et des objectifs. En gardant cet aspect en tête, l'ergothérapeute construit sa relation avec, comme support, l'activité ou l'objet. Elle permet de créer un lien, la relation devient médiatisée. L'utilisation d'une activité signifiante est d'autant plus efficace pour soutenir la relation thérapeutique et créer l'échange avec le patient. L'effet de la médiation sur la relation est encore plus remarquable lorsque nous l'observons auprès de personnes en situation de polyhandicap ou présentant des troubles du comportement. Elle les apaise, les implique, et ils peuvent vraiment « être » dans la relation.

Nous pouvons identifier que le cadre environnemental dans lequel nous interagissons avec le patient a aussi une conséquence directe sur son aptitude à entrer en relation. Nous constatons que lorsque les personnes interagissent dans un cadre rassurant, elles sont plus disponibles à la relation, que ce soit dans leur lieu de vie ou dans une institution. Les environnements humains et matériels de la structure d'accueil agissent donc sur la confiance du patient. Par exemple, le recueil des bonnes pratiques professionnelles concernant l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée décrit l'influence de l'architecture et de l'organisation de l'établissement médico-social sur l'autonomie relationnelle des résidents (ANESM, 2009). L'organisation et le fonctionnement institutionnel peuvent donc aussi impacter les acteurs de la relation.

De plus, il peut arriver que les objectifs de productivité de la structure entravent la relation avec le patient, en obligeant parfois le thérapeute à faire des concessions dans ses prises en soin (diminution du temps passé avec le patient, travail en double tâche, privilégier les personnes avec le plus de difficultés...). Par cette organisation, le thérapeute est entraîné dans une liste de tâches à faire, qui le met à distance de son patient, même s'il s'efforce de le placer au cœur de la prise en soin. Cet aspect est plus prédominant dans les structures sanitaires (hôpitaux, cliniques) qu'au sein d'établissements médico-sociaux (foyers de vie, EHPAD, IME). Certains dysfonctionnements de la structure peuvent aussi rompre la confiance générale des patients dans la qualité des soins proposés, cela modifie de façon indirecte la relation soignant-soigné, surtout lorsque le patient n'est pas familier de ces milieux.

Enfin, les enquêtés peuvent expliquer que des paramètres relatifs au rôle du thérapeute interviennent dans la construction de l'interaction soignant-soigné. En effet, dans son travail, l'ergothérapeute construit la relation en gardant à l'esprit ses objectifs thérapeutiques et en étant guidé par le besoin de recruter la motivation du patient pour qu'il adhère au parcours de

soin envisagé. Le cadre thérapeutique et les repères qu'il est capable de mettre en place jouent donc sur la suite de la relation (Simonnet-Guéréau, 2014). Par exemple, une mauvaise attitude relationnelle peut engendrer du stress, de la peur, un blocage et des troubles du comportement (ANESM, 2009).

Les ergothérapeutes peuvent aussi repérer des caractéristiques plus personnelles qui entrent en jeu dans leurs attitudes, telles que : leur vie privée, leur personnalité, leurs émotions, leurs attentes et les représentations qu'ils se font du patient. Ce sont des éléments qui déterminent dans quelle mesure ce que la personne leur demande ou leur exprime résonne en eux. Par exemple, la perception qu'ils ont de sa détresse peut influencer leur degré d'implication dans la relation thérapeutique, en les amenant à être plus attentifs. Leur réaction est aussi influencée par le fait qu'ils estiment leur patient plus ou moins conscient de son comportement (traumatisés crâniens, personnes atteintes de démences...). Néanmoins, dans tous les cas, l'investissement émotionnel lié à l'histoire de vie, au vécu ou à l'âge de la personne est inévitable.

B. Sur le thème du savoir-être et des compétences relationnelles

Pour les ergothérapeutes, le savoir-être et les compétences relationnelles se traduisent par un ensemble d'attitudes qu'ils sont capables de transmettre au patient pour faciliter la relation d'aide. Ces attitudes ont un impact significatif sur la confiance placée dans la relation. Ce sont des paramètres qui importent autant que le service de soin en lui-même. Par exemple, dans ce domaine, les personnes recherchent auprès du soignant : la réponse à leurs attentes, la disponibilité, l'écoute, l'amabilité, le respect, le réconfort, l'attention et la connaissance du patient (Phanuel, 2002). Des éléments liés à la personnalité de l'ergothérapeute, à ses habiletés intellectuelles et à ses talents individuels entrent donc en jeu.

Pour cela, les enquêtés peuvent évoquer la mobilisation de plusieurs qualités telles que la curiosité, la créativité, l'ouverture, l'écoute, la tolérance, la bienveillance et l'empathie. L'ergothérapeute s'efforce de rester aimable, respectueux et compréhensif. Il cherche également à favoriser l'expression de son patient sur ses problèmes. Il s'appuie sur ses capacités d'analyse et d'observation pour comprendre ce qu'il exprime. Elles lui permettent de cerner au mieux l'individu pour adapter son comportement à son mode de fonctionnement. L'ergothérapeute Béatrice Simonnet-Guéréau, exerçant en psychiatrie, parle de « compréhension intuitive des besoins du patient » et relie cette capacité à l'authenticité : « elle est faite d'une grande sensibilité qui nous rend capable d'entendre, de percevoir l'autre et ses

besoins tout en écoutant ce qui se passe à l'intérieur de soi. [...] Elle implique d'être en capacité de recevoir et de traverser des mouvements affectifs intenses » (Simonnet-Guéréau, 2014).

La connaissance et l'utilisation de techniques de communication verbale et non verbale est aussi importante pour les ergothérapeutes. La communication non verbale permet notamment de jouer sur des réactions physiques, telles que le regard, les mimiques, les gestes, le contact tactile. Souvent, le fait d'allier les gestes à la parole redonne des repères au patient et diminue son appréhension concernant ce qu'il va se passer. Ce sont des éléments qui peuvent rassurer les personnes désorientées. Dans son travail, l'ergothérapeute peut également utiliser cette approche lorsqu'il évalue et intervient sur l'installation de la personne (positionnement au lit, réglage de repose-pied...) ou lorsque son patient exprime un mal-être. Le contact tactile est aussi primordial dans le milieu du polyhandicap pour établir et soutenir une relation.

Dans leurs discours, les ergothérapeutes peuvent mentionner la notion de distance professionnelle adéquate, ou plutôt de juste présence : elle nécessite pour le soignant de savoir prendre du recul et d'être capable de trouver un équilibre entre son investissement émotionnel et son investissement professionnel. Ils peuvent expliquer que cela passe donc par une bonne connaissance de soi : connaître ses valeurs, ses réactions, son propre fonctionnement, ses capacités de gestion émotionnelle. Un thérapeute qui se connaît au mieux sera plus compétent pour développer la relation avec le patient. Il reste congruent, authentique, lui-même dans toute situation difficile (troubles du comportement, agressivité, détresse, plaintes...). C'est ce qu'exprime Béatrice Simonnet-Guéréau : « son authenticité et sa sensibilité personnelle amènent le thérapeute à une plus grande justesse dans la perception de l'autre, et son engagement peut induire une plus grande tolérance envers ses émotions. [...] Cet accompagnement nécessite une solidité personnelle et des ressources soutenantes pour le soignant » (Simonnet-Guéréau, 2014).

Enfin, sa capacité à être confiant dans sa pratique professionnelle joue également sur son attitude (savoir qui il est et pourquoi il est là). Il est important de mentionner que certains événements de sa vie privée peuvent aussi impacter ses émotions et modifier son comportement au travail, dont sa capacité à être totalement attentif et disponible pour le patient. C'est cependant en gardant le patient au centre de son attention, et en tenant compte de sa singularité que l'ergothérapeute peut entretenir la relation de confiance.

Au regard de ces éléments, il est donc évident que le niveau de développement personnel du thérapeute exerce une influence non négligeable sur son développement professionnel, notamment dans l'acquisition de ses compétences relationnelles et de son savoir-être.

C. Sur le thème de l'acquisition des compétences relationnelles par les formations initiale, continue et complémentaire

Pour aborder la formation initiale, nous nous baserons sur notre expérience scolaire personnelle à l'IFE Lorraine Champagne-Ardenne (IFE-LCA).

La formation initiale en ergothérapie permet aux étudiants d'acquérir des connaissances au sujet de la relation, par l'étude théorique de modèles conceptuels (modèle humaniste, psychodynamique, etc.). Des cours au sujet de la relation médiatisée permettent aux élèves de mieux comprendre les enjeux de la spécificité de la relation en ergothérapie. Ils peuvent expérimenter les processus de construction de cette relation en travaillant en groupe. Ils repèrent ainsi les facteurs qui influencent la mise en place d'un cadre et d'une relation thérapeutique. Les étudiants participent aussi à des travaux dirigés (dans le cadre de l'UE 4.2), animés par une intervenante possédant un doctorat en sciences de l'éducation portant sur les relations d'accompagnement, mais qui n'est pas ergothérapeute. Pendant ces cours, ils découvrent en petits groupes (dix-sept personnes environ) différentes techniques relationnelles. L'intervenante possède une certaine liberté au niveau du contenu pédagogique. Elle se base donc sur les échanges et sur les problématiques rencontrées en stage par les étudiants pour adapter le contenu de son cours (ce qui peut expliquer parfois des variations sur les sujets abordés entre les groupes). De façon concrète, les élèves peuvent par exemple prendre part à des mises en situation professionnelles pour expérimenter des techniques de communication. Il faut cependant noter que ces mises en scène ne permettent pas de faire ressentir aux étudiants le même impact émotionnel qu'ils pourraient vivre en situation réelle, cela biaise donc leurs réactions. Néanmoins, cela peut servir de support à la discussion pour trouver des éléments de réponse, pour débattre et échanger sur leurs expériences et, *in fine*, questionner leurs pratiques professionnelles. Les étudiants sont ainsi préparés à rencontrer des situations délicates, mais il reste encore la difficulté de pouvoir transférer ces acquis, pour savoir gérer le spontané et l'imprévu. Ces deux éléments ont tendance à les distancier de la réflexion pure et du respect de leur cohérence en les plongeant dans des réactions plus instinctives et émotionnelles. Peu d'outils sont proposés pour les aider à mieux appréhender l'impact des émotions sur le moment.

Les IFE misent donc généralement sur les capacités d'adaptation de l'étudiant face aux expériences. La formation des étudiants passe alors inévitablement par les stages, pour qu'ils puissent développer leurs façons d'entrer en contact et de créer la relation avec le patient. C'est ce qu'explique Anne Barthélémy, référente pédagogique de l'IFE-LCA : « dans le contexte de

la formation initiale, [...] apprendre à demeurer authentique face au patient, à accepter et à comprendre l'autre tel qu'il est en faisant abstraction de tout critère moral ou social engage l'étudiant dans une démarche complexe, singulière, intime. L'apprentissage expérientiel de la relation à l'autre lors des stages cliniques permet à l'étudiant de développer ces compétences par la contextualisation des notions et concepts enseignés » (Barthélémy, 2017).

Au-delà de la formation initiale, les ergothérapeutes interrogés peuvent nous expliquer que les compétences relationnelles se développent continuellement au cours de la vie professionnelle, en lien avec les expériences, les années, les lieux d'exercice, et la diversité des populations rencontrées. Ils évoluent par l'analyse réflexive qu'ils font de leur propre pratique. Ils peuvent alors estimer qu'il leur manque des outils ou des connaissances pour construire des relations appropriées. Pour les compléter, ils s'orientent vers des formations continues ou complémentaires. Celles-ci portent généralement sur des techniques d'accompagnement de patients présentant des troubles spécifiques. Par exemple, ils peuvent évoquer la formation à l'approche de la Stimulation basale® pour accompagner les enfants en situation de polyhandicap ; la formation à la méthode de Validation® selon Naomi Feil en gériatrie ; ou d'autres formations moins ciblées telles que l'hypnose conversationnelle et l'approche Snoezelen. Ils peuvent également en mentionner d'autres, dont l'objectif affiché est d'initier le thérapeute à de nouveaux moyens thérapeutiques pouvant s'inscrire dans le parcours de soin du patient : sophrologie, relaxation... Ces enseignements sont aussi utiles pour le professionnel. Il y découvre des outils qui l'aideront à mieux appréhender l'impact émotionnel de l'accompagnement. Mais, nous pouvons constater que ces formations liées à la gestion du vécu relationnel ne sont pas toujours priorisées ou privilégiées par le thérapeute. En effet, il trouve généralement de lui-même, souvent de façon inconsciente, ses propres solutions. Cela passe par l'expression verbale (discussion avec ses proches ou ses collègues pour dédramatiser et prendre de la distance) et par l'expression corporelle : activités physiques ou activités plus introspectives permettant un travail sur soi (sport, méditation).

D. Sur le thème de la méditation à titre personnel

Les ergothérapeutes sont généralement amenés à découvrir la méditation par une initiative personnelle, pour satisfaire leur propre curiosité ou dans un objectif de développement personnel. Ils peuvent donc avoir suivi des programmes de formation spécifiques sur plusieurs mois, ou de simples séances de découverte, qui combinent de

nombreuses techniques de méditation. Dans tous les cas, ils acquièrent par ces cours des bases de théorie et de pratique pour soutenir leur expérience. Et, ils choisissent par la suite de s'investir plus ou moins intensément dans la continuité de la pratique.

Quoi qu'il en soit, au-delà des effets immédiats de la pratique formelle tels que la relaxation et la réduction du stress (Ngô, 2014), la découverte de la méditation, de ses principes et de ses fondements permet aux personnes d'adopter une nouvelle vision dans leur vie quotidienne. Elles s'efforcent de suivre les enseignements tirés de la pratique pour être au maximum à l'écoute, ouvertes, présentes et conscientes d'eux-mêmes, d'autrui et de leur environnement. La méditation les aide entre autres à développer leur conscience corporelle, à prendre plus de recul sur les événements de la vie et surtout à mieux se connaître. Cette dernière notion est importante car être au clair sur son propre mode de fonctionnement permet aussi de mieux comprendre le fonctionnement des autres. L'individu apprend à mieux accepter les choses désagréables, à être moins dans ses pensées, dans les interprétations ou les ruminations (Csillik et Tafticht, 2012). Il prend conscience de l'influence de son ego, de ses émotions négatives et de son mental sur son comportement. Et, dans la relation avec les autres, il accepte beaucoup plus facilement leurs réactions. Il est plus aisé pour lui d'adopter leur point de vue, d'analyser les causes de leur comportement pour être plus tolérant. Avoir une meilleure connaissance de lui-même influence aussi directement sa confiance en lui, son optimisme, son assertivité, ses ambitions, ses valeurs, son projet de vie (Kabat-Zinn, 2012).

En reliant ces éléments à la partie théorique, l'individu adopte donc une meilleure flexibilité cognitive et comportementale (meilleure régulation émotionnelle). Il est capable de réguler sa perception des relations et des situations en tenant compte de l'instantanéité du moment et de l'impermanence. Il travaille sur lui-même et clarifie ses valeurs, ce qui lui permet d'être plus au clair dans ses projets. Il est plus habile pour prendre du recul et adopter une vision plus holistique.

E. Sur le thème de la méditation dans le cadre professionnel

L'ergothérapeute qui pratique la méditation peut nous révéler des changements dans sa manière de prendre en soin. Il est beaucoup plus patient-centré et prête davantage attention aux paramètres qui construisent et influencent la relation dans l'instant présent. Par exemple, il s'efforce de suivre les principes de la méditation pour être plus présent, attentif, disponible et pour être moins dans le « faire » durant la séance avec le patient. Dans son comportement, il est plus ouvert et plus à l'écoute. Il a également plus de facilités à être naturellement

bienveillant envers son patient. Avant, c'était une attitude qu'il était capable d'adopter, mais avec en tête l'idée que c'était ce qu'il devait faire pour être un « bon thérapeute ». La démarche était donc moins authentique. Il est aussi capable d'analyser plus efficacement le patient pour comprendre son fonctionnement. Cela impacte directement sa capacité à entrer en empathie avec lui, dont dépend la relation thérapeutique. Il est plus facile pour lui de réguler ses réactions émotionnelles et son attitude professionnelle (distance).

De manière globale, l'ergothérapeute interrogé nous exprime une meilleure confiance en lui et en sa pratique. Il se remet plus facilement en question et prend du recul pour clarifier ses valeurs professionnelles. Il est plus calme vis-à-vis des situations complexes, ce qui lui permet de les aborder d'une meilleure manière, avec professionnalisme. Cela améliore son attitude relationnelle avec les patients, l'équipe soignante et la hiérarchie, notamment en cas de désaccords. Nous pouvons illustrer cela par les propos de McCorquodale, ergothérapeute : « la pleine conscience est devenue une pratique indispensable dans ma vie personnelle et dans ma vie professionnelle. Les réflexions introspectives qui se produisent pendant l'éveil de la pleine conscience peuvent apporter des nuances éthiques dans la pratique professionnelle et elles peuvent aussi procurer un sentiment d'accomplissement personnel et professionnel plus satisfaisant » (McCorquodale, 2013).

D'un point de vue concret et pratique, l'ergothérapeute peut nous expliquer qu'il inclut la méditation dans son travail, lorsque certains événements le touchent trop au niveau émotionnel. Le fait d'avoir une meilleure conscience corporelle lui permet de prendre conscience de son état d'esprit et de ses émotions. Il peut donc les réguler en s'attardant sur sa respiration, sur ses sensations corporelles et ses ressentis internes. Il prend un temps pour se rappeler à l'instant présent, réorienter son attention et son attitude. Ce sont des exercices qu'il réalise en quelques minutes, et qui lui permettent d'accepter les émotions sans se laisser submerger. De cette manière, l'ergothérapeute sera plus disponible pour aller créer une relation de qualité avec le patient.

Sur un autre versant, le professionnel peut nous expliquer qu'il utilise la méditation dans sa pratique comme moyen thérapeutique, en l'associant à ses compétences d'ergothérapeute. Ses capacités de formation et son savoir-faire pédagogique sont sollicités pour, par exemple, mettre en place des ateliers de méditation destinés aux soignants (exercices de pleine présence, de relaxation, de conscience corporelle etc.). En rééducation, il l'intègre au parcours de soin du patient, en l'accompagnant à « prendre conscience », pour ainsi favoriser son engagement dans l'activité thérapeutique et limiter les réactions négatives liées au stress ou à la douleur. Mais il est aussi possible que l'ergothérapeute ne s'estime pas encore

suffisamment apte à faire expérimenter la méditation à des patients ou à des soignants. Dans ce cas, il peut tout de même profiter de sa propre expérience pour les informer sur ce genre d'approche, et en décrire les avantages ou les inconvénients en toute connaissance de cause.

Quoi qu'il en soit, la pratique de la méditation agit de façon évidente sur de nombreux aspects de la vie professionnelle de l'ergothérapeute.

III. Apports pour les hypothèses

La question de recherche ayant guidé notre travail était : « *Quels sont les apports de la méditation de pleine conscience pour l'ergothérapeute dans son approche relationnelle ?* ».

Nous avons élaboré deux hypothèses afin de répondre à cette problématique :

- La méditation de pleine conscience n'apporte pas de plus-value à la formation des ergothérapeutes ;
- La méditation de pleine conscience permet à l'ergothérapeute de développer son savoir-être et ses compétences relationnelles.

L'analyse des résultats nous permet de remarquer que les ergothérapeutes recherchent des outils pour continuer à développer leur savoir-être et leurs compétences relationnelles. Les connaissances et les expériences acquises à l'IFE constituent une base sur laquelle les étudiants et les ergothérapeutes s'appuient dans leur vie professionnelle. Ils ont cependant parfois besoin de faire des expériences personnelles, de se remettre en question et d'avoir une meilleure connaissance d'eux-mêmes pour être mieux préparés aux situations rencontrées sur leur lieu de travail.

Les résultats nous font observer que la formation à la méditation de pleine conscience permet aux ergothérapeutes d'améliorer de nombreuses qualités personnelles dont la connaissance de soi, la bienveillance, la tolérance, l'empathie. Ils sont plus authentiques dans la relation à l'autre et parviennent à mieux gérer leurs émotions. Ils sont aussi capables d'identifier plus facilement les paramètres qui influencent la relation avec les patients et ils réagissent alors d'une façon plus appropriée. Selon les ergothérapeutes, ce sont des qualités directement liées au savoir-être et aux compétences relationnelles.

Les résultats mettent aussi en évidence que dans leur travail, les ergothérapeutes s'appuient directement sur les bénéfices liés à ce développement personnel. Ils sont plus confiants dans leur pratique et ils sont plus à même de prendre du recul sur leurs prises en soin

et leurs modes d'intervention. Et, de façon plus générale, ils expriment que la méditation favorise leur processus d'acquisition d'une posture professionnelle. Cette expérience de la méditation les ouvre également à de nouvelles perspectives de prises en soin.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, nous validons la première hypothèse : « La méditation de pleine conscience permet à l'ergothérapeute de développer son savoir-être et ses compétences relationnelles ». Et, par conséquent, nous réfutons la seconde hypothèse : « La méditation de pleine conscience n'apporte pas de plus-value à la formation des ergothérapeutes ».

Il faut toutefois nuancer ces résultats en prenant en compte les années d'expérience des ergothérapeutes cités ainsi que l'intensité de leurs pratiques méditatives : ce sont des paramètres qui peuvent jouer sur l'exactitude des conclusions que nous pouvons avancer. De même, certains résultats envisagés dépendent de notre expérience personnelle et scolaire, ils sont donc subjectifs, même si nous nous sommes efforcés d'adopter un point de vue le plus holistique possible en nous documentant sur ces sujets.

IV. Discussion et préconisations

A. Confrontation des résultats à la littérature

Nous pouvons nous permettre d'allier des notions issues de la recherche aux résultats de cette enquête exploratoire afin de discuter des apports de la méditation de pleine conscience pour l'ergothérapeute.

Au regard des éléments de réponse envisagés et de la théorie, il semble évident que les bénéfices liés à la pratique de la méditation de pleine conscience rejoignent immédiatement les qualités requises chez un thérapeute pour développer une relation d'aide. Lorsque l'ergothérapeute expérimente la méditation de pleine conscience, il développe sa compréhension empathique, sa congruence, et son regard positif inconditionnel. Les enseignements de la méditation influencent sa façon d'analyser les situations relationnelles afin d'adopter une posture adéquate avec autrui. Ces capacités sont directement transposables dans son travail et correspondent aux qualités attendues chez un ergothérapeute dans le domaine des compétences relationnelles. La pleine conscience améliore également la gestion émotionnelle

du thérapeute et augmente sa confiance en lui, sur les plans privé et professionnel. Cela lui permet d'appréhender au mieux certaines situations délicates rencontrées sur le terrain. Ce sont des compétences que la formation initiale des étudiants vise à développer : « l'étudiant apprend à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose » (Ministère de la Santé et des Sports, 2010). La méditation contribue à une remise en question des pratiques par un changement de perception au regard des interactions professionnelles. Elle accentue la vision « patient-centrée » déjà recherchée en ergothérapie.

Ainsi, par le développement de ses qualités personnelles en lien avec la méditation, l'ergothérapeute fait évoluer son savoir-être professionnel et ses compétences relationnelles.

En analysant les différents travaux de recherche existant sur ce sujet, nous constatons que plusieurs données publiées concordent avec les résultats que nous avons envisagés.

En effet, des études menées auprès de thérapeutes ayant suivi des cours de méditation évoquent « une augmentation de l'empathie autorapportée pour les patients, de la compassion pour soi, de l'attention portée au processus thérapeutique, de la capacité à tolérer le silence, de la capacité d'être à l'écoute de soi et du patient, du bien-être global, de l'*insight* sur le plan de l'identité professionnelle, de la qualité de vie, de la patience, de la conscience des signaux corporels » (Ngô, 2014). Cela rejoint nos conclusions dans lesquelles nous affirmons que la méditation développe des qualités indispensables à la relation d'aide. En EHPAD, il a également été démontré que les pratiques d'accompagnement de personnes démentes étaient améliorées chez les soignants ayant suivi des cours de méditation (Weiss, Caussade, Groff et Combre, 2019).

D'autres études ont été plus spécifiquement dirigées au sein de populations d'ergothérapeutes. En santé mentale, il a été démontré que la pleine conscience était une « qualité clinique importante, qui améliore le bien-être et l'efficacité du thérapeute et contribue à des résultats améliorés pour le patient [Notre traduction] » (D. Reid, Farragher et Ok, 2013). Cela concorde avec les bénéfices que nous avons mis en évidence pour l'amélioration du vécu du thérapeute et l'optimisation de la prise en soin du patient.

La notion de changement de perception professionnelle dû à un développement personnel est aussi retrouvée chez des étudiants en ergothérapie. Les participants à des ateliers de méditation ont révélé « une amélioration de la connaissance de soi et du soin, des capacités de concentration et d'empathie accrues et une diminution des jugements portés sur le patient, améliorant le succès des interventions cliniques [Notre traduction] » (Gura, 2010).

B. Conséquences pour l'évolution des pratiques en ergothérapie

Ces conclusions nous autorisent à envisager des préconisations pour compléter la formation des ergothérapeutes aux compétences relationnelles.

1. Pour la formation initiale des étudiants en ergothérapie

Inclure l'expérimentation de la méditation dans le parcours scolaire de l'étudiant en ergothérapie servirait de support pour leur développement professionnel. Elle serait introduite dans le cadre de l'acquisition de la compétence 6 du Référentiel de compétences.

Au niveau de l'organisation, cette formation prendrait la forme de travaux dirigés. Nous pensons que le mieux serait de proposer ces cours aux étudiants en première année en priorité. Ils auraient un nouvel outil relationnel pour être prêts à vivre leur première expérience professionnelle. Ils pourraient ainsi mieux aborder les relations avec les patients, leurs tuteurs et les autres professionnels.

L'ensemble de la promotion assisterait à une première séance d'initiation. Dans un premier temps, l'instructeur ferait un point théorique pour présenter rapidement les objectifs de la formation, les applications médicales de la méditation et les données scientifiques à son sujet. Il pourrait aussi exposer des notions concernant la relation de soin et ses liens avec la pleine conscience. L'objectif est de faire comprendre à l'étudiant ce que cette expérience peut lui apporter pour sa future pratique professionnelle. Dans un second temps, la séance proposerait différents petits exercices de méditation. En effet, dans ce genre d'approche, les bénéfices évoqués sont subjectifs. Il est donc essentiel d'expérimenter soi-même les techniques pour mieux les comprendre. Une étude réalisée auprès d'étudiants en ergothérapie a mis en évidence l'intérêt des séances pratiques de pleine conscience pour comprendre ses mécanismes, en comparaison à l'étude seule de la théorie (D. T. Reid, 2013). La perception des effets de la méditation dépend de la sensibilité de chacun et de la durée de pratique. C'est pour ces raisons que, pour la suite de la formation, nous souhaitons proposer ces cours en option.

Les étudiants volontaires seraient répartis en petits groupes de dix personnes maximum afin d'optimiser la pratique et les échanges. En nous basant sur le programme MBSR de Jon Kabat-Zinn, l'idéal serait de leur faire une séance collective de deux heures et demie par semaine pendant deux mois. En plus de cela, les étudiants seraient encouragés à faire des exercices quotidiens pour soutenir leur expérience. Afin de les accompagner au mieux dans ce programme, il nous semble important que l'encadrant possède une certification universitaire

de formateur MBSR. Enfin, à la fin de leur participation, les étudiants pourraient recevoir une attestation qui confirme leur investissement dans la formation.

2. Pour la formation continue et complémentaire des ergothérapeutes

Pour les ergothérapeutes diplômés d'Etat, il est possible de leur proposer des séances d'initiation à la méditation de pleine conscience dans le cadre de la formation continue, dans l'objectif de stimuler leur intérêt professionnel. Ils pourront ainsi décider par la suite de s'orienter vers des programmes de formation certifiants. Il existe plusieurs diplômes universitaires ouverts aux professionnels de santé. Ces formations permettent aux professionnels de s'ouvrir à de nouvelles perspectives de prise en soin, que ce soit au niveau de leurs approches relationnelles ou au niveau de leurs méthodes et leurs processus d'intervention. Elles peuvent être également utiles dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient.

3. Pour l'utilisation d'une nouvelle médiation

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, les effets liés à la pratique de la méditation ont bien été identifiés comme améliorant la santé et le bien-être des personnes. Dans les résultats envisagés, nous avons pu concevoir que les ergothérapeutes pouvaient souhaiter de l'intégrer au parcours de soin du patient pour optimiser les résultats de la prise en soin. Ils l'utilisent comme moyen thérapeutique en l'associant à leurs compétences de thérapeute.

En effet, par ses apprentissages, l'ergothérapeute est capable de former et d'éduquer des patients ou groupes de patients. Il peut donc intégrer la méditation dans son intervention en accompagnant les patients vers la pleine conscience. Pour soutenir cette idée, nous nous appuyons sur les propos tenus par Bethany Stroh-Gingrich, titulaire d'une maîtrise en ergothérapie et ayant personnellement expérimenté la méditation de pleine conscience : « l'ergothérapeute devrait également mettre à contribution les compétences qui consistent à revendiquer et éduquer, lorsque cela correspond aux objectifs du client (Townsend et Polatajko, 2007), afin que la méditation de la pleine conscience soit incorporée à titre d'intervention » (Stroh-Gingrich, 2012).

La méditation devient donc un nouvel outil, une nouvelle médiation en ergothérapie. La pleine conscience peut être une activité thérapeutique en tant que telle (à travers des séances de méditation formelle) mais elle peut aussi être un moyen de favoriser l'engagement dans

l'activité thérapeutique en étant pratiquée de manière informelle. Dans ce cas, l'ergothérapeute accompagne le patient à « prendre conscience ». En prenant en compte ces deux perspectives, il est clair que l'utilisation de la méditation en ergothérapie devient totalement légitime. C'est ce que nous explique Stroh-Gingrich : « Comme les ergothérapeutes tentent d'aborder tous les éléments de la santé et du bien-être de la personne, la méditation représente une intervention de choix, car elle incorpore les composantes physiques, cognitives, psychologiques et spirituelles et elle est également conforme à une approche biopsychosociale de la gestion de la douleur (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs et Turk, 2007). La méditation appuie l'accent mis en ergothérapie sur l'enseignement de stratégies qui aident les clients à participer davantage à des activités quotidiennes significatives » (Stroh-Gingrich, 2012). Ces idées mettent en avant d'autres apports de la méditation pour l'ergothérapeute et nécessiteraient d'être développées dans un autre travail. Ces aspects nécessitent tout de même que le professionnel soit apte à faire expérimenter la méditation aux patients. Une formation et de la pratique personnelle sont nécessaires.

CONCLUSION

Au cours de la réalisation de ce mémoire, nous avons acquis les bases méthodologiques essentielles pour initier un travail de recherche. Ainsi, nous nous sommes familiarisée aux outils de recherche documentaire et bibliographique. Cela nous a permis de recueillir des informations issues de l'*Evidence-Based Medicine*. Nous avons pu consulter, trier et sélectionner de nombreux articles et études issus de publications spécialisées dans les domaines de la santé et de l'ergothérapie (nationales et internationales). Nous avons ensuite extrait les informations pertinentes et nous les avons synthétisées tout en nous efforçant de garder un regard critique sur leur niveau de preuve. Et, nous avons mesuré à quel point il était important de tenir une bibliographie afin de conférer une rigueur scientifique à notre travail.

Nous avons également découvert toute la méthodologie de réalisation d'études et de production de documents de recherche. Ainsi, nous avons repéré les contraintes et les règles qui garantissent la scientificité d'une étude. Nous nous sommes donc efforcée de les suivre lors de la confection de nos protocoles de recherche exploratoire. Cela nous a menée à utiliser des outils de recueil et de traitement de données qualitatives, permettant d'assurer une reproductibilité, une rigueur et une structure à l'enquête.

Enfin, il est évident qu'au cours de la rédaction de ce mémoire, nous nous sommes questionnée sur notre propre pratique professionnelle ainsi que sur celle de l'ensemble des ergothérapeutes de façon générale. Nous avons pris du recul sur notre travail en consultant des personnes ressources, des ergothérapeutes et d'autres professionnels. Nous avons pu être à l'écoute de leurs conseils et partager avec eux.

Pour finir, nous avons pu identifier l'ensemble des qualités devant être mobilisées par un chercheur pour organiser une étude sur plusieurs mois, tout en s'adaptant aux événements imprévus, et en gardant en vue ses objectifs. Cela nous a donc permis de repérer toute la complexité et tous les enjeux d'un travail de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

- ANESM. (2009, février). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/accompagnement_etablissement_medico_social.pdf
- Barbosa, P., Raymond, G., Zlotnick, C., Wilk, J., Iii, R. T. et Iii, J. M. (2013). Mindfulness-based stress reduction training is associated with greater empathy and reduced anxiety for graduate healthcare students. *Education for Health*, 26(1), 9. doi:10.4103/1357-6283.112794
- Barthélémy, A. (2017). L'appropriation de la relation de soins collaborative en formation initiale d'ergothérapie. *Ergothérapies*, (64), 15-22.
- Berghmans, C. (2010). *Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience*. MASSON.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, S., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. et Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237. doi:10.1080/10478400701598298
- Cataix-Nègre, E. (2017). *Communiquer autrement* (2^e éd.). De Boeck Supérieur.
- Chiesa, A., Calati, R. et Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 449-464. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.003
- CNRTL. (s. d.). MÉDITATION : Définition de MÉDITATION. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/m%C3%A9ditation>
- Craven, J. L. (1989). Meditation and Psychotherapy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 34(7), 648-653. doi:10.1177/070674378903400705
- Csillik, A. et Tafticht, N. (2012). Les effets de la mindfulness et des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience. *Pratiques Psychologiques*, 18(2), 147-159. doi:10.1016/j.prps.2012.02.006
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... Sheridan, J. F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by

- Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564–570. doi:10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. et Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49. doi:10.1037/a0022187
- Fischer, G.-N. (1999). Le concept de relation en psychologie sociale. *Recherche en soins infirmiers*, (56), 4-11.
- Fox, K. C. R., Nijeboer, S., Dixon, M. L., Floman, J. L., Ellamil, M., Rumak, S. P., ... Christoff, K. (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 43, 48-73. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.03.016
- Fukushima, H., Terasawa, Y. et Umeda, S. (2011). Association between interoception and empathy: Evidence from heartbeat-evoked brain potential. *International Journal of Psychophysiology*, 79(2), 259-265. doi:10.1016/j.ijpsycho.2010.10.015
- Grégoire, S., Lachance, L. et Richer, L. (2016). Introduction. Dans *La présence attentive (mindfulness): État des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (p. 1-8). PUQ.
- Guendelman, S., Medeiros, S. et Rampes, H. (2017). Mindfulness and Emotion Regulation: Insights from Neurobiological, Psychological, and Clinical Studies. *Frontiers in Psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.00220
- Gura, S. T. (2010). Mindfulness in Occupational Therapy Education. *Occupational Therapy In Health Care*, 24(3), 266-273. doi:10.3109/07380571003770336
- Hayes, S. C. et Strosahl, K. D. (2004). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer Science & Business Media.
- Hébrard, P. (2011). L'humanité comme compétence? Une zone d'ombre dans la professionnalisation aux métiers de l'interaction avec autrui. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, Vol. 44(2), 103-121.
- Hennel-Brzozowska, A. (2008). La communication non-verbale et paraverbale -perspective d'un psychologue-. *Synergies Pologne*, (5), 21-30.
- Hubbling, A., Reilly-Spong, M., Kreitzer, M. J. et Gross, C. R. (2014). How mindfulness changed my sleep: focus groups with chronic insomnia patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14(1), 50. doi:10.1186/1472-6882-14-50
- Isnard Bagnis, C. (2017). *La pleine conscience au service de la relation de soin*. De Boeck Supérieur.

- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Au coeur de la tourmente, la pleine conscience. Le manuel complet de MBSR, ou réduction du stress basée sur la mindfulness*. J'ai Lu.
- Langer, Á. I., Schmidt, C., Mayol, R., Díaz, M., Lecaros, J., Krogh, E., ... Gaspar, P. A. (2017). The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 233. doi:10.1186/s13063-017-1967-7
- Larousse, É. (s. d.). Définitions : qi gong - Dictionnaire de français Larousse. Repéré à https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/qi_gong/10910079
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder* (p. xii, 180). New York, NY, US : Guilford Press.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D. et Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163-169. doi:10.1016/j.tics.2008.01.005
- Ménard, J. et Beresford, B. (2016). Interventions basées sur la présence attentive. Dans S. Grégoire, L. Lachance et L. Richer (dir.), *La présence attentive (mindfulness): État des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (p. 71-90). PUQ.
- Mikulas, W. L. (2011). Mindfulness: Significant Common Confusions. *Mindfulness*, 2(1), 1-7. doi:10.1007/s12671-010-0036-z
- Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute (2010). Repéré à https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf
- Nedelcu, A. et Grégoire, S. (2016). Méditation et présence attentive. Dans S. Grégoire, L. Lachance et L. Richer (dir.), *La présence attentive (mindfulness): État des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (p. 31-50). PUQ.
- Ngô, T.-L. (2014). Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action. *Santé Mentale Au Québec*, 38(2), 19-34. doi:10.7202/1023988ar
- Olendzki, A. (2009). Mindfulness and Meditation. Dans F. Didonna (dir.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (p. 37-44). New York, NY : Springer. doi:10.1007/978-0-387-09593-

- Pelletier, M. et Fohr, A. (s. d.). Enseigner l'« Ergothérapie en psychiatrie », entre objectivité et subjectivité., 8.
- Phanuel, D. (2002). Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle. *Politiques et management public*, 20(4), 115-132. doi:10.3406/pomap.2002.2771
- Prakash, R. S., Hussain, M. A. et Schirda, B. (2015). The role of emotion regulation and cognitive control in the association between mindfulness disposition and stress. *Psychology and Aging*, 30(1), 160-171. doi:10.1037/a0038544
- Reid, D., Farragher, J. et Ok, C. (2013). Exploring Mindfulness With Occupational Therapists Practicing in Mental Health Contexts. *Occupational Therapy in Mental Health*, 29(3), 279-292. doi:10.1080/0164212X.2013.819727
- Reid, D. T. (2013). Teaching mindfulness to occupational therapy students: Pilot evaluation of an online curriculum. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(1), 42-48. doi:10.1177/0008417413475598
- Rogers, C. (2001). *L'approche centrée sur la personne*. Randin.
- Safran, J. et Segal, Z. V. (1996). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Jason Aronson, Incorporated.
- Salomon, J. (2019). *Discours officiel d'ouverture*. Ministère des Solidarités et de la Santé à Paris. Communication présentée au Interventions basées sur la pleine conscience, sciences, santé et société : lever les doutes, ouvrir des perspectives. Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/evenements/article/interventions-basees-sur-la-pleine-conscience-sciences-sante-et-societe-lever>
- Shapiro, S. L. et Walsh, R. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology: A mutually enriching dialogue. *American Psychologist*, 61(3), 227-239. doi:10.1037/0003-066X.61.3.227
- Simonnet-Guériau, B. (2014). *Construire la relation en ergothérapie. Etre ergothérapeute en psychiatrie* (p. 193-220). ERES. Repéré à <https://www.cairn.info/etre-ergotherapeute-en-psychiatrie--9782749241227-page-193.htm>
- Singer, T., Critchley, H. D. et Preuschoff, K. (2009). A common role of insula in feelings, empathy and uncertainty. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(8), 334-340. doi:10.1016/j.tics.2009.05.001
- Smith, R. C., Dorsey, A. M., Lyles, J. S. et Frankel, R. M. (1999). Teaching self-awareness enhances learning about patient-centered interviewing. *Academic Medicine*, 74(11), 1242-1248.

- Stroh-Gingrich, B. (2012). L'ergothérapie et la méditation de la pleine conscience : une intervention pour lutter contre la douleur persistante. *Actualités ergothérapeutiques*, 14.5, 21-22.
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K. et Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225. doi:10.1038/nrn3916
- Teasdale, J. D., Segal, Z. et Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 25-39. doi:10.1016/0005-7967(94)E0011-7

TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Résumé de l'organisation du programme MBSR	61
Annexe II : Critères d'évaluation de la compétence 6	62
Annexe III : UE 1.3.....	63
Annexe IV : UE 4.2	64
Annexe V : UI 6.2.....	65
Annexe VI : UE 3.2	66
Annexe VII : UE 3.6	67
Annexe VIII : Guide d'entretien	68
Annexe IX : Grille d'analyse des entretiens	70

Annexe I : Résumé de l'organisation du programme MBSR
(Kabat-Zinn, 2012)

Semaine 1 et 2	<ul style="list-style-type: none"> - 45 minutes de scan corporel, 6 jours par semaine - 10 minutes par jour de méditation assise avec conscience de la respiration
Semaines 3 et 4	<ul style="list-style-type: none"> - alternance scan corporel/yoga (un jour sur deux) pendant 45 minutes, 6 jours par semaine - 20 minutes par jour de méditation assise avec conscience de la respiration
Semaines 5 et 6	<ul style="list-style-type: none"> - 45 minutes par jour de yoga en alternance avec la méditation assise - 10 minutes de méditation marchée
Semaine 7	45 minutes par jour de méditation (combinaison de plusieurs méthodes au choix)
Semaine 8	réalisation d'au moins deux scans corporels et poursuite de l'assise et du yoga

Annexe II : Critères d'évaluation de la compétence 6

(Ministère de la Santé et des Sports, 2010)

Compétence 6

Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie

1. Accueillir et écouter la personne ou un groupe de personnes en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation.
2. Identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes.
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique.
4. Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec la personne ou les groupes de personnes en favorisant l'expression de chacun.
5. Rechercher et développer un climat de confiance avec la personne, l'entourage ou le groupe de personnes, négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle.	La situation relationnelle est analysée en fonction des personnes et du contexte. La demande, l'histoire de vie, le contexte de la situation de la personne ou du groupe de personnes sont pris en compte. Les besoins spécifiques et le profil psychologique des personnes présentant des altérations de la communication sont identifiés et pris en compte. Les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes sont repérés et pris en compte.
2. Cohérence entre le mode de communication utilisé et la situation relationnelle.	Les modes de communication (verbal, non verbal) et le langage utilisé sont adaptés à la personne ou au groupe de personnes.
3. Efficacité des relations mises en œuvre dans le contexte d'intervention.	L'expression du groupe lors des temps d'échange et d'analyse des situations d'intervention est recherchée et obtenue. Un climat de confiance est développé avec la personne, l'entourage et le groupe de personnes. Une distance thérapeutique est respectée.
4. Conformité de la mise en œuvre des techniques de communication.	Les techniques d'animation de groupe utilisées sont mises en œuvre conformément aux bonnes pratiques. L'accompagnement et la surveillance sont assurés tout au long de l'activité (explications, corrections gestuelles).

Annexe III : UE 1.3

(Ministère de la Santé et des Sports, 2010)

Unité d'Enseignement 1.3 S1 : Psychologie / Psychologie et santé		
Semestre : 1		Compétence : 6
CM : 40 h	TD : 21 h	T Perso : 20 h
ECTS : 3		
Pré-requis		
Aucun		
Objectifs		
<p>Caractériser les principaux concepts en psychologie Identifier les étapes du développement psychologique, cognitif et psychomoteur Expliciter le caractère unique de l'expérience de santé vécue par la personne Identifier les caractéristiques psychologiques pouvant influencer la représentation de la santé et de la maladie chez une personne ou un groupe de personnes, et la participation aux soins</p>		
Eléments de contenu		
<p>Les grands courants de la psychologie et les concepts de base Histoire et origine de la psychologie, et articulation avec les sciences fondamentales, Psychologie cognitive, sociale Psychopathologie, Psycho dynamique, Psychométrie</p> <p>Les cycles de la vie Psychologie et développement psychomoteur de l'enfant Les passages et les crises Le processus de changement, le processus de deuil L'évolutivité et la chronicité de la maladie</p> <p>Psychologie et santé L'approche psychosomatique L'image du corps et la symbolique de la main La souffrance psychique Les mécanismes de défense et d'adaptation Les comportements élémentaires et les conduites alimentaires et sexuelles La résilience La vulnérabilité Le bénéfice secondaire du problème de santé La qualité de vie</p>		
<p>Recommandations pédagogiques :</p> <p>Les concepts et connaissances seront repris tout au long du cursus dans les travaux et unités d'intégration postérieurs à cet enseignement et utilisés lors des stages L'enseignement donne à l'étudiant des cadres théoriques et des points de repères qui lui permettent de relier ses propres observations et interrogations à des savoirs organisés</p>		<p>Modalités d'évaluation</p> <p>Travail écrit commun aux UE 1.3 S1 et UE 1.5 S1 sous forme de QROC ou dossier, à partir d'un ou plusieurs textes avec repérage des concepts utilisés : Une partie de l'écrit vise des concepts abordés pendant le cours de psychologie (UE 1.3 S1), l'autre partie utilise des concepts abordés pendant le cours de sociologie (UE 1.5 S1)</p> <p>Critères et modalités d'évaluation</p> <p>Justesse dans le repérage des concepts</p>

Annexe IV : UE 4.2

(Ministère de la Santé et des Sports, 2010)

Unité d'Enseignement 4.2 S3 : Techniques et outils de relation et de communication		
Semestre : S3		Compétence : 6
CM : 8	TD : 22	T Perso : 24
ECTS : 2		
Pré-requis		
UE 1.3 S1 Psychologie et psychologie de la santé UE 3.2 S1 Initiation aux fondements de la pratique en ergothérapie		
Objectifs		
Utiliser les techniques et outils de communication et de relation.		
Eléments de contenu		
<p>Les techniques et outils de communication et de relation et leur utilisation en ergothérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - la situation de communication - les théories et outils de la communication - les techniques d'analyse d'une situation relationnelle, du point de vue interactionnel, systémique, psychanalytique - les techniques de communication <ul style="list-style-type: none"> Prise de parole en public Argumentation Négociation <p>Les techniques et outils de relation et de communication proposés au patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - les techniques et les outils pour pallier à une altération de la communication <ul style="list-style-type: none"> Les principes de compensation : travail interprofessionnel, prise en compte du contexte,... - les techniques et outils de médiation visant à favoriser la communication <ul style="list-style-type: none"> Techniques audio-visuelles Techniques de communication écrite Approche corporelle 		
<p>Recommandations pédagogiques :</p> <p>Seront expérimentées la relation d'aide et les techniques de communication.</p>	<p>Modalités d'évaluation</p> <p>Dossier d'analyse d'activité présenté oralement avec support de communication Le fond correspond à l'UE 3.4 S3, la forme correspond à l'UE 4.2 S3</p> <p>Critères et modalités d'évaluation</p> <p>Pertinence dans l'utilisation ou la proposition d'un outil ou d'une technique de relation et de communication</p>	

Annexe V : UI 6.2

(Ministère de la Santé et des Sports, 2010)

UE 6.2 S3 Unité d'Intégration : Conduite de relation, coordination et coopération		
Semestre : 3		Compétences : 6 et 9
CM : 0	TD : 44	T Perso : 64
ECTS : 4		
Pré-requis		
<p>UE 1.2 S3 : Environnement institutionnel et partenarial de l'ergothérapeute UE 1.3 S1 : Psychologie / Psychologie et santé UE 4.2 S3 : Techniques et outils de relation et de communication UE 5.5 S3 : Méthodologie de projet</p>		
Objectifs		
<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes - Sélectionner, hiérarchiser et communiquer les éléments de sa pratique professionnelle à différentes catégories d'interlocuteurs au travers des outils de transmission 		
Eléments de contenu		
<p>Etude de situations professionnelles en lien avec les éléments de la compétence et les savoirs développés dans les UE des semestres S1, S2 et S3.</p>		
<p>Recommandations pédagogiques :</p> <p>Il peut s'agir de situation de stages, de conduite de projet, de travail en équipe interprofessionnelle.</p> <p>A partir d'une situation de communication, sélectionner les éléments pertinents à transmettre à l'équipe de travail et les partenaires.</p> <p>Faire un retour du dossier écrit en individuel ou en groupe.</p> <p>Les situations de stage seront exploitées selon une pratique réflexive</p>	<p>Modalités d'évaluation</p> <p>Dossier écrit individuel ou en groupe</p> <p>Critères et modalités d'évaluation</p> <p>Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle Cohérence entre le mode de communication utilisé et la situation relationnelle Pertinence de l'identification et de la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs Pertinence des propositions de coopérations mises en œuvre Conformité des actions mises en place avec la répartition des compétences</p>	

Annexe VI : UE 3.2

(Ministère de la Santé et des Sports, 2010)

Unité d'Enseignement 3.2 S1 : Initiation aux fondements de la pratique en ergothérapie		
Semestre : 1		Compétence : 1
CM : 12	TD : 20	T perso : 22
ECTS : 2		
Pré-requis		
Objectifs		
<p>Identifier les éléments du cadre relationnel nécessaire au projet thérapeutique Expliquer les relations entre la personne, l'activité et l'environnement dans un contexte thérapeutique Identifier l'intérêt de l'analyse d'activité en ergothérapie Utiliser une méthode d'analyse pour graduer ou adapter une activité pour une personne</p>		
Eléments de contenu		
<p>Les concepts clés de la relation et de la communication, approche de la culture en ergothérapie</p> <p>Approche de la relation soignant – soigné : Dynamique relationnelle, alliance thérapeutique, relation de confiance Le cadre thérapeutique, la relation thérapeutique, la relation médiatisée Respect envers la personne traitée, honnêteté, engagement, loyauté</p> <p>Potentiel thérapeutique de l'activité</p> <p>Introduction à la dynamique de groupe</p> <p>Introduction à l'analyse de l'activité selon les modèles conceptuels utilisés : Définition de l'analyse d'activité et son utilisation en ergothérapie Observation d'une personne en situation d'activité Expérimentation et analyse d'une mise en situation d'activité</p>		
<p>Recommandations pédagogiques :</p> <p>Cet enseignement vise à préparer l'étudiant aux situations de stage qu'il va découvrir au semestre 2 et en particulier la capacité à repérer les éléments fondamentaux mis en jeu lors des situations thérapeutiques observées en ergothérapie. L'étudiant devrait pouvoir expérimenter et réfléchir à propos de différents types d'activité comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une activité nouvelle : apprentissage moteur, cognitif et sensoriel permettant le développement des capacités - une activité créative : comment (se) découvrir et développer sa créativité. <p>Seront favorisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des expériences concrètes de la dynamique de groupe au travers d'activités supervisées mettant en jeu des situations de communication. - des expérimentations et analyses de différentes activités en lien avec les modèles, incluant par exemple une activité « polyvalente » comme la cuisine ou le graphisme - des études de cas, films et vidéos 	<p>Modalités d'évaluation Dossier de réflexion sur le potentiel thérapeutique de l'activité en ergothérapie</p> <p>Critères et modalités d'évaluation Pertinence des éléments retenus pour évaluer la situation Distinction des éléments de la déficience, la limitation d'activité, la restriction de participation</p>	

Annexe VII : UE 3.6

(Ministère de la Santé et des Sports, 2010)

Unité d'Enseignement 3.6 S3 : Médiation, relation et cadre thérapeutique		
Semestre : 3		Compétence : 3
CM : 10	TD : 28	T Perso : 16
ECTS : 2		
Pré-requis		
<p>UE 1.3 S1 Psychologie et psychologie de la santé UE 3.2 S1 Initiation aux fondements de la pratique en ergothérapie</p>		
Objectifs		
<p>Expliciter la relation thérapeutique en ergothérapie Mettre en œuvre des compétences relationnelles</p>		
Éléments de contenu		
<p>La relation thérapeutique, la relation soignant - soigné : thérapie centrée sur la personne, coopération, accompagnement, alliance thérapeutique, attitudes et contre-attitudes, mécanismes de défense, travail de deuil, processus de changement, distance thérapeutique...</p> <p>La relation médiatisée Les modes de relation selon différents modèles (psychodynamique, comportemental...) Les fonctions du cadre thérapeutique La création d'une relation de confiance L'impact des pathologies sur les différentes formes de communication Les pathologies de la relation</p> <p>Mise en œuvre d'une relation à visée thérapeutique : Techniques de projection et d'expression Confrontation à ses propres réactions, attitudes et comportements dans des situations d'aide, d'accompagnement, de dépendance... Formation à l'écoute active Instauration d'une relation de confiance Gestion de l'agressivité et des situations relationnelles difficiles</p>		
<p>Recommandations pédagogiques :</p> <p>Cet enseignement est en lien direct avec les stages, avec l'exercice professionnel en général et le milieu psychiatrique en particulier.</p> <p>Les étudiants apprennent à se situer personnellement dans leurs comportements professionnels de communication et de relation à visée thérapeutique</p> <p>Travail en groupe pour l'élaboration d'un dossier faisant le lien entre la théorie et la pratique, par exemple : Deuil et handicap, Activité support de la relation, Culture et soin...</p>	<p>Modalités d'évaluation</p> <p>Analyse d'une situation relationnelle thérapeutique rencontrée en stage</p> <p>Critères et modalités d'évaluation</p> <p>Identification et explicitation des facteurs facilitant l'engagement des personnes dans l'activité Explicitation du positionnement professionnel</p>	

Annexe VIII : Guide d'entretien

INDICATEURS	THÈMES	QUESTIONS
<p>La relation patient-ergothérapeute</p>	<p>Sur le savoir-être et les compétences relationnelles</p>	<p>Dans votre travail, comment créez-vous la relation dès votre premier contact avec le patient/résident ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - A quels éléments êtes-vous attentif ? - Pourquoi ce premier contact est-il important en ergothérapie ? <p>En tant qu'ergothérapeute, quel sens donnez-vous à l'expression "savoir-être" ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par quels moyens pensez-vous avoir développé cette compétence ? <p>Qu'est-ce qu'une bonne connaissance de vous-même vous apporte en tant que thérapeute ?</p>
	<p>Sur les facteurs influençant la relation</p>	<p>D'après votre expérience, quels facteurs avez-vous pu identifier qui influencent la qualité de la relation que vous entretenez avec le patient/résident ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur quels éléments vous appuyez-vous, que ce soit par rapport à votre attitude ou à votre comportement ? - De quelle manière modifiez-vous votre attitude relationnelle en fonction de la population avec laquelle vous travaillez ? - Dans quelle mesure les perceptions que vous avez de votre patient/résident et de son histoire de vie peuvent-elle modifier la relation que vous entretenez avec lui ? - En tant qu'ergothérapeute, nous utilisons l'activité comme médiation. En quoi cette médiation détermine-t-elle l'évolution de la relation ?
		<p>De quelle manière le fonctionnement de votre structure impacte-t-il la relation que vous développez avec le patient/résident ?</p>
		<p>Il peut arriver que des éléments de votre vie privée puissent influencer vos émotions. Dans quelle mesure estimez-vous qu'ils impactent votre capacité à être entièrement présent(e) pendant une séance avec le patient/résident ?</p>
		<p>Lorsque vous avez la sensation d'être dans une situation relationnelle qui vous met en difficulté, par exemple, lorsque le patient/résident a un comportement agressif ou lorsqu'il exprime une détresse émotionnelle, comment réagissez-vous sur le moment ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment procédez-vous pour l'accompagner et maintenir une relation d'aide appropriée ? - Comment faites-vous pour gérer les sensations que cette situation induit chez vous ?
	<p>La formation aux techniques relationnelles</p>	<p>Sur la formation initiale</p>

La formation aux techniques relationnelles (suite)	Sur la formation initiale (suite)	- Estimez-vous que ces enseignements vous aient permis d'appréhender de façon adéquate toutes les situations que vous avez pu rencontrer sur le terrain par la suite ? Pourquoi ?
		Dans le contexte de vos études d'ergothérapie, avez-vous pu expérimenter certaines techniques d'approche psychocorporelle ? - Dans quel(s) objectif(s) pédagogique(s) ?
	Sur les formations continues et complémentaires	Une fois diplômé(e), avez-vous suivi des formations qui vous ont permis d'améliorer/approfondir vos compétences relationnelles ? - Pourquoi avez-vous ressenti ce besoin de formation ? - Sur quoi portaient ces formations ?
La pleine conscience et l'ergothérapeute	Sur la formation du professionnel à la méditation	Comment avez-vous connu la méditation ? Qu'est-ce qui vous a amené à vous y initier/former ? - Concrètement, quelles formations avez-vous expérimenté (durée, techniques employées...) ?
		Pratiquez-vous encore actuellement ? Pourquoi ? Et si oui, comment ? - Quelles modifications dans votre vie personnelle avez-vous pu ressentir et qui vous semblent être liées à la méditation ?
	Sur les changements au niveau professionnel	En quoi votre pratique personnelle de la méditation influence-t-elle votre vie professionnelle ? - Quels changements avez-vous pu remarquer concernant votre approche relationnelle avec les patients/résidents depuis que vous avez expérimenté la méditation ? - Au-delà des interactions avec les patients/résidents, quels autres changements remarquez-vous dans votre vie professionnelle ? - En quoi la méditation vous permet-elle de remettre en question vos pratiques professionnelles ?
		Concrètement, comment intégrez-vous la méditation dans votre travail ? - Comment l'intégrez-vous pour vous ? - Avez-vous pu mettre des choses en place auprès de patients/résidents ou auprès de professionnels ? De quelle manière ?
Quels liens établissez-vous entre la méditation et l'ergothérapie ?		
Ouverture	Sur la méditation pour les étudiants	Selon vous, en quoi l'initiation des étudiants en ergothérapie à la méditation pourrait-elle être utile ? - Afin d'optimiser cette initiation des étudiants, comment pourriez-vous imaginer son introduction dans leur cursus de formation initiale ?
Données socio-démographiques	/	- Quel est votre lieu de travail actuel et quel type de population rencontrez-vous de façon générale ? - Quel est votre parcours professionnel (structures, populations...) et depuis combien de temps exercez-vous ? - En quelle année avez-vous été diplômé(e) et dans quel établissement avez-vous suivi vos études ?

Annexe VIII : Grille d'analyse des entretiens

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

	Thème 1	Thème 2	Thème 3	Thème 4	Thème 5	Thème 6	Thèmes n et n+1
Ergothérapeutes interrogés	Les caractéristiques de la personne interrogée	Les définitions du savoir-être et des compétences relationnelles	Les facteurs d'influence de la relation	L'acquisition des compétences relationnelles par la formation	La méditation à titre personnel	La méditation dans le cadre professionnel	Nouveaux thèmes évoqués par les ergothérapeutes ou résultant d'une subdivision des thèmes précédents
E1	Fragment 1 Fragment 2 ... Fragment n						
E2							
E3							
E4							
E5							

PROMOTION : 2017-2020

PRENOM NOM : Aurélie LEROY

TITRE : La méditation de pleine conscience et le développement des compétences relationnelles en ergothérapie

RÉSUMÉ :

La méditation de pleine conscience est aujourd'hui utilisée dans plusieurs programmes thérapeutiques en raison des nombreux bénéfices physiologiques et psychologiques que sa pratique induit. Elle permettrait, entre autres, de développer des compétences dans la relation à autrui et la connaissance de soi. En ergothérapie, l'acquisition de compétences relationnelles est inscrite dans la loi, dans le Référentiel de formation. En effet, la qualité de la relation établie entre ergothérapeute et patient se révèle être un facteur d'adhésion et de réussite de la prise en soin. Il est reconnu que l'attitude du thérapeute, ainsi que ses capacités de connaissance de soi y jouent un rôle. Nous nous posons donc la question suivante : « Quels sont les apports de la méditation de pleine conscience pour l'ergothérapeute dans son approche relationnelle ? ».

Pour répondre à cette question, nous souhaitons mener des entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes pratiquant la méditation de pleine conscience. Le but est d'identifier d'éventuels bénéfices résultant de leur pratique personnelle sur lesquels ils s'appuient dans leur vie professionnelle.

Les résultats attendus sont les suivants : la méditation permettrait aux ergothérapeutes d'améliorer leurs compétences relationnelles et leur savoir-être professionnel. Au-delà d'un développement personnel, la méditation serait donc également utile pour leur développement professionnel. C'est pourquoi nous proposons d'inclure son enseignement en complément de la formation initiale des étudiants en ergothérapie.

MOTS CLÉS : Méditation - Pleine conscience - Ergothérapie - Formation initiale - Compétences relationnelles

TITLE : Mindfulness meditation and the development of relational skills in occupational therapy

ABSTRACT :

Mindfulness meditation is used today in several therapeutic programs because of the numerous physiological and psychological benefits that its practice induces. It would, among other things, develop skills in interpersonal relationships and self-knowledge. In occupational therapy, the acquisition of relational skills is included in the initial training syllabus. Actually, the quality of the relationship established between the occupational therapist and the patient is a factor of adherence and success in care. It is recognized that the therapist's attitude, as well as his capacities for self-knowledge play a role in care. A question here would rise : "What are the effects of mindfulness meditation for the occupational therapist in his relational approach ?".

To address this question, we would like to conduct semi-structured interviews with occupational therapists practicing mindfulness meditation. The aim is to identify possible benefits resulting from their personal practice on which they rely in their professional life.

The expected results would be that meditation would allow occupational therapists to improve their relational skills and their soft skills. Beyond personal development, meditation would therefore also be useful for their professional development. This is why we are proposing to include meditation as a complement to the initial training of occupational therapy students.

KEYWORDS : Meditation - Mindfulness - Occupational therapy - Initial training - Relational skills

MAITRE DE MEMOIRE : Muriel LAUNOIS, ergothérapeute D.E