



# L'accompagnement en ergothérapie dans le processus de résilience après un accident de la voie publique

Mémoire d'initiation à la recherche

BALDUC Emilie  
Promotion 2016-2019

Mme MOISAN Laure  
Maître de mémoire

## Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

### Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source»<sup>i</sup>.

### Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

### Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>ii</sup> et du Code pénal<sup>iii</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

### Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

***Je soussignée, Emilie BALDUC, atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformée.***

***Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.***

**Fait à Evreux**

**Le 20/05/2019,**

**Signature :**



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

ii Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

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

27 octobre 2017 Siège : Immeuble Normandie II - 55, rue Amiral Cécille - 76179 ROUEN Cedex 1

- Tél. 02 32 18 15 20 – Fax 02 32 18 15 99 [www.normandie.drdjscs.gouv.fr](http://www.normandie.drdjscs.gouv.fr)





## Remerciements

A ma maître de mémoire, Mme MOISAN, pour son écoute ; nos échanges ont contribué à nourrir ma réflexion et m'ont confortée dans mes choix.

Aux ergothérapeutes ayant participé à cette étude, pour leur implication et la richesse de leurs connaissances. Ces rencontres étaient agréables.

A l'équipe pédagogique de l'IFE La Musse et aux professionnels ayant partagé leur réflexion, pour leurs conseils et accompagnement.

A mes proches, pour leur présence et leur soutien inconditionnel.

Avec toute ma reconnaissance, MERCI !

*« Accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de ses pas ».*

Patrick Verspieren

# SOMMAIRE

Introduction.....	1
1. Cadre contextuel.....	2
2. Cadre conceptuel.....	3
2.1. Définitions .....	3
2.1.1. Accident de la voie publique.....	3
2.1.2. Etat de stress post-traumatique .....	4
2.1.3. Processus de résilience .....	4
2.1.4. Ergothérapie .....	6
2.2. Des concepts en lien :.....	10
2.2.1. Engagement occupationnel et ergothérapie : le Modèle de l'Occupation Humaine .....	10
2.2.2. Résilience et engagement.....	12
2.3. Le concept d'auto-efficacité.....	14
2.3.1. Définition générale .....	14
2.3.2. L'auto-efficacité comme axe de développement de la résilience .....	14
2.3.3. Lien avec l'ergothérapie : l'efficacité personnelle en pratique .....	16
4. Question de recherche et hypothèse.....	19
5. Dispositif méthodologique .....	20
5.1. Une méthode qualitative .....	20
5.2. Une approche hypothético-déductive .....	21
5.3. Une technique de recueil de données : l'entretien semi-directif .....	21
5.3.1. Echantillon .....	21
5.3.2. D'un entretien exploratoire.....	21
5.3.3. ... Vers un entretien semi-directif .....	22
6. Résultats.....	23
6.1. Les thématiques émergentes et première analyse .....	23
6.2. Analyse par domaines de pratique.....	32
7. Discussion .....	34
7.1. Confrontation des données théoriques avec celles de terrain .....	34
7.2. Biais.....	39
7.3. Limites .....	40
7.4. Perspectives et apport de l'étude sur les plans personnel et professionnel .....	41
Conclusion.....	44
Bibliographie.....	
Glossaire .....	
Annexes.....	





## Introduction

Dès 2016 déjà, le rapport Laforcade relatif à la santé mentale, rédigé par le directeur de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle Aquitaine, établit comme axe de travail d'« *améliorer l'articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques* ». Il vise, entre autres, à renforcer la collaboration et coordination entre urgences psychiatriques, somatiques et les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ensuite, cette articulation somatique-psychique est devenue une priorité nationale. En effet, le programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018 – 2023, publié par la Haute Autorité de Santé, détermine à son tour un axe de travail pour « mieux évaluer et prendre en charge le psycho-traumatisme chez l'enfant et l'adulte. Des recommandations de bonnes pratiques devraient d'ailleurs être publiées au cours de l'année.

Grâce à ces réflexions autour de la continuité des soins, les personnes en état de stress post-traumatique suite à un accident de la voie publique devraient bénéficier d'un accompagnement adapté à leurs besoins.

Nous pouvons par exemple évoquer le travail sur le processus de résilience chez ces personnes, en ergothérapie.

Je vous exposerai d'abord ma réflexion, menant à la question de départ, ensuite, nous définirons les concepts clés abordés dans ce mémoire. Nous évoquerons la question de recherche étudiée et son hypothèse. Ensuite, la méthodologie de recherche sera présentée, ainsi que les résultats et leur analyse. Enfin, une discussion, dans laquelle seront développés les biais, limites et perspectives de recherche, permettra de conclure sur la validité ou non de l'hypothèse.

## 1. Cadre contextuel

Des recommandations sont élaborées et des lois, comme la loi HPST de 2009, ont été promulguées afin d'améliorer la coordination des soins. Cependant, il existe souvent des clivages entre les dimensions somatique et psychique, tel est un des constats que j'ai établi en stage. En effet, les plaintes somatiques sont parfois négligées – ou peu de moyens y sont attribués - dans les établissements de santé mentale tandis que la dimension psychologique d'une personne en soins de suite et de réadaptation peut être omise. J'ai d'ailleurs rencontré en stage un patient qui, suite à un accident de la voie publique, était hospitalisé en centre de rééducation fonctionnelle. Il avait des incapacités engendrant d'importants dysfonctionnements occupationnels. Les médecins étaient plutôt rassurants quant à la récupération de ses capacités physiques à venir. Cependant, ils s'interrogeaient sur un potentiel état de stress-post traumatique chez cette personne. L'hypothèse n'a pas pu être vérifiée et aucun diagnostic n'a été établi par un psychiatre, l'établissement n'étant pas en contact avec des professionnels spécialisés en santé mentale. Cet élément conforte le constat de liens amoindris entre les deux domaines. Après quelques semaines de rééducation, le patient n'était plus motivé et un accompagnement sur le plan somatique n'était pas suffisant. Plus tard, je me suis questionnée sur le processus de résilience : comment cette personne pouvait-elle parvenir à surmonter le traumatisme vécu ?

L'ergothérapeute axe son intervention sur la personne, et non sur le patient ou la pathologie. Ainsi, il peut proposer un accompagnement à la fois orienté sur les plaintes somatiques ou physiques et sur le plan psychique. Quels moyens peut-il utiliser dans cette optique ? Existe-t-il des déterminants communs entre la résilience et la reprise des occupations de ces personnes ? Si oui, quels sont-ils ?

Le sujet suivant semble donc intéressant : « L'accompagnement en ergothérapie dans le processus de résilience chez des patients en état de stress post-traumatique à la suite d'un accident de la voie publique. »

D'après cette première réflexion, une question de départ apparaît :

**En quoi la résilience peut-elle être un concept mobilisable par les ergothérapeutes pour des personnes en souffrance psychologique ?**

## 2. Cadre conceptuel

### 2.1. Définitions

Dans cette partie, les mots-clés du sujet seront définis et mis en lien. Ainsi, accident de la voie publique et état de stress post-traumatique seront évoqués. Nous ferons alors appel au processus de résilience, avant d'aborder l'ergothérapie et la place de l'ergothérapeute.

#### 2.1.1. Accident de la voie publique

Un Accident de la Voie Publique AVP désigne un accident qui a lieu sur le réseau routier et qui implique au moins un véhicule en mouvement. Il engendre des dégâts matériels voire des traumatismes sur une ou plusieurs personnes. La vitesse excessive est la première cause d'AVP dans un contexte où la plupart des accidents routiers surviennent hors agglomération, indique la sécurité routière.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé OMS, 20 à 50 millions de blessés sont recensés chaque année. Nombre d'entre eux gardent des incapacités à la suite de leurs blessures. En France métropolitaine, en 2017, 3 448 personnes ont perdu la vie dans un accident de la route tandis que l'on décompte 73 384 personnes blessées dans les 58 613 accidents corporels.

Les hommes sont davantage impliqués que les femmes dans un accident de la voie publique : près de trois quarts (73%) des personnes tuées ou gravement blessées dans de tels accidents sont des hommes.

Par ailleurs, les usagers de deux-roues motorisés représentent moins de 2% du trafic routier mais constituent 43% des personnes blessées graves et 22% des personnes tuées. La classe d'âge la plus touchée reste les 25-34 ans, même si deux autres populations sont particulièrement exposées aux AVP : les 18-24 ans, en raison de prises de risques plus importantes et les 75 ans et plus, chez qui l'inattention au volant et les difficultés à respecter les priorités sont davantage présents.

Blessées physiquement ou non, les victimes d'AVP sont exposées à un évènement violent, un traumatisme, pouvant refléter leur propre mort. D'ailleurs, d'après Kupchik et al. (2007) in Faure, les AVP sont la cause principale d'état de stress post traumatique. La prévalence fluctue de 6 à 45%, selon les études (Heron-Delaney et al., 2013, in Faure). Nous nous intéresserons à cette population dans ce travail de recherche.

### 2.1.2. Etat de stress post-traumatique

Crocq (2011) définit les psycho-traumatismes comme « *un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur* ». L'Etat de Stress Post-Traumatique est noté PTSD ou ESPT. Selon Chidiac et Crocq (2011), il s'agit d'un type de psycho-traumatismes, qui apparaît en post-immédiat, c'est-à-dire sur une période de plus de quatre semaines après le traumatisme initial, avec possibilité de persévération des symptômes dits dissociatifs présents en aigu. Dans ce cas, il y a une rupture avec les activités antérieures et relationnelles de l'individu. Selon le DSM-IV, le PTSD comprend quatre types de symptômes : la reviviscence, l'évitement, des altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, ainsi que l'hyperactivité. La personne peut alors présenter des troubles du sommeil, des cauchemars, des sentiments dépressifs, de culpabilité, d'irritabilité...

Des facteurs prédisposants (antécédents, troubles psychologiques actuels), de maintien (environnement peu favorable) ou de rechute existent. Ils sont subjectifs et liés à des variables relatives à l'événement traumatique, au sujet lui-même, à son environnement social... Par ailleurs, Soares (n. d.) dit que le soutien social est une des variables importantes pour l'individu, il agit comme amortisseur des conditions stressantes sur la santé mentale. Il en existe trois dimensions : le soutien structurel (réseau social), le soutien social reçu et le soutien social perçu (subjectif). Ainsi, le soutien social reçu de la part de la famille serait efficace pour minimiser les symptômes du stress post-traumatique.

Lors d'un accident de la voie publique, le sujet traumatisé a été confronté à l'éventualité de sa propre mort et constate une rupture entre ses interprétations et la réalité. La résilience se situe alors dans une logique de désengagement, au moment où la personne reprend contact avec la réalité et sa vie antérieure.

### 2.1.3. Processus de résilience

La définition de la résilience est variable d'un auteur à l'autre. Le processus de résilience, selon Norman Garmezy in Tisseron (2013), considéré comme le père de ce concept, est : « *le processus, la capacité ou le résultat d'une bonne adaptation en dépit des circonstances, des défis ou des menaces* ». Il ne s'agit pas seulement de résister

mais aussi d'être capable de rebondir après un évènement déstabilisant, de surmonter un traumatisme. Ainsi, ce processus dynamique engage une (re)construction psychique et relationnelle de l'individu, selon Rachel Thibeault. De plus, la résilience est multifactorielle, issue de l'interaction entre l'individu et son environnement, comprenant des variables internes au sujet (structure psychique, personnalité, mécanismes de défense...) et des variables externes (environnement matériel, relationnel, socioaffectif). Ces compétences sont innées et acquises ; et constituent aussi bien des facteurs de risque que des facteurs de protection ou ressources, ces derniers s'articulant entre eux. La résilience est ainsi propre à chaque individu. De plus, elle dépend de la perception du sujet et de ses capacités défensives. D'ailleurs, Fine (1991) dit qu'avant de chercher à surmonter l'adversité, il est nécessaire de prendre connaissance de la signification sociale et personnelle (c'est-à-dire en fonction de nos valeurs) du traumatisme vécu. Cet élément impacte notre comportement et notre rapport à la réalité. Il est aussi important de prendre en compte la notion d'acceptation du traumatisme vécu.

Le processus de résilience comprend différentes étapes. Il inclut d'abord le ressaisissement de soi après un traumatisme : le sujet mobilise son énergie afin de limiter les conséquences du stress. Ensuite, la (re) construction ou le développement normal intervient - en dépit des risques de désorganisation psychique -. L'évènement traumatique est intégré à la réalité, partiellement ou totalement, par l'individu. Enfin, un rebond psychologique peut avoir lieu : le traumatisme se transforme en ressource mobilisable dans d'autres circonstances. À la suite de cela, une croissance post-traumatique peut avoir lieu chez l'individu, c'est-à-dire un processus par lequel une personne ayant vécu un traumatisme connaît des changements positifs dans sa vie. Un individu résilient n'est pas invincible dans toutes les circonstances, mais il est en capacité à surmonter davantage d'évènements extrêmes. La mobilisation des capacités de résilience nécessite parfois un accompagnement pluridisciplinaire.

Par ailleurs, le processus de résilience peut se situer dans une logique post-traumatique, mais aussi pré-traumatique, en considérant que le processus qui permettrait de se protéger contre les effets d'un traumatisme a débuté avant ce dernier. Avant d'être confrontée à un traumatisme, la personne peut identifier ses ressources, par exemple. On différencie le processus de résilience et la conduite résiliente, qui sera davantage dans une logique post-traumatique : résister à un traumatisme. Ce

processus engloberait donc à la fois la période avant et pendant l'accident de la voie publique, ainsi que celle de l'après, c'est-à-dire durant l'état de stress-post traumatique potentiel.

Ainsi, lors d'un AVP, une modification de la structure sociale et un bouleversement des liens à la réalité peuvent survenir. L'engagement dans les activités, le sentiment de contrôle et l'initiation de défis sont remis en question. Selon Anthony et Cohler (1987) in Fine, des « *capacités psychosociales telles que le sentiment de compétence, l'adaptation, la créativité et la confiance* » doivent être mises en œuvre pour surmonter un traumatisme. L'optimisme, la motivation et la confiance en soi sont essentiels pour développer des réponses adaptatives. En effet, des mécanismes d'adaptation – sur les plans cognitif et comportemental – et la recherche d'un soutien social sont nécessaires au processus de résilience. Lazarus et Folkman (1984) in Faure ont suggéré que de telles compétences sont acquises par un processus appelé coping. Ce dernier consisterait « *à affronter l'épreuve au moment où elle se présente [...] On parlera de résilience plus tard, dans l'après-coup, quand [la personne] devra affronter dans sa mémoire la représentation de ce qu'[elle] a subi* ».

Ces premiers concepts présentés sont en lien. En effet, lors d'un AVP, le patient se retrouve dans une situation extrême, hors de contrôle. Il perd son ancrage à la réalité et ne parvient plus à interpréter l'évènement et en déduire les issues possibles. Il peut alors déclencher un état de stress post-traumatique. Or, le stress est une « *relation entre la personne et l'environnement que la personne apprécie comme imposant ou dépassant ses ressources et mettant en danger son bien-être* » (Lazarus et Folkman, 1984, in Gage). D'ailleurs, les croyances de l'individu sont remises en question et il n'a plus la capacité d'agir par lui-même : il perd son identité. La résilience, quant à elle, engage entre autres des capacités psychosociales et intervient dans la gestion de l'état de stress dans la vie quotidienne : elle prend part à un mécanisme de reconstruction de l'identité.

## 2.1.4. Ergothérapie

### 2.1.4.1. Généralités

L'ergothérapeute a une vision holistique : il s'intéresse aussi bien à la personne, qu'à son environnement ou ses occupations. Ces dernières sont un « *groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et*

*qui est le support de la participation à la société » (Meyer, 2013). Les occupations ont un rôle important dans le processus de résilience. Rachel Thibeault, ergothérapeute, insiste d'ailleurs sur leur rôle : elles font partie de la vie et sont le reflet de la manière dont nous nous percevons. Elle dit que nous devons identifier nos occupations significatives et que des activités diversifiées doivent être intégrées dans notre vie quotidienne. Or, l'état de stress post-traumatique implique un isolement et une césure avec les occupations antérieures et relationnelles de l'individu. D'ailleurs, selon une étude de Zatzick et al. in Lopez (2011) sur les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne, près de la moitié des personnes en état de stress post-traumatique ne parviennent pas à retrouver leurs occupations antérieures. Leur identité et leur rendement occupationnel (c'est-à-dire la signification, le développement et le maintien de l'activité) sont impactés par cet état. « Les occupations sont un moyen par lequel les personnes développent et expriment leur identité » dit d'ailleurs Lopez (2011). L'état de stress post-traumatique, en entraînant une perte des occupations, influe négativement sur l'engagement et la participation de l'individu dans des activités productives et donc sur sa qualité de vie. Si le patient a une représentation erronée de lui-même, de ses performances et de ses rôles, le sentiment d'appartenance à un groupe est compromis. Les personnes ressources dans la sphère familiale et amicale du patient mais aussi la collaboration avec le thérapeute permettent de rétablir un sentiment d'autonomie et de respect de soi. Enfin, les personnes vulnérables sont décrites par Eitinger in Lopez (2011) comme étant « impuissantes et passives, et ayant perdu leur capacité à conserver une activité ».*

L'ergothérapie constitue alors un levier à la participation sociale. Ce concept consiste à avoir sa place et prendre part aux occupations au sein de la société. Les ergothérapeutes cherchent à favoriser la reprise des activités. Ils améliorent la performance et l'engagement occupationnels du patient. Dans ce contexte, les habitudes de vie de l'individu sont aussi bouleversées. Selon le Processus de Production du Handicap, les habitudes de vie ou la performance de réalisation en situation de vie sociale assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans son environnement, tout au long de son existence. Ce sont des activités courantes ou des rôles sociaux valorisés par la personne ou son contexte socio-culturel.

La reprise des activités significatives est essentielle afin de favoriser sa participation sociale et son engagement. Ce dernier rend compte de la motivation de

la personne, ses habiletés mais est aussi lié à son environnement. De plus, d'après Djaoui (2015), « *tout individu, durant son parcours de vie, est entraîné dans une dynamique perpétuelle d'apprentissage de nouveaux rôles, et, dans le même mouvement, de renonciation à d'autres qui paraissent inadaptés ou obsolètes* ». Les activités signifiantes sont donc importantes (notamment par rapport à l'environnement social du patient). Elles répondent à des attentes, des exigences imposées par la vie en société. Par exemple, les actions collectives sont des activités pouvant alimenter l'estime de soi.

L'ergothérapeute recrée alors du lien avec la réalité et les activités de la vie quotidienne. Il accompagne le patient à saisir les différentes facettes de la résilience pour se réapproprier sa vie, rebondir suite à une adversité et ressentir un mieux-être. D'ailleurs, les personnes résilientes ont généralement un bon contrôle interne, un certain degré d'indépendance, des relations sociales, et elles pratiquent des occupations significatives (Fine, 1991).

Enfin, elle ajoute que « *les clients qui subissent des lésions traumatiques ou qui sont témoins d'événements traumatiques sont plus vulnérables aux troubles de stress tels que le trouble de stress post-traumatique* ».

Nous allons maintenant nous intéresser à la place de l'ergothérapeute auprès de cette population.

#### 2.1.4.2. Positionnement de l'ergothérapeute

Nous abordons dans notre sujet le terme d'« accompagnement dans le processus de résilience ». Il signifie ici que le patient est actif, il est acteur dans son processus de rétablissement. Ainsi, au-delà d'un traitement médical des symptômes, l'ergothérapeute est aux côtés du patient pour lui permettre d'avancer. Pour reprendre les termes de Cyrulnik, l'ergothérapeute est « *tuteur de résilience* » : ce n'est pas une « aide » mais une « ressource ». Il considère alors la personne dans son contexte. Il prend en compte les renforçateurs positifs provenant des ressources du patient ou lui propose d'expérimenter le Flow par exemple. Cette approche encourage l'engagement dans des activités, le sentiment de compétence, de capacité à réaliser des occupations et l'estime de soi. Ainsi, la motivation est un outil permettant de soutenir et susciter la résilience chez nos patients. Elle permet de valider ce que la personne ressent, et donc en même temps, de valoriser son identité.

L'accompagnement dans le processus de résilience est donc un moyen de rendre le patient à nouveau actif dans le but de faire face au traumatisme vécu. Ainsi,



chez les tuteurs de résilience, il ne faut pas chercher à vouloir contrôler mais plutôt guider ce processus.

Il est alors important de chercher à comprendre la personnalité, les influences environnementales et de les utiliser afin que le patient puisse établir ses objectifs, et proposer une intervention en lien avec ses besoins, capacités et activités significatives. D'ailleurs, l'ergothérapeute est déjà particulièrement sensible à ces éléments dans sa pratique car ils font partie des valeurs de la profession. De plus, Kleinman, in Fine (1991), dit que l'ergothérapeute doit faire preuve d'empathie afin d'identifier et comprendre les sentiments du patient. Tous deux collaborent ensemble et nouent une relation de confiance. L'accompagnement devra donc évoluer et sera adapté à l'avancée du patient dans le processus de résilience.

Ainsi, par des séances individuelles et en groupe, la présence d'un ergothérapeute permet au patient de se réapproprier certains rôles et habitudes de vie. Le professionnel propose un accompagnement personnalisé puisque - comme nous l'avons dit précédemment - chaque personne a des capacités de résilience uniques. Le thérapeute peut les aider à gérer les sentiments provoqués par leur situation, à développer des capacités fonctionnelles pour réaliser des activités significatives, évaluer et promouvoir la performance en utilisant les points de vue des patients sur eux-mêmes, renforcer les contacts et les liens avec la réalité. Il facilitera aussi la restauration d'un processus d'adaptation interne fonctionnel et participera à une sensibilisation de l'entourage du patient sur l'impact du traumatisme au quotidien...

Fine cite alors des moyens, comme l'utilisation d'outils de gestion du stress, de relaxation, de conseil en loisirs et en activités de prise de conscience. Tout cela est proposé en fonction des capacités de résilience et des réponses adaptatives mises en place par l'individu. De plus, les ressources, les opportunités et les exigences des contextes physiques et sociaux sont pris en compte afin de permettre aux clients de reprendre et de maîtriser des occupations.

L'auteur ajoute que la résilience est un élément important pour identifier l'adaptation (en prenant en compte les compétences, les ressources environnementales et les capacités psychosociales de l'individu). Ces sphères sont omniprésentes pour l'ergothérapeute qui s'intéresse aux interactions entre la personne, ses compétences, ses activités et son environnement (physique et social).

De plus, la résilience influencerait la performance occupationnelle et permettrait à une personne d'atteindre une plus grande maîtrise dans ses occupations.

Enfin, Phillips, Bruchl et Harden, in Lopez (2011), évoquent une situation où l'ergothérapeute et un psychologue mettent en œuvre une thérapie interdisciplinaire. Ils évoquent notamment les techniques d'exposition (imagerie mentale, activités basées sur l'occupation, activités simulées) pour réduire l'anxiété due aux traumatismes et promouvoir les compétences de la personne. Ils décrivent alors un ancien combattant, souffrant d'un trouble de stress post-traumatique, blessé lors de la conduite d'un véhicule militaire. L'ergothérapeute pourrait l'aider à (ré)acquérir des compétences en conduite grâce à une série d'activités graduées.

Ainsi, le patient en état de stress post-traumatique pourra se réapproprier sa vie par des activités significatives et antérieures. De plus, le sujet effectue des tâches significatives et est efficace et autonome dans ses activités. D'ailleurs, Peloquin (2007) dit également que reprendre ses occupations contribue à la récupération à la suite d'un événement traumatique.

## 2.2. Des concepts en lien :

### 2.2.1. Engagement occupationnel et ergothérapie : le Modèle de l'Occupation Humaine

Le Modèle de l'Occupation Humaine MOH a été élaboré par Kielhofner. Il est, comme son nom l'indique, un modèle de pratique en ergothérapie centré sur les occupations humaines. Ces dernières englobent tout ce que la personne fait régulièrement ou non, et comment elle le fait. L'ergothérapeute va s'intéresser à toute occupation qui a du sens pour elle, à un moment précis de sa vie, dans son environnement humain et non humain. Enfin, selon Townsend & Polatajko (2007) et Wilcock (2006) in Meyer, être engagé dans des activités de la vie quotidienne significatives et intentionnelles a un effet positif sur la santé et le bien-être d'un individu.

Kielhofner, dans son modèle, dit que « *l'être humain est un être occupationnel : l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne. C'est en agissant que la personne façonne et construit ce qu'elle est* ». Il décrit alors trois grandes parties dans le MOH :

- L'Être : il s'agit des composantes de la personne ; cette dimension comprend elle-même trois aspects et sert de base à l'Agir :

→ La volition, c'est-à-dire la motivation de la personne à agir sur l'environnement. Il s'agit du processus qui lui permet de s'engager dans une activité. La volition est déterminée par les valeurs, les centres d'intérêt de l'individu, et par sa « *causalité personnelle* », c'est-à-dire par les croyances de la personne en termes de capacités à réaliser une activité. La causalité personnelle comprend donc le sentiment d'efficacité et les capacités personnelles de l'individu.

D'ailleurs, nous définirons plus précisément tout à l'heure le sentiment d'auto-efficacité. Qanoff-Bulman & Timko, (1987), in Fine disent que « *chacun de nous entretient une théorie de la réalité personnelle, un ensemble cohérent d'hypothèses développées au fil du temps sur nous-mêmes et notre monde qui organise nos expériences et notre compréhension* ».

Le sentiment d'efficacité personnelle apparaît ici comme un élément de la volition. Cette dernière va permettre à la personne de s'engager dans une activité. L'engagement occupationnel est donc une expression de la motivation.

Nous en déduisons alors que la motivation aura un rôle important auprès de cette population.

Le processus volitionnel suit des étapes et passe par l'expérimentation d'activités par l'individu et l'interprétation de ces expériences réalisées. Ainsi, la personne pourra choisir de mener à nouveau des projets, ce qui l'encouragera à s'engager dans des activités (nouvelles ou non).

Il existe d'autres composantes de l'être :

→ L'habituation

→ La capacité de performance

- L'Agir, qui comprend la participation occupationnelle et la performance occupationnelle.

- Le Devenir, correspondant à l'identité et aux compétences occupationnelles.

Ces éléments sont bien-sûr en interaction avec l'environnement.

En résumé, l'engagement occupationnel est issu du processus de volition. Il correspond au « *sentiment positif de participer, choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une occupation* ». (Meyer, 2013). La personne s'implique volontairement dans une activité significative et elle décide du but à atteindre. Contrairement à la participation sociale, qui est relative au monde externe,

l'engagement occupationnel appartient « *au monde interne du « faire »* », selon Meyer. Il nécessite un « *investissement affectif, cognitif, attentionnel et comportemental de la personne dans une occupation, associé au sentiment subjectif de participer et de s'impliquer* » (Meyer, 2013). Ce concept est donc le résultat d'une interaction dynamique entre une personne qui sollicite aussi bien des dimensions psychiques que physique ; et une occupation ; le tout dans un environnement. Dans ce travail d'initiation à la recherche, nous avons donc fait le choix d'évoquer l'engagement occupationnel plutôt que la participation sociale.

Le sentiment d'efficacité personnelle, quant à lui, est donc évoqué dans le MOH. Kielhofner (2008) in Mignet le décrit comme un « *phénomène subjectif et individualisé [...], c'est la perception de l'individu sur sa propre efficacité* ». Il met alors en œuvre une appréhension de son expérience personnelle et une perception des défis occupationnels. Il s'agit d'un élément composant la volition. Il permet donc d'atteindre un engagement occupationnel. D'ailleurs une grille d'évaluation existe dans le MOHOST. En effet, l'outil évoquant les attentes de réussite reprend comme concepts clés : « l'efficacité personnelle et la maîtrise, le sentiment de contrôle sur l'environnement et l'optimisme, l'espoir ».

Par ailleurs, une étude québécoise effectuée auprès de cadres (Therrien, 2000 in Soares) a démontré que le fait d'adapter nos actions lors d'évènements stressants génère un sentiment de contrôle et un engagement dans des actions visant à modifier la situation.

## 2.2.2. Résilience et engagement

### 2.2.2.1. Développement de la résilience

Robbie Gilligan in Anaut (2015) évoque trois axes de développement de la résilience.

Le premier axe est le sentiment d'une base de sécurité interne : il comprend l'attachement, le sentiment d'appartenance à un réseau social et relationnel (l'étayage par les pairs et la reconnaissance sont inclus dans cet axe). Levasseur & al (2017) disent que les individus résilients maintiennent leur participation sociale, c'est-à-dire leur implication dans une activité. Les personnes avec un bon niveau de résilience auraient aussi plus d'opportunités pour participer dans la société. Ainsi des études ont démontré qu'avoir des relations positives et un entourage social soutenant sont des

facteurs clé de la résilience puisque les croyances de la personne, de sa famille et de ses amis ainsi que sa culture et son expérience influencent sa résilience. Ces personnes se sentiraient utiles et aideraient les autres à entrer en résilience à leur tour. De plus, le sentiment d'appartenance à un groupe est un support pour un engagement dans des opportunités et apporte un soutien social. Tout cela encourage des compétences personnelles qui peuvent en retour augmenter la participation sociale.

Ensuite, l'estime de soi apparaît comme un second axe. Il s'agit de l'amour que le sujet porte à lui-même et de la valeur qu'il pense avoir (à ses propres yeux et à ceux des autres). Elle est liée à la construction du narcissisme et à la conscience de ses compétences et de son mérite. Le fait d'avoir du succès dans la réalisation des tâches importantes pour l'individu et au centre de ses intérêts (significatives) renforce l'estime de soi.

Enfin, le sentiment d'auto-efficacité apparaît comme un troisième axe de développement de la résilience. C'est prendre conscience de ses capacités à agir sur son environnement, y être autonome et efficace. Ici, un tuteur de résilience peut d'ailleurs aider la personne, ayant subi un traumatisme ou avec des carences éducatives premières, à prendre conscience de ses compétences. Il intervient aussi en tant que soutien social.

#### *2.2.2.2. Lien auto-efficacité et engagement*

Dans le MOH, nous avons évoqué la volition. Il s'agit d'un mécanisme conscient, impliquant un choix et une volonté de la personne. Selon Meyer (2013), la motivation (mécanisme inconscient) est sous-jacente à la volition : on ferait preuve de volition seulement en étant motivé. Ainsi, en expérimentant des activités et en en reprenant certaines, la personne aura un meilleur niveau d'engagement occupationnel et par la même occasion, améliorera son sentiment d'efficacité personnelle.

Le terme d'auto-efficacité n'est pas uniquement traité dans le MOH. En effet, il peut apparaître dans d'autres modèles conceptuels, comme le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels MCREO. Ce dernier met en évidence trois champs : la personne, l'occupation et l'environnement. Au sein de la personne, il existe quatre composantes à prendre en considération : physique, cognitive, affective et spirituelle. La dimension affective s'appuie sur des facteurs intra et extra-personnels, dans lesquels peut apparaître le sentiment d'efficacité personnelle, évoqué par Bandura. Par exemple, on y fait référence lorsque la personne exprime sa satisfaction à réaliser une activité, comme lors de l'utilisation de la Mesure Canadienne

de Rendement Occupationnel MCRO. En utilisant ce modèle, des objectifs et un accompagnement en ergothérapie sont élaborés autour de la performance occupationnelle et de la satisfaction perçue de la personne. Ces dernières sont évaluées par la personne en fonction de ses croyances quant à ses capacités à réaliser des activités significatives (ou sentiment d'auto-efficacité). L'outil vise alors à améliorer l'engagement occupationnel de la personne dans ces activités.

## 2.3. Le concept d'auto-efficacité

Le sentiment d'auto-efficacité (ou sentiment d'efficacité personnelle) est donc à la fois un des axes de développement de la résilience mais aussi une notion évoquée dans le MOH ou le MCREO. Dans ce travail, nous nous intéresserons plus particulièrement à cet axe.

### 2.3.1. Définition générale

Bandura, docteur en psychologie, évoque le sentiment d'efficacité personnelle depuis les années 1980. Cette notion, utilisée en psychologie, se rapporte aux théories socio-cognitives dans lesquelles trois éléments sont en interaction : la personne, le comportement et l'environnement. L'environnement détermine le comportement et inversement. La théorie socio-cognitives est issue des théories béhavioriste et cognitiviste. Il ajoute au modèle behavioriste que les personnes ne répondent pas aux stimuli mais les interprètent : il insiste sur l'intervention de processus cognitifs. Ainsi, Bandura intègre différents concepts d'apprentissage comme celui par l'observation, par exemple. Dans cette théorie interviennent la motivation et l'adaptation au changement. La personne est actrice de sa vie. Le sentiment d'efficacité personnelle apparaît alors comme un élément essentiel à la motivation, selon Stajkovic & Luthans (2002).

### 2.3.2. L'auto-efficacité comme axe de développement de la résilience

D'après Bandura, il s'agit de « *l'idée subjective qu'a la personne de ses capacités à effectuer les actions indispensables à l'atteinte d'un objectif escompté* » (cité par Meyer, 2013). C'est donc une croyance d'un individu en sa capacité à réaliser une tâche. La manière dont le patient va percevoir ses capacités a un impact sur sa motivation. Selon Meyer, Minisi et Desrosiers (2018), il est « *important de considérer les influences du sentiment d'efficacité personnelle dans la sphère de l'agir puisque*

*c'est des actions de la personne que résultent les adaptations occupationnelles et c'est à travers celles-ci que la personne, constamment, se construit.* » D'ailleurs, plus son sentiment d'auto-efficacité sera important, plus les objectifs qu'elle s'imposera et son engagement seront élevés. Les personnes ayant une auto-efficacité élevée vont réussir à modifier leur milieu, à adapter leurs actions malgré la présence de limites ou de contraintes (Bandura et Wood, 1989). Au contraire, une personne qui doute de sa capacité à effectuer une action donnée, sera moins motivée à agir et il lui sera moins aisé de surmonter les difficultés rencontrées. D'ailleurs, l'auto-efficacité permettrait de récupérer plus rapidement et de maintenir un niveau d'engagement face aux buts fixés (Bandura et Wood, 1989; Schwarzer et al, 1997 in Anaut).

Il existe des critères déterminants du sentiment d'efficacité comme le temps nécessaire pour faire l'action, la qualité de ce que l'on fait, les sentiments positifs ou négatifs ressentis par la personne (contentement, soulagement, colère, détresse). De plus, les stratégies mises en place et la notion de contrôle permettent d'influencer positivement le sentiment d'efficacité. Il en est de même pour le rapport à l'efficacité ou à l'inefficacité et aux autres (dépendance à une personne, par exemple).

Le sentiment d'auto-efficacité évolue selon trois phases. Tout d'abord, avant une situation impliquant une activité et un environnement, il permet de mobiliser les expériences similaires. Chaque expérience vécue est propre à l'individu. Les approches occupationnelles centrées sur la personne ont donc tout leur intérêt afin d'accompagner ce public vers des activités permettant une amélioration du sentiment d'auto-efficacité et menant à un engagement occupationnel. Le sentiment d'auto-efficacité intervient aussi pendant la situation, par un sentiment de contrôle vis-à-vis de l'activité et de l'environnement. Enfin, après l'activité, il suppose une auto-évaluation (qualité de la performance (elle-même façonnée par l'engagement occupationnel), durée de réalisation, degré d'autonomie, sentiment d'utilité). Cette évaluation peut être influencée par la présence d'autres personnes (Meyer, Minisi et Desrosiers, 2018). De plus, *« chaque confrontation avec une situation ou son évitement est une expérience qui concourt à l'évolution -positive ou négative- du sentiment d'efficacité et par extension à l'adaptation occupationnelle de la personne »*. Bandura décrit enfin l'efficacité personnelle comme un des meilleurs prédicteurs du rendement occupationnel : l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle a des répercussions sur le rendement dans les occupations.

Une différence entre sentiment d'auto-efficacité et estime de soi est à noter : l'estime de soi est mobilisée principalement lorsque la personne analyse elle-même ses compétences par rapport à celles jugées, reconnues socialement (Mayberry in Gage, 1994). Ainsi, une personne peut se percevoir compétente dans beaucoup de domaines mais avoir une basse estime de soi si elle croit que ses compétences ne sont pas reconnues socialement ; et inversement. Il s'agit d'une croyance générale en ses capacités, influencée par le regard de l'autre. Ces deux éléments sont donc très liés uniquement si le sentiment d'efficacité personnelle est mesuré pour une tâche aboutissant à une reconnaissance sociale. Ainsi, une personne ayant un prix Nobel peu avoir une haute estime de soi et un haut niveau d'efficacité personnelle quant aux activités rattachées à la discipline récompensée mais un bas sentiment d'efficacité personnelle pour faire des gâteaux (activité différente et indépendante de la première).

### 2.3.3. Lien avec l'ergothérapie : l'efficacité personnelle en pratique

« *La finalité de l'ergothérapie est l'engagement dans des occupations qui concourent à la participation sociale* », dit Meyer. L'efficacité personnelle étant une composante de la volition, elle permettrait de mener la personne à un engagement occupationnel dans des activités significatives.

Bandura met en avant quatre facteurs pouvant influencer ce sentiment. Il s'agit aussi de pistes pour le renforcer :

- « *Les expériences actives de maîtrise* », de performances similaires, de succès et d'échec. Il s'agit par exemple d'expériences passées menant à une réussite. En proposant de telles activités, le thérapeute propose des opportunités et la personne pourra établir ses propres défis occupationnels. Son sentiment d'efficacité personnelle sera alors plus élevé.
- « *Les expériences vicariantes* ». Le patient observe la mise en situation d'activité d'un pair et sa réussite (ou son échec) dans l'activité. Ce type d'expérience influe aussi sur l'estime de soi.
- « *La persuasion verbale* », aussi appelée persuasion sociale : une personne considérée comme compétente ou importante par le patient, l'encourage en le valorisant et en lui faisant part de sa confiance en ses capacités. Grâce à l'activité, une reconnaissance sociale émerge et les difficultés et les ressources de la personne sont reconnues et validées.



- « *L'état physiologique et émotionnel* » de la personne lors de l'activité. Il varie en fonction de critères subjectifs, évoqués par le patient durant son auto-évaluation. Cette dernière sera positive si la personne apporte plus d'importance à la réussite de l'activité plutôt qu'au fait qu'elle ait été aidée par exemple.

Ensuite, l'ergothérapeute peut identifier la performance occupationnelle d'une personne dans une activité donnée, puis chercher à développer cette dernière. La performance occupationnelle est définie par ENOTHE comme « *le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement* », cité par Meyer (2005). Elle permettrait donc de considérer le processus de réalisation de l'activité et son résultat.

Le thérapeute s'appuie alors sur les capacités perçues de la personne, dans ses activités. Le sentiment d'auto-efficacité est un des facteurs qui influencent la performance occupationnelle des patients. En ergothérapie, comme nous le disions tout à l'heure, avec les « *expériences actives de maîtrise* », la reconnaissance des activités réussies mène le patient à essayer quelque chose d'autre, des tâches plus difficiles et encourage donc de nouveaux défis occupationnels.

On suppose donc que ces réussites successives mènent à une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle dans ces activités. Ce sentiment engendre à son tour une volonté de s'engager et de persister dans des tâches similaires à l'avenir. Si les expériences réussies se rapportent à des activités socialement pertinentes, une amélioration de l'estime de soi y sera associée. Ces facteurs psychologiques influencent l'acquisition de compétences qui seront ensuite utilisées à l'extérieur de l'environnement d'apprentissage protégé, hors du milieu de soins.

De plus, selon Gage, la prise en compte du sentiment d'efficacité personnelle permettrait d'expliquer l'écart entre les compétences d'un individu et ses performances occupationnelles. Les perceptions, les croyances d'une personne en ses capacités à être actrice de sa vie doivent donc être observées (Wassem, 1992 in Gage). Ce sont des éléments essentiels qui mettent en avant une relation entre l'auto-efficacité perçue et le rendement occupationnel. D'ailleurs, dès 1993, Bonder in Gage met en avant le fait de mesurer, d'identifier les facteurs qui influencent le rendement occupationnel des patients. Trombly in Gage déclare d'ailleurs que l'objectif de l'ergothérapie est de « *permettre au client d'acquérir un sentiment d'efficacité* » (1993).

L'influence de l'auto-efficacité perçue sur la capacité de la personne à faire face aux effets de l'incapacité a également été évoquée par Gage (1992). D'ailleurs, il s'est intéressé à déterminer pourquoi les patients ayant le même potentiel de rééducation physique ne progressent pas au même rythme et pourquoi, compte tenu d'objectifs similaires, ces patients atteignent différents niveaux d'autonomie et d'indépendance. Gage a formulé le modèle d'évaluation de l'adaptation comme guide d'évaluation et d'intervention pour les ergothérapeutes. Ce modèle est fondé sur la théorie cognitive relationnelle de l'adaptation et de l'émotion (Lazarus & Folkman, 1984 in Gage) et la théorie cognitive sociale (Bandura, 1977).

Dans ce modèle, douze facteurs ont été recensés. Ils influencent la capacité des personnes à faire face à leur incapacité ou à tout autre événement de la vie qui impose la mobilisation de ressources personnelles. Un de ces douze facteurs est l'auto-efficacité perçue. Cette dernière est considérée par Gage comme particulièrement importante dans la pratique de l'ergothérapie car elle peut potentiellement expliquer l'écart entre les compétences acquises en thérapie et le rendement occupationnel en dehors de l'environnement clinique protégé. Ce modèle permet de comprendre que la capacité de la personne à mettre en œuvre une compétence particulière dans un environnement clinique ne signifie pas nécessairement qu'elle l'utilisera dans son environnement habituel. Il est donc nécessaire d'anticiper le transfert des acquis.

L'ergothérapeute propose alors un accompagnement. Youngstrom et Brown (2005) in Meyer précisent : « *L'intervention est le processus spécialisé auquel l'ergothérapeute recourt pour produire des changements dans les performances occupationnelles du client qui lui permettront de s'investir dans des occupations qui concourent à sa participation à la vie* ».

Les patients, après un AVP, pensent parfois ne plus être en capacité à effectuer certaines tâches : ils parviennent à estimer les compétences à mobiliser pour la réaliser mais pensent ne plus en être capable. L'ergothérapeute pourra alors les encourager à expérimenter. Enfin, Kielhofner a déclaré que « *le dysfonctionnement occupationnel se situe au niveau de l'inefficacité lorsqu'il y a interférence avec l'exécution d'une activité significative accompagnée d'un mécontentement à l'égard du rendement* » (1985).

L'accompagnement proposé pourra mettre en œuvre des situations d'apprentissage par observation et des activités réussies par la personne. Pour cela, les mises en situations semblent particulièrement pertinentes. Elles sont d'abord réalisées au sein de l'établissement, donc dans un milieu protégé.

L'auto-efficacité perçue augmente lorsque la personne est en situation de contrôle. Il est donc important pour les thérapeutes de permettre aux clients d'exprimer leurs besoins et d'avoir une place réelle dans le processus thérapeutique. Ils doivent être acteurs. Des outils comme la mesure canadienne du rendement occupationnel pourraient donc générer un sentiment de contrôle et améliorer les résultats en termes d'engagement de la personne (Law et al, 1991 in Gage).

Finalement, les ergothérapeutes évaluent le niveau d'auto-efficacité chez leur patient et développent des techniques qui améliorent non seulement les compétences des clients, mais aussi leur sentiment d'efficacité personnelle ; afin de mettre en pratique leurs compétences. Ainsi, il a une influence sur la manière dont le patient perçoit ses capacités (souvent amoindries comparées à celles antérieures), dans un contexte de rééducation exigeant en termes d'efforts à fournir afin d'effectuer les activités rééducatives. Il est donc très important de renforcer son efficacité personnelle.

Le sentiment d'auto-efficacité est donc une notion commune à la résilience (il s'agit d'un axe de développement de cette dernière), et à l'engagement occupationnel. En effet, selon Kielhofner, le sentiment d'efficacité personnelle serait une composante de la volition ; cette dernière correspondant au processus permettant l'engagement occupationnel. Cette composante est aussi mise en avant dans le MCREO. Le sentiment d'auto-efficacité, la résilience et l'engagement occupationnel sont donc en lien.

#### 4. Question de recherche et hypothèse

Nous avons donc vu qu'un AVP peut exposer l'individu à l'éventualité de sa propre mort. La personne peut alors déclencher un état de stress post-traumatique : elle perd contact avec la réalité, ce qui génère, entre autres, des dysfonctionnements occupationnels. Le patient a des difficultés à reprendre ses activités antérieures. Par ailleurs, il semble exister des liens entre l'ergothérapie et l'engagement occupationnel, la résilience, et le sentiment d'auto-efficacité.

Dans ce contexte, nous pouvons donc nous demander :

**« En quoi l'ergothérapie est-elle un vecteur de résilience dans l'accompagnement de patients en état de stress post-traumatique suite à un accident de la voie publique ? »**

Ici, le terme vecteur est utilisé dans le sens où l'ergothérapie serait un support à l'élaboration du processus de résilience ; où l'ergothérapeute, en tant que tuteur de résilience, apporterait quelque chose dans ce processus chez la personne en état de stress post-traumatique.

Nous émettons donc l'hypothèse suivante :

**« L'ergothérapeute, en favorisant l'auto-efficacité, soutient la résilience ».**

Comme nous l'avons expliqué, l'auto-efficacité est un axe de développement de la résilience. Il s'agit également d'un concept auquel des modèles conceptuels en ergothérapie font référence. Il semblerait donc probable et cohérent que l'ergothérapeute, en incitant le sentiment d'efficacité personnelle, concourt au développement du processus de résilience de la personne accompagnée.

## 5. Dispositif méthodologique

### 5.1. Une méthode qualitative

L'objectif de cette recherche est de mettre en avant le rôle de l'ergothérapeute dans le processus de résilience des patients accompagnés, et notamment par l'intermédiaire de leur sentiment d'auto-efficacité.

Nous nous intéresserons dans cette étude aux occupations, aux concepts de résilience et d'accompagnement ainsi qu'au sentiment d'auto-efficacité. Ce sont des notions qui ne renvoient généralement pas à des données chiffrées mais plutôt à une appréciation. Notre intérêt se portera alors sur la définition et l'interprétation que les ergothérapeutes ont de ces concepts. L'expérience des enquêtés sera donc au cœur de notre analyse. L'utilisation d'entretiens semble particulièrement appropriée dans cette méthode qualitative.

## 5.2. Une approche hypothético-déductive

Cette approche s'appuie sur l'émission d'une hypothèse. Après avoir construit des protocoles de recherche, une étude de terrain sera menée. Les résultats seront ensuite analysés et interprétés, en articulant entre elles les données théoriques et celles de terrain. Ce procédé nous permettra de valider ou invalider l'hypothèse de recherche.

## 5.3. Une technique de recueil de données : l'entretien semi-directif

### 5.3.1. Echantillon

Les personnes ciblées pour cette étude sont les ergothérapeutes accompagnant ou ayant accompagné des personnes en état de stress post-traumatique suite à un accident de la voie publique. Elles peuvent exercer dans le domaine de la rééducation ou de la santé mentale, auprès de civils ou de militaires. Des échanges avec des ergothérapeutes exerçant en hôpital militaire semblent effectivement enrichissants puisqu'il est plus probable qu'un diagnostic d'état de stress post-traumatique soit posé. Ces professionnels sont formés ou non à l'utilisation de certains modèles conceptuels, comme le MOH. Je souhaitais alors contacter cinq à dix ergothérapeutes, issus de ces trois domaines de pratique. Il s'agit d'un échantillonnage raisonné puisque le groupe représentatif interrogé nous permettra de regrouper des données empiriques puis de les analyser.

### 5.3.2. D'un entretien exploratoire...

L'entretien exploratoire permet de récolter des premières données de terrain, et ainsi élargir notre point de vue sur le sujet. Cette rencontre entre enquêteur et enquêté est un entraînement. Il s'agit aussi de tester le guide d'entretien, en vue de répondre à la question de recherche, ce qui rassure l'enquêteur. Ainsi, il donne une meilleure crédibilité lors des entretiens suivants puisqu'elle permet de repérer les questions pertinentes et les thèmes les plus abordés. Lors de cet entretien, réalisé auprès d'un ergothérapeute travaillant en santé mentale, nous avons obtenu un retour d'expérience sur la résilience et l'auto-efficacité. Nous avons donc pu réajuster et réorienter nos axes de recherche afin de répondre au mieux aux questionnements. De plus, de nouveaux contacts nous ont été transmis afin de poursuivre l'étude.

### 5.3.3. ... Vers un entretien semi-directif

Le questionnement est ici plus approfondi et, les thèmes évoqués font davantage référence aux expériences des enquêtés. Ce type d'entretiens sert à tester l'hypothèse. Nous cherchons alors au maximum à approfondir les informations qui sont données et à comprendre le raisonnement des individus interrogés. Nous laissons alors l'interviewé s'exprimer librement, avec les mots qu'il souhaite : les échanges sont possibles et facilités.

Les données recueillies seront confrontées avec celles obtenues par l'enquêteur dans le cadre conceptuel. Chaque entretien, par sa particularité nous apportera des éléments complémentaires.

#### 5.3.3.1. Protocole

Le guide d'entretien (Annexe II) sera utilisé comme outil de recueil de données, auprès d'individus de notre échantillon. Il débute par une présentation succincte de l'étude. Ensuite, les questions sont regroupées en deux thématiques : une sur la résilience et une sur l'auto-efficacité ; et classées par ordre chronologique dans chaque partie. Ces deux concepts correspondent à ceux présents dans notre questionnement et dans l'hypothèse.

Tout en suivant une trame, une dynamique apparaît dans la conversation et la situation d'échange. Des hypothèses émanant du terrain peuvent apparaître. Nous veillerons à ce que l'échange ne se transforme pas en interrogatoire, en suivant strictement le guide d'entretien. Par ailleurs, le point de vue des individus apporte une série d'informations par rapport aux motivations, et au jugement que les acteurs ont sur leur pratique (Quemin, A., Beaud, S., & Weber, F., 1999). Un travail de distanciation doit ainsi être réalisé. Il faudra donc objectiver les données subjectives recueillies et adopter une démarche scientifique, lors de la présentation et de l'analyse des données de terrain.

Un formulaire de consentement éclairé (Annexe III) est réalisé en deux exemplaires. Il est envoyé par mail et retourné signé par le participant. Il atteste de l'anonymat des individus interrogés, du maintien de la confidentialité, ainsi que la possibilité pour la personne de se retirer de l'étude à tout moment. De plus, nous demanderons à enregistrer les entretiens, afin d'en faciliter la retranscription et l'analyse. Cet enregistrement sera détruit une fois la retranscription réalisée.

Nous avons fait le choix de réaliser des échanges téléphoniques. En réalisant des entretiens dans toute la France, ce moyen de communication nous permet d'élargir le panel de personnes contactées au sein de l'échantillon. Nous pouvons alors avoir des échanges approfondis avec des ergothérapeutes exerçant dans différents domaines.

#### 5.3.3.2. Posture réflexive et éthique du chercheur sur son terrain

J'avais rencontré trois des personnes interrogées, en amont de la recherche, dans le cadre de ma formation professionnelle. Cela comporte des avantages : une réassurance et un gain de temps. Cependant, certains biais peuvent apparaître, comme des non-dits (éléments qui semblent évidents à la personne, ou à nous-même), peur du jugement... Il y a également un risque de traiter les données de manière subjectives : une distanciation est alors nécessaire. Ainsi, il faut tenter de garder une vision globale et rester vigilant à tous les détails pour ne pas ignorer certains éléments transmis.

## 6. Résultats

Des entretiens ont été réalisés auprès de huit femmes ergothérapeutes, réparties dans toute la France et exerçant dans différents domaines. Trois travaillent en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), deux en santé mentale et trois en hôpital militaire (deux en service de Médecine Physique et Réadaptation, et une dans un service de psychiatrie). Elles ont des expériences différentes avec cette population. Leur parcours est présenté en annexe IV.

La durée des entretiens téléphoniques variait de 34 à 55 minutes. Pour chaque personne interrogée, l'accompagnement de personnes potentiellement en état de stress post-traumatique suite à un AVP n'était pas systématique, mais plutôt ponctuelle.

Dans cette partie, nous allons décrire, comparer, et interpréter les données fournies par les participants. La retranscription sera notre moyen d'analyse.

### 6.1. Les thématiques émergentes et première analyse

Nous allons ici nous intéresser aux concepts évoqués de manière récurrente lors des entretiens réalisés.

### 6.1.1. Résilience dans les modèles conceptuels en ergothérapie

Quatre des ergothérapeutes interrogées n'utilisent pas systématiquement de modèles conceptuels en ergothérapie. Elles pensent tout de même à certains modèles, qui leur sembleraient adaptés dans ce contexte d'AVP, pour des patients potentiellement en état de stress post-traumatique. Parmi eux :

- le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) : il contribue à redonner un sentiment de contrôle sur sa vie et de satisfaction quant aux activités significatives de la personne.
- le MOH : les occupations de la personne et l'engagement de cette dernière sont en interaction avec sa motivation, ses habitudes de vie, ses rôles, ses capacités et son environnement.
- le KAWA : la personne présente son environnement, identifie ses propres ressources. Elle indique ses problèmes et les déterminants qui entrent en jeu.
- le Processus de Production du Handicap (PPH) : les systèmes organiques ayant potentiellement engendré des déficiences et incapacités sont en interaction avec les facteurs environnementaux et les habitudes de vie du patient.

De plus, le modèle humaniste est évoqué : Carl Rogers est cité par Mme G : « *La personne va chercher ses propres richesses* ». L'objectif est qu'elle améliore son autonomie en s'appuyant sur ses expériences vécues et qu'elle prenne conscience de ses capacités.

Enfin, le modèle systémique est abordé : l'individu est en interaction avec son environnement (physique, social).

Déjà, dans les approches évoquées, les ergothérapeutes s'appuient sur les informations que les patients sont prêts à leur transmettre. Pour cela, ils peuvent proposer une stimulation, une adaptation, des compensations et prendre connaissance des ressources du patient afin qu'il puisse se reconstruire et reprendre sa vie au mieux. Cinq ergothérapeutes sur les huit interrogées pensent que le processus de résilience est évoqué ou des éléments en lien avec apparaissent, dans les modèles cités. Par ailleurs, durant six entretiens, nous retrouvons l'importance de considérer la personne dans la globalité et de proposer un accompagnement centré sur ses activités signifiantes et significatives.



Selon les personnes interrogées, des éléments sont à prendre en compte de manière prioritaire chez cette population. En effet, les patients en état de stress post-traumatiques doivent d'abord parvenir à gérer leur angoisse (afin « *qu'elle soit moins envahissante* », Mme D). Ils s'appuient sur les besoins de la personne, sur leur courbe de vie, leurs objectifs. Une relation de confiance doit se mettre en place selon tous les ergothérapeutes interrogés. Ainsi, il faut les connaître au mieux. C'est une « *co-construction en perpétuel mouvement* » de la prise en charge (Mme F). L'environnement est pris en compte et son importance est considérée.

Finalement tous les ergothérapeutes ont demandé à avoir une définition de la résilience mais six ergothérapeutes sur huit nous ont rapidement dit qu'ils intégraient déjà ce concept dans leur pratique professionnelle, sans le nommer.

#### 6.1.2. Accompagner vers des projets un patient, suite à AVP, dans son processus de résilience

L'utilisation de ces modèles conceptuels, ou du moins l'intérêt que porte l'ergothérapeute à la vie de la personne dans ses différentes sphères, amène le patient à envisager l'avenir. D'ailleurs, comme nous le disions tout à l'heure, il accompagne le patient au moment présent et évoque le plus rapidement possible une notion de devenir. Il s'appuie sur les expériences passées, et celles avec des similarités. Ainsi, la notion d'anticipation, de projet est récurrente chez les ergothérapeutes interrogés : quatre sur huit (tous domaines de pratique confondus) se questionnent avec leurs patients sur « *comment réinvestir d'autres intérêts, et comment proposer d'autres façons d'aborder ses centres d'intérêts* » (Mme B). Ils échangent sur les projets du patient et l'encouragent à aller de l'avant. Cette préoccupation revient tout au long de l'entretien : « *la notion de devenir questionne sur un engagement sur une projection, quoi mettre en place pour aller mieux ?* » (Mme D). Ainsi, l'ergothérapeute contribue à se projeter, à imaginer une nouvelle vie et à faire émerger de nouveaux projets.

#### 6.1.3. Un moyen en ergothérapie : l'activité

Avant de se projeter dans l'avenir, il est essentiel que le patient se remette en activité. L'ensemble des ergothérapeutes interrogés ont d'ailleurs évoqué les médiations ou les mises en situation d'activité comme un moyen qu'ils utilisent ou utiliseraient auprès de cette population. Selon Mmes E et D, ergothérapeutes exerçant en santé mentale, grâce à la mise en place d'activités, les patients améliorent leur

sentiment de compétence et pourraient se sentir utile. Par exemple, Mme D nous parle d'un atelier de pâtisserie qu'elle a instauré. Il s'agit selon elle d'une activité fédératrice. Les patients, en groupe, réalisent une pâtisserie et s'entraident. Un sentiment d'utilité peut alors émerger. De plus, ils proposent ensuite la pâtisserie réalisée aux autres patients du service pour le goûter. Il y a alors une valorisation et une reconnaissance des pairs. D'ailleurs, Mme E évoquera à son tour cette activité comme permettant d'améliorer les sentiments de compétences et d'utilité chez une personne. De plus, Mme H ajoute que le fait de proposer une « *activité avec un retour des autres, avec le regard de l'autre est un élément facteur de reprise de confiance en soi et en ses capacités* ». Ainsi, une amélioration du sentiment d'efficacité personnelle peut être constatée. Tout cela entre dans leur processus de reconstruction, de co-construction et leur permet d'avancer dans leur travail de deuil. Il s'agirait aussi de réapprendre l'amour de soi selon Mme F.

Des activités signifiantes et significatives sont proposées au patient, en lien avec ses habitudes de vie afin d'améliorer le sentiment de performance et de compétence de l'individu. L'ergothérapeute cherchera à favoriser le transfert de ses capacités dans la vie quotidienne de la personne. Ainsi, cette dernière sera davantage en mesure de se projeter (première modalité d'action de l'ergothérapeute, citée précédemment).

Les séances d'ergothérapie coupent le patient d'un environnement aidant pour lui permettre de prendre des ressources dans un environnement aménagé. L'ergothérapeute est alors présent comme un soutien, un support. Le patient n'aura pas peur de l'échec et pourra plus aisément exporter ses compétences à l'extérieur. Il sera aussi en mesure d'identifier des personnes ressources, selon les ergothérapeutes travaillant en santé mentale.

#### 6.1.4. La motivation

Lors des entretiens, les notions de plaisir et de motivation sont retrouvées chez sept ergothérapeutes sur huit. Selon Mme B, la prise de plaisir peut être liée à :

- une activité spécifique, proposée à la personne, et en lien avec ses intérêts, avec l'objet fini, le résultat de l'activité,
- ses progrès : lorsque la personne se rend compte de ses derniers, elle serait alors plus motivée à poursuivre ses efforts.

Cette prise de plaisir permettrait donc au patient de retrouver de la motivation à faire d'autres activités (pas seulement celles proposées par l'ergothérapeute). En effet, elle

favorise la motivation intrinsèque de l'individu. Ce terme a été défini dans la théorie de l'auto-détermination par Deci et Ryan (in Forest & Mageau en 2008). La motivation intrinsèque permet la réalisation d'une action par intérêt et par plaisir, non pas par obligation ou en attente d'une récompense extérieure. Ce concept de motivation est donc important. Selon Mme C, il est essentiel d'« *identifier la valeur de l'engagement [du patient] dans le projet* » : est-il viable ? Il s'agirait donc d'effectuer régulièrement des réévaluations pour voir où en est le patient dans sa réflexion et comment il envisage l'avenir.

Les ergothérapeutes interrogées insistent aussi sur la nécessité de prendre en compte l'environnement de la personne (familial, amical, professionnel...). Il a un impact sur la motivation de cette dernière. Nous pouvons donc nous appuyer dessus pour encourager le patient dans ce processus.

Aussi, Mme G nous dit qu'il est important de travailler sur des activités ciblées mais également ludiques : elle peut proposer des activités de jeu et y intégrer des gestes du quotidien par exemple. Il ne s'agit pas de rappeler les tâches au patient mais aussi de lui « *donner le sourire* ».

#### 6.1.5. La mise en situation amène-t-elle obligatoirement une situation de réussite ?

D'abord, selon deux ergothérapeutes exerçant en SSR et une en psychiatrie, l'objectif est que la personne « *ait confiance en ses propres capacités* ». Pour cela, nous pouvons la mettre en situation de succès. Comme nous l'avons dit précédemment, une personne potentiellement en état de stress post-traumatique a tendance à se dévaloriser. Un cercle vicieux apparaît alors : elle se dévalorise et cesse certaines activités, dans ce cas, comme elle reste inactive, elle se dévalorise. Tout cela impacte d'ailleurs négativement son sentiment d'auto-efficacité puisqu'elle ne se croit plus capable d'effectuer les activités. Ainsi, le fait de « *reprendre confiance en ses capacités permettrait à la personne de retrouver progressivement une autonomie* » selon Mme B. Il s'agit d'un travail sur le long terme, qui contribue aussi à valoriser l'identité de la personne.

De plus, deux ergothérapeutes parlent de l'importance des mécanismes de sublimation et de l'acceptation : la personne doit « *intégrer des mini-deuils* ». Elle se rend compte de ce qu'elle ne peut plus faire comme avant, mais peut peut-être trouver une autre façon de le faire. Pour cela, nous pourrions aussi travailler « *sur ce qui est traumatisant sans ce qui est traumatisant* », selon Mme A. Concrètement, les

ergothérapeutes disposant d'un simulateur de conduite peuvent par exemple préparer le patient à reprendre cette activité, sans l'exposer directement à la situation stressante.

Un travail de deuil et d'acceptation est donc une étape obligée, préalable, que doit envisager l'ergothérapeute avant de commencer la phase de rééducation.

Mme G, ajoute qu'il peut également être intéressant de « *montrer l'ampleur de la tâche* » ; la réalité de la situation du patient (s'il est prêt à y être exposé bien-sûr, et s'il n'en a pas lui-même conscience). Elle dit que nous pouvons travailler sur la revalorisation mais aussi sur la frustration des patients : ils ne doivent pas nécessairement être mis en situation de réussite. D'ailleurs, Mme C ajoute que même si la personne est en situation d'échec, elle est actrice de son processus de réflexion. Cela signifie que la personne, par l'intermédiaire de « *mises en situation [pourra] se rendre compte de ses possibilités* » et y ajuster sa réflexion afin d'établir un projet viable, par exemple.

Il s'agit aussi d'identifier les facilitateurs et obstacles dans toutes les sphères.

D'abord, nous suscitons des capacités d'adaptation et de réflexion chez le patient, afin qu'il envisage ses propres solutions. En évoquant ensuite les aides techniques, des adaptations et aménagements de l'environnement, l'ergothérapeute peut mettre la personne en situation de réussite, ou presque réussite. Il lui permet de reprendre confiance en soi. Le patient qui pensait ne plus être capable se rend compte qu'il peut réaliser à nouveau l'activité souhaitée. Des objectifs de revalorisation, d'amélioration de l'estime de soi apparaissent aussi lors de ses activités.

Finalement, lors de nos échanges, les ergothérapeutes évoquent les mécanismes d'acceptation, le fait de reprendre confiance en soi. L'activité peut réactiver la confrontation à la perte de capacité. Sept des huit ergothérapeutes soulignent aussi l'importance de la collaboration et du travail pluridisciplinaire avec les autres professionnels (psychologues, psychomotricienne, psychiatre...).

#### 6.1.6. Importance de l'auto-évaluation du patient

Les huit ergothérapeutes demandent en fin d'activité à leur patient de réaliser une auto-évaluation. Ce retour des patients peut avoir lieu, en plus, au cours du déroulement de l'activité, selon Mme C. Il aborde différents éléments et peut être effectué avec des modalités variables. D'abord, concernant les composantes évaluées, sont cités : le ressenti du patient (« *comment il a vécu l'activité, comment ça s'est passé ?, comment ça aurait pu être mieux ?* », angoisse, fierté quant à l'objet

fini), l'intervention d'une aide, la qualité de la performance, la capacité à réaliser l'activité, sa durée, la rapidité et la satisfaction, les facilités et difficultés rencontrées, le sentiment d'avoir participé, le plaisir ressenti (en lien avec la motivation), l'impression de choix, l'estime de soi, la confiance en soi, les ressentis physiques aussi... Tout cela de manière subjective. De plus, l'ergothérapeute peut demander au patient s'il est volontaire à poursuivre les séances d'ergothérapie.

A cette auto-évaluation, s'ajoutent une valorisation et un retour positif du thérapeute, des pairs et une reconnaissance par le groupe au sens large. Ces éléments sont primordiaux pour l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle. De plus, la « *personne réalise que c'était elle qui était en situation* », dit Mme C. « *Le patient s'écoute* », (Mme G). Tout cela favorise une prise de conscience de ses capacités.

Enfin, concernant les modalités d'auto-évaluation, elle peut être réalisée à l'oral (tour de table, retour individuel) ou à l'écrit. D'ailleurs Mme F nous dit qu'il peut y avoir « *un décalage entre le dire et l'écrit* ». Cette auto-évaluation écrite doit avoir lieu dans les 24h après la mise en situation. Ainsi, cet outil permet de rassurer le patient sur ses capacités et encourage à réactiver ces dernières pour pouvoir recommencer l'activité, voire d'autres.

#### 6.1.7. *Le patient acteur, l'ergothérapeute comme tuteur de résilience*

Après définition de ces termes, sept des participants pensent que l'ergothérapeute a sa place en tant que tuteur de résilience auprès du patient (une ne se prononce pas car estime ne pas avoir assez de recul sur le sujet). Ils espèrent tous accompagner comme tel leurs patients. Cela commence par être à l'écoute des difficultés identifiées par le patient, aussi en l'encourageant à verbaliser ses souhaits et besoins. C'est également savoir réajuster son positionnement et s'adapter au patient, à son rythme, à ses besoins... Il s'agit d'une présence, un lien régulier avec le patient, des échanges informels. C'est ici que se joue la relation de confiance entre le thérapeute et la personne. Le soignant doit être tel un « *miroir pour renvoyer les questionnements [du patient] et lui fournir des réponses ouvertes* » (Mme F). Ici, la participante semble vouloir dire qu'elle offre différentes pistes de réflexion au patient, tout en le laissant maître de ses choix. En aidant le patient à prendre conscience de ses difficultés, l'ergothérapeute pourrait être un déclencheur de ce processus de résilience. Il laisse le temps au patient de passer par toutes les étapes. Il le guide dans ses choix, avec un panel de possibilités, concernant des occupations auxquelles il tient

et dans lesquelles il était engagé. C'est donc une véritable ressource pour réintégrer la personne dans son quotidien professionnel et privé. L'ergothérapeute est présent comme une aide auprès du patient en vue d'une prise de conscience de ses capacités. Il l'accompagne jusqu'à une mise en action, avec des mises en situation de réussite, des réajustements face aux difficultés rencontrées et parfois des mises en situation d'échec. En se remettant en activité, le patient effectue déjà un cheminement vers une reconstruction, afin de surmonter son traumatisme. Il va pouvoir identifier des ressources dans son environnement et des stratégies à mettre en place. Nous évoquons donc déjà le processus de résilience.

Mme A pense que, comme tout autre professionnel, l'ergothérapeute intervient dans ce processus. « *L'ergothérapeute accompagne le patient dès lors l'acceptation de son handicap à refaire ce qu'il aimait faire* ». La personne choisit des ajustements qui lui correspondent en fonction de son mode de vie et est actrice. En effet, « *les gens s'approprient les choses* » ajoute Mme B. L'ergothérapeute est présent pour proposer et permettre à la personne d'expérimenter en lien avec les activités de la vie quotidienne, les habitudes de vie du patient. Ainsi, en utilisant des mises en situation, par exemple, il rend possible ces expériences avec leur nouveau corps et psychisme. Il contribue alors à améliorer le sentiment d'auto-efficacité de la personne.

« *C'est le rôle le plus important de l'ergothérapeute* » répond Mme C, ergothérapeute travaillant en SSR.

Finalement, l'ergothérapeute interviendrait tel un « *tremplin : le patient prend ou non les clés et rebondit ou non* », selon Mme H. Seule la personne peut se saisir des éléments de réponses envisagés avec l'ergothérapeute.

Nous retrouvons ici la notion d'accompagnement centré sur la personne que nous avons d'ailleurs dans les modèles conceptuels systémiques en ergothérapie. La personne est donc actrice dans son processus de résilience. Cet élément est évoqué par tous les ergothérapeutes ayant participé à l'étude.

L'ergothérapeute aurait pour mission principale de « *mettre de l'essence dans le moteur* » (Mme B) pour « *remettre la machine à penser en route* ». (Mme F).

Finalement, l'ensemble des personnes interrogées pensent que l'ergothérapeute peut contribuer à améliorer le sentiment d'efficacité personnelle chez ses patients. Le moyen le plus cité est la mise en situation d'activité. Par définition, nous l'avons dit, le tuteur de résilience laisse faire le patient, il contribue donc aussi par cet intermédiaire à ce qu'il prenne conscience de ses capacités et améliore son sentiment d'auto-efficacité. La motivation a une fois de plus une place centrale dans ce processus. Cependant, Mme H, dit qu'il peut « être difficile de se défaire de ses croyances » pour le patient.

#### 6.1.8. Lien entre le sentiment d'efficacité personnelle et la résilience

Dès la première question de l'entretien, et après avoir établi une définition commune, nous nous apercevons que les ergothérapeutes sont sensibilisée au concept de résilience, même s'ils ne le nomment pas. Par l'intermédiaire d'outils comme des approches motivationnelles, les mises en situation, les auto-évaluations, l'ergothérapeute améliore le sentiment d'efficacité personnelle du patient. Enfin, les participants à cette étude pensent tous qu'il y a un lien entre le sentiment d'efficacité personnelle et la résilience. En effet, « *Les personnes enfermées dans l'angoisse ou dans l'isolement perdent leur lumière et s'éteignent à petit feu. Un petit bout de bonheur les fait sortir de ce cercle vicieux de traumatisme. Il se sentent capable de faire et se sentent utiles. Ça aide à sortir de ça. Ça contribue à la résilience* », selon Mme D. Mme E complète à son tour : « *Si la personne est capable de regard sur soi, elle a une bonne conscience de ses compétences, capacités et incapacités. Elle peut alors mettre des stratégies en place pour y arriver et identifier des personnes ressources* ». « *Si le sentiment d'auto-efficacité est élevé, on a plus de confiance pour expérimenter. On peut s'appuyer sur ses autres expériences pour aller plus loin à chaque fois* », selon Mme B. Cependant, Mme F nuance ces propos. Elle nous informe que la personne a parfois vécu une succession d'évènements traumatiques, sans toujours trouver de tuteur de résilience. Ces expériences l'ont alors fragilisée. Son sentiment d'auto-efficacité sera alors lui aussi plus fragile et il lui sera plus difficile de trouver des ressources dans son environnement. Le patient aura des difficultés à se mobiliser pour expérimenter de nouvelles activités ou reprendre celles qu'il faisait antérieurement. De plus, Mme C insiste sur cette notion de fragilité. Tout dépend de l'intensité du traumatisme et des ressources de la personne avant ce dernier : « *Si la personne est trop perturbée, son sentiment d'auto-efficacité peut ne pas être suffisant pour mener une vie future convenable.* »

En conclusion, Mme G, propose une représentation schématique de cette réflexion (Annexe V). Il n'y a parfois pas de totale adaptation. Un début d'autonomie de la personne correspondrait donc à un début d'auto-efficacité et ainsi à un début de processus de résilience. L'auto-efficacité serait une étape pour atteindre un niveau de résilience permettant de reprendre ses activités.

## 6.2. Analyse par domaines de pratique

Selon les terrains de pratique des ergothérapeutes interrogées, des spécificités quant à leur accompagnement de ce public apparaissent. Nous allons nous y intéresser.

### 6.2.1. Points communs

Tous les participants ont défendu une approche centrée sur le patient. Ils le considèrent dans sa globalité. L'accompagnement est envisagé en individuel et/ou en groupe. L'analyse précédente met en avant les points communs entre les approches des participants de l'étude. Cependant, certaines spécificités en fonction de leur domaine d'exercice apparaissent.

### 6.2.2. Spécificités

C'est avec les ergothérapeutes exerçant en SSR que les échanges concernant les mises en situation sont le plus approfondis. Les patients pourraient y construire quelque chose de visible, avec un résultat palpable. Ils se rendent alors compte qu'ils sont capables de faire l'activité ou d'organiser les aides nécessaires éventuelles. Ainsi, même si la personne ne parvient pas à faire seule mais qu'elle accepte d'être aidée, il s'agit déjà d'un choix, d'une réalisation personnelle. Elle peut donc trouver satisfaction dans son échec.

Par ailleurs, lors de notre rencontre avec ces personnes, « *nous ne les connaissons pas, et elles ne se reconnaissent plus* » dit Mme C ; dans le sens où l'évènement traumatisant engendre une perte du lien avec la réalité et leur vie antérieure. Il est donc nécessaire de se poser des questions quant aux peurs du patient et réfléchir ensemble sur sa situation ; même si cela crée des situations déstabilisantes (pleurs, angoisse...).

Enfin, ces ergothérapeutes seraient amenés à proposer des activités extérieures ou en lien avec les activités de la vie quotidienne de la personne. Des activités artistiques, créatives ou non (c'est-à-dire avec modèle) sont aussi proposées.



Pour les ergothérapeutes travaillant en santé mentale, l'activité est aussi considérée comme un moyen participant à la gestion de l'angoisse. Les activités de groupe encouragent les interactions sociales : elles permettent de remettre la personne en contact avec les autres, de créer du lien social (de limiter les phénomènes de reviviscence aussi). Différents types d'activités sont alors évoqués. Elles devront être ludiques et nécessiteront un investissement de la personne dans l'activité. Des sport collectifs (adaptés si nécessaires, en fonction des blessures ou non suite à l'AVP) permettent par un exemple un renforcement social.

Des activités artistiques, et projectives semblent appropriées. L'art permet alors de s'exprimer (émotions, vécus conscients et inconscients...). Enfin, il est important de garder à l'esprit que la réalisation d'une activité dépend du cadre, des consignes, de l'encadrant, de l'autonomie laissée au patient... Elle peut lui permettre d'accéder à un sentiment de maîtrise, de contrôle, contribuant à l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle.

L'ergothérapeute travaillant en psychiatrie, au sein d'un hôpital militaire, exprime que des médiateurs sont utilisés dans son service et qu'ils influent sur les mécanismes de sublimation. Il s'agit de transformer ce qui est destructeur en impulsion de vie. Lors du travail de deuil, le patient se rend compte qu'il ne peut pas réaliser l'activité comme avant, mais il peut autrement, en utilisant ses capacités d'adaptation. Il s'agit de faire évoluer ses pensées, en ne voyant « *plus le verre à moitié vide mais à moitié plein* » (Mme F).

Ainsi, elle utilise toute activité manuelle et artistique. Cependant, elle ajoute : « *aller directement vers des activités très projectives serait dangereux pour eux dans un premier temps* ». Ces « *patients ont souvent un mode opératoire très présent : ils sont dans l'action pour éviter de penser* ». « *Ils ont besoin de maîtrise car tout ce qu'ils ne vont pas maîtriser, c'est angoissant. [...] Le contrôle de l'environnement est très présent.* » Le fait d'obtenir un objet fini, beau et réussi semble une fois de plus un élément important selon l'ergothérapeute.

Enfin, les patients cherchent parfois à retrouver leur vie antérieure sans aucune modification. Cette recherche peut alors les déprimer. Après un tel traumatisme, « *on devient différent mais pas moins bien* » (Mme F).

Selon les ergothérapeutes exerçant en hôpital militaire, en service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR), la prise en compte des douleurs est largement

évoquée. Suite à un AVP, Mme G parle de voiture, de véhicule, demande au patient d'évoquer ce qui s'est passé. Elle utilise ce vocabulaire lié à la conduite relativement régulièrement, toutes les trois semaines à un mois, afin de « *réintégrer l'accident dans la réalité* ». Il serait d'abord intéressant de proposer une activité de remise en confiance, sans frustration. Ensuite, lorsque la personne reprend conscience de ses capacités, l'ergothérapeute pense qu'il est important qu'il puisse s'adapter à de nouveaux événements, notamment en le mettant face à la frustration ou parfois en situation d'échec.

L'accompagnement des civils serait plus long que celui des militaires, qui « *s'empressent de reprendre leur service* », selon Mme G. Un travail motivationnel serait nécessaire.

En SSR ou MPR, en hôpital militaire ou non, l'accent est mis sur une récupération fonctionnelle. Ainsi, les déplacements sont très largement évoqués. Si l'établissement où est hospitalisé le patient n'est pas loin de l'accident, les ergothérapeutes insistent sur le fait de ne pas se rendre sur ses lieux. La démarche en ergothérapie consiste plutôt à aller de l'avant : le patient a besoin de sortir de chez lui et nous devons lutter contre le risque d'isolement.

Des composantes du sentiment d'efficacité personnelle et de la résilience sont apparues lors des entretiens. Comparons maintenant avec les données théoriques du cadre conceptuel.

## 7. Discussion

### 7.1. Confrontation des données théoriques avec celles de terrain

#### 7.1.1. Résilience dans les modèles conceptuels en ergothérapie

La résilience n'est pas évoquée comme telle dans les modèles conceptuels en ergothérapie. Cependant, une participante pense que des éléments de ce concept apparaissent dans tous les modèles tandis qu'une autre pense qu'elle ne fait pas partie du modèle qu'elle utilise. Nous pouvons donc en conclure que l'utilisation de ce concept dépend de l'approche du thérapeute et de ses sensibilités. Un des objectifs, en ergothérapie, est que le patient parvienne à rebondir suite au traumatisme, en identifiant ses ressources et en mettant en place des stratégies face aux difficultés rencontrées. Par notre vision holistique, nous pouvons donc soutenir la personne dans son processus de résilience. De plus, les ergothérapeutes semblent souvent se

détacher du modèle conceptuel utilisé (s'il y en a un) pour proposer un accompagnement personnalisé correspondant aux besoins du patient. Nous remarquerons tout de même que les modèles conceptuels cités lors de la première question sont systémiques et la plupart placent le patient comme acteur de son accompagnement. Ils encouragent l'engagement occupationnel puis la participation sociale du patient, et ainsi une reconstruction de la personne après l'événement traumatique.

### 7.1.2. Accompagner vers des projets un patient, suite à AVP, dans son processus de résilience

Dès lors qu'un accompagnement en ergothérapie débute, un des objectifs du patient est de reprendre ses activités significatives. D'une part, l'ergothérapeute s'appuie sur les expériences passées de la personne. C'est ce que Bandura appelle des expériences actives de maîtrise. Elles renforcent le sentiment d'auto-efficacité.

D'autre part, il s'agit donc de se projeter dans le futur. D'ailleurs, dans le modèle du MOH, par exemple, nous avons détaillé tout à l'heure trois grandes parties : l'être, l'agir et le devenir. Ce dernier est donc un élément largement pris en compte dans ce modèle. Mais il en est de même dans le MCREO où le patient doit déterminer sur quelles activités il aimerait travailler de manière prioritaire pour les reprendre.

### 7.1.3. Un moyen en ergothérapie : l'activité

Les activités seront évolutives comme le disait Mmes A, F et C. Nous amenons le patient à sortir à l'extérieur, progressivement. Tout cela lui permettra d'exporter les compétences acquises en vue de les mettre en œuvre au quotidien. D'ailleurs, Fine (1991) parle de relation de confiance, mais surtout de proposer un accompagnement personnalisé et évolutif, en fonction de l'avancée du patient dans le processus de résilience. Les ergothérapeutes participant à l'étude semblent donc en accord avec les auteurs. Phillips, Bruchl et Harden, in Lopez (2011) citaient un militaire en ESPT, blessé suite à un accident de voiture. Nous disions alors dans le cadre conceptuel qu'il serait intéressant de proposer une activité graduée. Deux des ergothérapeutes interrogées nous ont fait part de leur raisonnement. Il s'agirait de proposer des activités allant vers l'extérieur, dans un cadre sécurisé pour encourager le patient à renouveler ses expériences. Une recherche de mobilité extérieure, des promenades avec expression des peurs et de l'anxiété qui y sont rattachées peuvent être proposées. Un objectif sera verbalisé pour encourager le patient (aller chercher ses enfants...). Ainsi,

des promenades ritualisées en extérieur et des activités autour des modes de déplacement pourront par exemple être envisagées pour établir un autre rapport à l'environnement. Il existe aussi des scènes à visionner sur télévision ou tablettes mais, ces outils ne sont pas vraiment représentatifs de la réalité. La personne en activité aura conscience de ses capacités et les mobilisera au quotidien.

#### 7.1.4. La motivation

La notion de plaisir et de motivation évoquée par les ergothérapeutes se rapprochent de la volition, décrite par Kielhofner dans le MOH. Le sentiment d'efficacité personnelle en est d'ailleurs une composante. La volition permet d'avoir un bon niveau d'engagement occupationnel. Nous avons fait référence lors de la présentation et l'analyse des résultats à la motivation intrinsèque. Cette dernière renvoie aux raisons justifiant la réalisation de l'activité menant au Flow, c'est-à-dire l'état de satisfaction, de plaisir et de concentration vécu lors des épisodes de motivation intrinsèque.

Nous avons d'ailleurs évoqué la théorie du Flow dans la partie conceptuelle. Il pourrait être expérimenté lors de la prise de plaisir dans les activités proposées, ainsi que les notions de défis, de contrôle de la situation, qui sont des éléments apportés par Mme C. Il s'agit une fois de plus d'un élément encourageant pour la reprise des activités.

#### 7.1.5. La mise en situation amène-t-elle obligatoirement une situation de réussite ?

Des objectifs de revalorisation sont décrits par les ergothérapeutes interrogés. A la fin d'une activité, le patient s'auto-évalue mais il a aussi un retour positif par ses pairs et le thérapeute. Cette réflexion fait référence à ce que Bandura appelle la persuasion verbale ou persuasion sociale. C'est d'autant plus le cas lors d'ateliers, de médiations de groupe ou le patient a aussi un retour de ses pairs. D'ailleurs, lors des entretiens, nous retrouvons bien l'ensemble des facteurs cités par Bandura : expérience active de maîtrise, expérience vicariante (de nombreuses références sont faites quant au regard de l'autre), et l'action sur l'état physiologique et émotionnel. D'une part, Mme G, nous dit être particulièrement vigilante à l'apparition de douleurs lors des séances proposées ; tandis que d'autre part, les ergothérapeutes nous indiquent demander à leur patient d'effectuer des auto-évaluations durant et après les mises en situation d'activité. Cela contribue, entre autres, à une meilleure gestion de

composantes émotionnelles. Elles s'appuient aussi sur les expériences passées et similaires de la personne. Il s'agit d'une composante de l'auto-efficacité.

#### 7.1.6. Le patient acteur, l'ergothérapeute comme tuteur de résilience

L'ergothérapeute, en plus d'accompagner le patient et d'être à son écoute, envisage donc des solutions avec lui et ce dernier décide ou non de les adapter et adopter. La motivation et les mises en situation d'activités sont d'ailleurs déjà des pistes mises en avant par Fine et Lopez (2011). La relation de confiance est aussi évoquée par tous les ergothérapeutes interrogés, en accord avec Kleinman in Fine (1991). Le patient est également acteur lorsqu'il nous fait part de son ressenti. Nous retrouvons ici l'importance de l'auto-évaluation. Le sentiment d'utilité abordé dans les auto-évaluations des patients est aussi une composante du sentiment d'efficacité personnelle. Lors des mises en situation, Law et al, (1994) in Gage, Bandura (2003) et Fine (1991) décrivent qu'un sentiment de contrôle apparaît comme un indicateur d'un niveau correct d'auto-efficacité. D'ailleurs, Mme E évoque un atelier pâtisserie pour une patiente pâtissière de profession. En lui proposant une expérience similaire à d'autres déjà vécues, elle la revalorise et lui propose une activité de maîtrise. Ainsi, elle influence positivement son auto-efficacité. Selon Mme F, « *Il convient de leur donner l'illusion d'une maîtrise technique. La matière renverra à leurs sentiments et ressentis* ». Cela permettra d'en prendre conscience en faisant le lien entre le corps et la pensée. Un fossé entre les deux existe souvent selon l'ergothérapeute. Tout cela améliorera le sentiment d'auto-efficacité.

Mme G nuance ces propos en disant qu'il est important que le patient prenne le temps de s'entraîner avant de chercher à être dans la maîtrise de l'activité.

Enfin, Bandura dit que « *les systèmes sociaux qui entretiennent les compétences de gens, leur fournissent des ressources utiles, et laissent beaucoup de place à leur auto-direction, leur donnent plus de chances pour qu'ils concrétisent ce qu'ils veulent eux-mêmes devenir* ». Nous pouvons ici faire le lien avec notre pratique de l'ergothérapie et le rôle de tuteur de résilience. En effet, nous avons dit précédemment que les ergothérapeutes cherchent à encourager le sentiment d'efficacité, de compétence et de performance de la personne. Ils l'accompagnent vers des projets en les anticipant. Ainsi, selon Bandura, les ergothérapeutes optimiseraient les chances de leurs patients d'établir puis de concrétiser leurs projets.

### 7.1.7. L'importance de l'environnement social

Cette composante a été amenée par Mme C et aussi lorsque nous parlions du regard de l'autre. Le sentiment d'utilité sous-entend que la personne ait un entourage social. Or ce n'est pas forcément le cas. « *La présence d'un entourage social contribue à la reprise de confiance en soi et en ses capacités* ». Ces patients sont parfois rejetés (par leur entourage familial, amical ou professionnel) et doivent « *se reconstruire un environnement* » selon Mme E.

Finalement, la résilience est un concept mobilisé par les ergothérapeutes interrogées (sans le nommer ainsi). Nous retrouvons cette approche dans les modèles conceptuels utilisés par exemple. Les ergothérapeutes accompagnent les personnes vers des projets. Ils encouragent le patient à envisager l'avenir et à se remettre en activité. D'ailleurs, cette remise en activité permet d'améliorer le sentiment d'auto-efficacité de la personne. Pour cela, ils s'appuient notamment sur la motivation intrinsèque du patient. Elle lui permettra d'améliorer son engagement occupationnel et son sentiment d'efficacité personnelle dans des activités significatives. Ainsi, les participants évoquent l'ensemble des facteurs influençant positivement le sentiment d'auto-efficacité, cités par Bandura. Enfin, le patient est acteur, il choisit les stratégies qui lui semblent les plus pertinentes et exprime ses ressentis, ce qui renforce une fois de plus le sentiment d'auto-efficacité. Les ergothérapeutes ont aussi insisté sur l'importance de l'environnement social des patients.

**Notre hypothèse était : « L'ergothérapeute, en favorisant l'auto-efficacité, soutient la résilience ».**

L'ergothérapeute contribue à l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité des patients. Ce sentiment est une composante favorisant le développement de la résilience. Cependant, d'autres éléments sont également à prendre en compte, comme une fragilité du patient avant le traumatisme ou une intensité du traumatisme ne permettant pas au patient d'identifier et de mobiliser des ressources suffisantes pour reprendre des activités et une vie satisfaisante. **L'hypothèse est donc invalidée.** Nous aurions pu établir des critères d'exclusion en fonction de l'environnement de la personne et de l'intensité du traumatisme vécu, ainsi que la présence de facteurs prédisposants ou de maintien à l'ESPT.

## 7.2. Biais

### 7.2.1. Entretiens téléphoniques

Le fait de réaliser des entretiens téléphoniques occulte une partie du contexte. D'ailleurs, une des ergothérapeutes interrogées n'était pas dans un endroit « neutre ». En effet, elle réalisait en même temps une séance de rééducation, avec un patient. De plus, nous avons pu rencontrer quelques difficultés liées au réseau téléphonique. Cela engendrait des interruptions au cours de la communication et compliquait les échanges et parfois la réflexion de l'interlocuteur.

### 7.2.2. Formulation de certaines questions

Des reformulations ou répétitions ont parfois été demandées pour des questions longues ou sur un thème vaste comme avec la question : « *Comment préparez-vous et encouragez-vous le patient à reprendre ses activités antérieures ?* ». Il aurait sans doute été préférable de rédiger des questions brèves et très concises. Il est d'autant plus difficile de reformuler une question lorsqu'on se soucie de ne pas créer de nouveaux biais, en orientant la réponse. Par ailleurs, nous avons obtenu des réponses variables, qui sont par la suite plus complexe à traiter et analyser.

### 7.2.3. Multiplicité des domaines de pratique

J'ai réalisé des entretiens avec des ergothérapeutes travaillant dans différents domaines. J'ai fait le choix de réaliser une analyse commune, où chaque intervention d'un participant allait nourrir notre réflexion. La pratique de l'ergothérapie varie tout de même selon le domaine d'exercice. En « globalisant » les données, nous avons cherché à éviter ce clivage somatique/psychique. Cependant, il aurait peut-être été intéressant d'analyser précisément et séparément les données fournies afin repérer des divergences.

### 7.2.4. Uniquement des ergothérapeutes ont été sollicités

Lors de cette étude, nous avons échangé uniquement avec des ergothérapeutes. Or, le sentiment d'efficacité personnelle est, comme son nom l'indique, subjectif. Nous nous sommes appuyés ici sur les composantes de l'auto-efficacité mais n'avons pas de retours directs de patients. Il serait donc intéressant de pouvoir accéder à leurs croyances en lien avec leurs capacités et l'évolution de ces dernières.

### 7.3. Limites

#### 7.3.1. Diagnostic établi de l'ESPT

Dès lors que j'ai commencé à travailler sur ce sujet, j'ai pu constater que le diagnostic de l'ESPT n'était pas systématiquement posé. En effet, il nécessite la présence et un suivi d'un psychiatre. Or, les patients ayant eu un AVP en rencontrent rarement. Il est alors souvent convenu d'une suspicion d'état de stress post-traumatique. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi, durant les entretiens, d'orienter ma recherche sur des patients ayant eu un AVP et qui sont potentiellement en état de stress post-traumatique. En hôpital militaire, le diagnostic est plus fréquemment posé mais peu souvent suite à un AVP.

#### 7.3.2. Termes utilisés non familiers pour les ergothérapeutes interrogées

Durant l'échange avec les ergothérapeutes, il était important de définir les termes utilisés. En effet, diplômés depuis un an à 38 ans, les concepts nommés en ergothérapie et dans les autres disciplines ont évolués. Par exemple, le terme de résilience n'était pas considéré d'emblée comme utilisé, mais au cours de l'entretien, nous nous sommes aperçues qu'il est utilisé par ces ergothérapeutes sans le nommer. Il en était de même pour le concept d'auto-efficacité : uniquement une des ergothérapeutes avait connaissance de ce terme. Une définition leur a été fournie en amont afin d'utiliser un langage commun mais pour une participante, il a fallu revenir sur la signification de cette notion et apporter plus de précisions car le terme restait confus. Ainsi, les concepts utilisés sont mouvants et évoluent avec le temps. Ces éléments ont été des facteurs rendant plus complexes nos échanges.

#### 7.3.3. Professionnels rencontrés

Les ergothérapeutes avec qui nous avons pu échanger exerçaient dans différents domaines : SSR, santé mentale, auprès de civils ou militaires. Cette diversité nous a apporté des renseignements riches et nous a permis des retours, ainsi qu'une vision élargie quant à notre sujet. Cependant, les interviewées étant en faible nombre, nous avons obtenus des tendances qui devront être confirmées par des échantillons plus importants, avant de généraliser ces données de terrain à l'ensemble de la population concernée.



#### 7.3.4. Auto-efficacité

Dans cette étude mettant en lien ergothérapie et résilience, nous avons fait le choix de cibler plus particulièrement un axe de développement de la résilience : l'auto-efficacité. Cela nous permet d'effectuer un travail détaillé. Cependant, nous n'avons pas étudié les deux autres axes de développement décrits par Gilligan ; c'est-à-dire l'estime de soi et le sentiment de sécurité interne. Nous avons pourtant pu constater dans les propos des ergothérapeutes interrogées que leur accompagnement intègre déjà ces concepts, comme par exemple lorsqu'elles évoquent des « *activités avec un retour des autres* » (Mme B). Nous abordons aussi les notions de regard de l'autre, d'environnement social, nous nous approchons déjà de ces axes de développement de la résilience.

#### 7.4. Perspectives et apport de l'étude sur les plans personnel et professionnel

Tous les professionnels rencontrés pensent pouvoir contribuer au processus de résilience des patients en état de stress post-traumatique suite à un AVP, par l'amélioration de leur sentiment d'efficacité personnelle.

Les ergothérapeutes ayant participé à l'étude déclarent, de manière nuancée, qu'il y a bien un lien entre auto-efficacité et résilience. Ils ont aussi décrit précédemment que l'ergothérapeute intervient sur l'auto-efficacité de la personne. Comme nous l'avons dit **l'hypothèse est** cependant **invalidée** : l'ergothérapeute favorise le sentiment d'auto-efficacité et contribue à soutenir le processus de résilience chez des patients ayant un environnement social présent, et suffisamment de ressources pour surmonter le traumatisme (en fonction de l'intensité de ce dernier).

De nombreuses perspectives sont à envisager en lien avec ce sujet.

La première perspective serait de poursuivre cette recherche en y intégrant des critères d'exclusion en lien avec l'intensité du traumatisme vécu, l'isolement et les fragilités psychiques présentes chez la personne. Nous pourrions aussi interroger des patients.

Il serait aussi intéressant de travailler sur les autres composantes de la résilience et le rôle de l'ergothérapeute.

Ensuite, le diagnostic des ESPT semble se développer et des formations – à l'étranger principalement – existent en ergothérapie, comme « *L'ergothérapie et le*

*trouble de stress post-traumatique* », au Canada. D'ailleurs, un établissement sanitaire à ouvert, à l'automne dernier, une unité spécialement dédiée aux personnes en état de stress post-traumatique en Occitanie. C'est le premier établissement en France. Un projet pour y intégrer un poste afin de proposer un accompagnement en ergothérapie est actuellement à l'étude.

Du côté de la résilience, le quatrième congrès mondial sur la résilience a eu lieu à Marseille en 2018. Le prochain congrès aura lieu au Cameroun, en 2020. A raison d'un congrès mondial tous les deux ans, ce concept devrait donc continuer à se diffuser.

Enfin, comme l'on soulignées les ergothérapeutes interrogées, viser à ce que les patients entrent en résilience est une problématique pluridisciplinaire. Il serait donc enrichissant de chercher à identifier les apports et les plus-values de chaque professionnel gravitant autour du patient, en lien avec ce concept.

Ce travail d'initiation à la recherche a nourri mon point de vue quant aux possibilités de l'ergothérapie. En effet, comme nous l'avons vu dans la partie contextuelle, il semble exister des clivages dans l'accompagnement psychique et somatique des personnes en état de stress post-traumatique. En tant qu'ergothérapeutes, nous avons une vision holistique, que nous retrouvons dans tous les domaines de pratique. L'ergothérapie semblerait donc pertinente dans cette approche de la personne et permettrait de remettre du lien. Il est important de prendre conscience que nous avons un rôle dans l'accompagnement dans le processus de résilience de ces patients après un AVP. Il s'agit d'un travail en collaboration avec la personne et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapeute a une porte d'entrée par une approche centrée sur les occupations et peut donc contribuer à l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle de la personne pour tenter de surmonter son traumatisme. Il s'agit d'une réelle plus-value. D'ailleurs, des outils existent en ergothérapie, comme l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance CO-OP. Elle se rapproche de cette vision de l'accompagnement du patient, où le thérapeute est tuteur de résilience. En effet, la personne utilise un mécanisme de résolution de problèmes afin de trouver elle-même ses stratégies et réaliser ses activités signifiantes et significatives.

Enfin, les échanges avec des ergothérapeutes exerçant dans différents domaines m'ont permis de faire de nouvelles rencontres et d'élargir mon réseau. Enfin,

il sera nécessaire de se tenir informée des nouveaux concepts afin de toujours faire évoluer ma pratique professionnelle.

## Conclusion

Dans cette étude, nous avons cherché à mettre en avant le rôle de l'ergothérapeute dans le processus de résilience des patients accompagnés après un AVP, et notamment par l'intermédiaire de leur sentiment d'auto-efficacité. Une enquête de terrain a alors été réalisée. Suite aux échanges avec les ergothérapeutes, nous remarquons que les concepts d'auto-efficacité et de résilience sont encore peu utilisés, même s'ils se diffusent de plus en plus. Cependant, les ergothérapeutes ont rapidement pu identifier les éléments sous-jacents à ces notions. Ces derniers leur étaient familiers.

D'après les entretiens et recherches réalisées, il s'avère que l'ergothérapeute contribue à l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité des patients. Ce sentiment est une composante favorisant le développement de la résilience. Cependant, d'autres éléments entrent aussi en jeu, comme une fragilité du patient avant le traumatisme ou une intensité du traumatisme ne permettant pas au patient d'identifier et de mobiliser des ressources suffisantes pour reprendre des activités et une vie satisfaisante. Notre hypothèse « L'ergothérapeute, en favorisant l'auto-efficacité, soutient la résilience » est donc invalidée.

Il est important, en tant qu'ergothérapeute, exerçant dans tous domaines de pratiques confondus, de prendre conscience de notre capacité à développer le sentiment d'efficacité personnelle de nos patients. Ces derniers sont acteurs dans leur processus de résilience. Nous contribuons par notre posture de tuteur de résilience et par notre accompagnement, notamment par l'intermédiaire de mises en situation d'activité, à leur avancée dans ce processus.

# Bibliographie

## 1. Ouvrages

Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience*. Paris, France : A. Colin.

Cace, S., & Tomita, M. (2014). World Congress on Resilience: from Person to Society. *The second World congress on Resilience: from person to society: May 8-10, 2014, Timisoara, Romania*. Bologna, Italie : Medimond international proceedings, 301-305, 333-337, 369-374, 379-382, 1091-1102.

Castelein, P. (2012). Participation sociale. Dans M.-H. Izard (Éd.), *Expériences en ergothérapie : vingt-cinquième série*. Montpellier, France : Sauramps médical.

Cyrulnik, B., (2004). *Les vilains petits canards*. Paris, France : Odile Jacob.

Djaoui, E. (2015). Rôles sociaux et activité. Eclairage psychosociologique de la notion d'activité dans ses liens avec le rôle social. Dans M.-C. Morel-Bracq, E. Trouvé, E. Offenstein, E. Quevillon, K. Riguet, H. Hernandez, Y. Ung, & C. Gras (Éd.), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?*. Marseille, France : Solal.

Liebowitz M. R. et al. (2005). Troubles anxieux. Dans A.J. Frances (Éd.), *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux, France : Masson, 533-540.

Meyer, A., Minisi, L., & Desrosiers, J. (2018). Exploration du sentiment d'efficacité dans les occupations des personnes adultes présentant un trouble obsessionnel compulsif. Dans M.-H. Izard, R. Nespoulous, B. Aenishaenslin-Mamin, B. Alescio-Lautier, & W. Allègre (Éd.), *Expériences en ergothérapie : trente et unième série*. Montpellier, France : Sauramps médical.

Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne, Suisse : École d'études sociales et pédagogiques. 30-45 ; 66-88.

Mignet, G. (2015). Motivation, volition et engagement : éclairage du modèle de l'occupation humaine. Dans M.-C. Morel-Bracq, E. Trouvé, E. Offenstein, E. Quevillon, K. Riguet, H. Hernandez, Y. Ung, & C. Gras (Éd.), *L'activité humaine : un potentiel*

*pour la santé?*. Marseille, France : Solal.

Mignet, G., Doussin-Antzer, A., & Sorita, E. (2017) Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner. Dans M.-C. Morel-Bracq (Éd.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Louvain-La-Neuve, France : De Boeck Supérieur.

Offenstein, E. (2015). L'ergothérapeute, catalyseur du changement ? Dans M.-C. Morel-Bracq, E. Trouvé, E. Offenstein, E. Quevillon, K. Riguet, H. Hernandez, Y. Ung, & C. Gras (Éd.), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?*. Marseille, France : Solal.

Rondier, M. (2003). A. Bandura. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle* », *L'orientation scolaire et professionnelle*, Paris, France : De Boeck Université, 475-476.

Tisseron, S. (2013). *La résilience*. Paris, France : Puf.

## 2. Articles de revue

Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, (82), 4-11. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>

Chidiac, N., & Crocq, L. (2011). Le Psychotrauma (III) – Névrose traumatique et état de stress posttraumatique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(5), 327-331. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.04.012>

Faure, C. (2015). Intérêt d'un outil de dépistage infirmier d'un état de stress-post-traumatique (ESPT) après un accident de la voie publique (AVP) : étude DEPITAC. *European Psychiatry*, 30(8), 126-127.

Fine, B. (1991). Resilience and Human Adaptability: Who Rises Above Adversity? *The American Journal of Occupational Therapy* (45)6, 493-503.

Forest, J., & Mageau, G. (2008). La motivation au travail selon la théorie de l'autodétermination. *Psychologie Québec*. 25(5). 33-36

Gage, M., & Polatajko, H. (1994). Enhancing Occupational Performance Through an Understanding of Perceived Self-Efficacy. *The American Journal of Occupational*

*Therapy*, 48(5), 452-461.

Levasseur, M., Roy, M., Michallet, B., St-Hilaire, F., Maltais, D., & Généreux, M. (2017). Associations between resilience, community belonging and social participation among community-dwelling older adults: Results from the Eastern Townships Population Health Survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.

Lopez, A. (2011). Posttraumatic stress disorder and occupational performance: Building resilience and fostering occupational adaptation. *Work*, 38(1), 33-38. <https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1102>

Martin, C. (2013). Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel. *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 7(4), 293-298., <https://doi.org/10.1016/j.alter.2013.09.004>

Murray, J., Ehlers, A., & Mayou, R. A. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *The British Journal of Psychiatry*, 180(4), 363-368. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.4.363>

Quemin, A., Beaud, S., & Weber, F. (1999). Guide de l'enquête de terrain. Dans H. Peretz (Éd.), *Les méthodes en sociologie. L'observation. Revue française de sociologie*, 430-433.

Soares, A. (n. d.). Le harcèlement psychologique, le syndrome du stress post-traumatique et le soutien social. *Le harcèlement psychologique au travail*. 1377-1384.

Stajkovic, A., & Luthans, F. (2002). Social Cognitive Theory and Self-efficacy: Implications for Motivation Theory and Practice. In R.M. Steers, L.W. Porter, & G.A., Bigley (Eds.), *Motivation and Work Behavior* (7th ed.). 126-140.

### 3. Autres références

Acuite, M.-G. (2011). La théorie d'Albert BANDURA : synthèse. Extraits et notes de lecture issues de: COLLECTIF. (2004). De l'apprentissage social au sentiment d'efficacité personnelle. Autour de l'œuvre d'Albert BANDURA, disponible sur : [https://ent2d.acbordeaux.fr/disciplines/hotellerie/wpcontent/uploads/sites/46/2018/05/BANDURA\\_Theorie.pdf](https://ent2d.acbordeaux.fr/disciplines/hotellerie/wpcontent/uploads/sites/46/2018/05/BANDURA_Theorie.pdf), consulté en ligne le 3/12/2018

Devillières, M.-C. (2013) Du secteur psychiatrique au territoire de santé : comment une

politique publique ouvre un espace de collaboration entre la psychiatrie et la médecine générale. *Science politique*. dumas-00936722

Haute Autorité de Santé. (2018). *Programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018-2023*, disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme\\_pluriannuel\\_psy\\_sante\\_mentale\\_2018\\_2023.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf), consulté en ligne le 20/04/2019

Laforcade. (2016). *Rapport relatif à la santé mentale*, disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_rapport\\_laforcade\\_mission\\_sante\\_mentale\\_011016.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf), consulté en ligne le 20/04/2019

Lanteri, A., Mounier, K. & Terrade, O., *Fiche de lecture « La résilience Surmonter les traumatismes »*, disponible sur : <http://ifpvps.fr/IMG/pdf/FL-Resilience.pdf>, consulté en ligne le 30/08/2018

Organisation Mondiale de la Santé, *Accidents de la route*, disponible sur : [http://www.who.int/topics/injuries\\_traffic/fr/](http://www.who.int/topics/injuries_traffic/fr/), consulté en ligne le 16/08/2018

Sécurité Routière, *Bilan définitif de l'accidentalité routière 2017*, disponible sur : <http://www.securite-routiere.gouv.fr/medias/espace-presse/publications-presse/bilan-definitif-de-l-accidentalite-routiere-2017>, mis à jour le 29/05/2018

Thibeault, R. *La résilience au quotidien*, disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=vQo8MAkzyWw>, consulté en ligne le 31/03/2018

Université Paris Ouest Nanterre, *Formulaire de consentement à destination des représentants légaux*, disponible sur : [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUK EwjPzPvKjiAhVByYUKHSBnDtoQFjAAegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.paris-nanterre.fr%2Fmedias%2Ffichier%2Fformulaire\\_type\\_de\\_consentement\\_eclairer\\_pour\\_les\\_repres\\_1259253139813.pdf%3FID\\_FICHE%3D176553%26INLINE%3DFALSE&usg=AOvVaw22pfv9Y8il4DA2Ckl8My17](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUK EwjPzPvKjiAhVByYUKHSBnDtoQFjAAegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.paris-nanterre.fr%2Fmedias%2Ffichier%2Fformulaire_type_de_consentement_eclairer_pour_les_repres_1259253139813.pdf%3FID_FICHE%3D176553%26INLINE%3DFALSE&usg=AOvVaw22pfv9Y8il4DA2Ckl8My17), consulté en ligne le 15/12/2018



## Glossaire

AVP : Accident de la Voie Publique

CO-OP : Cognitive Orientation to daily Occupational Performance

ESPT : Etat de stress post-traumatique / PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MPR : Médecine Physique et Rééducation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

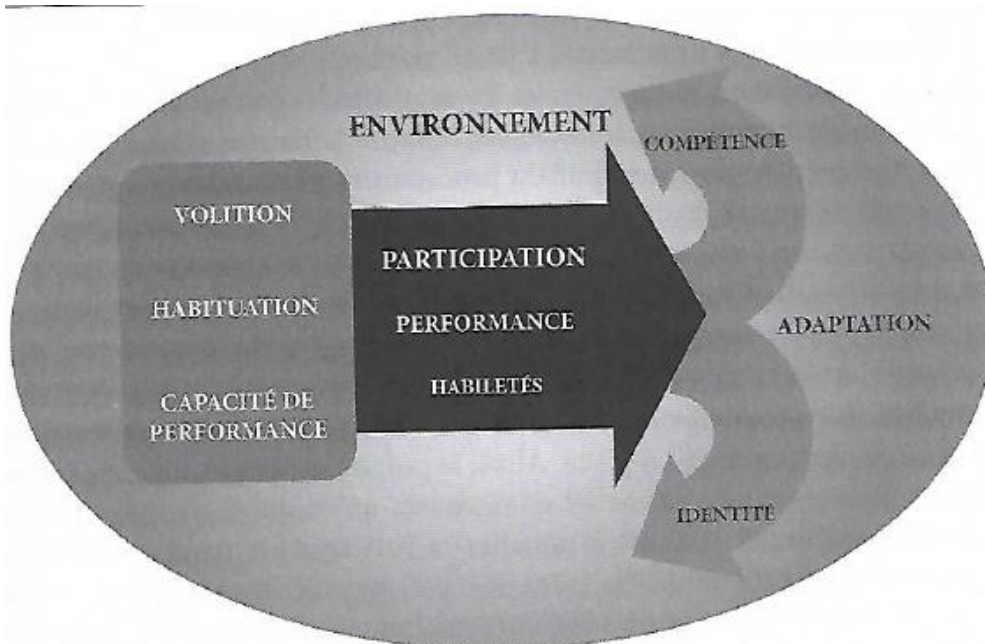
PPH : Processus de Production du Handicap

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

## Annexes

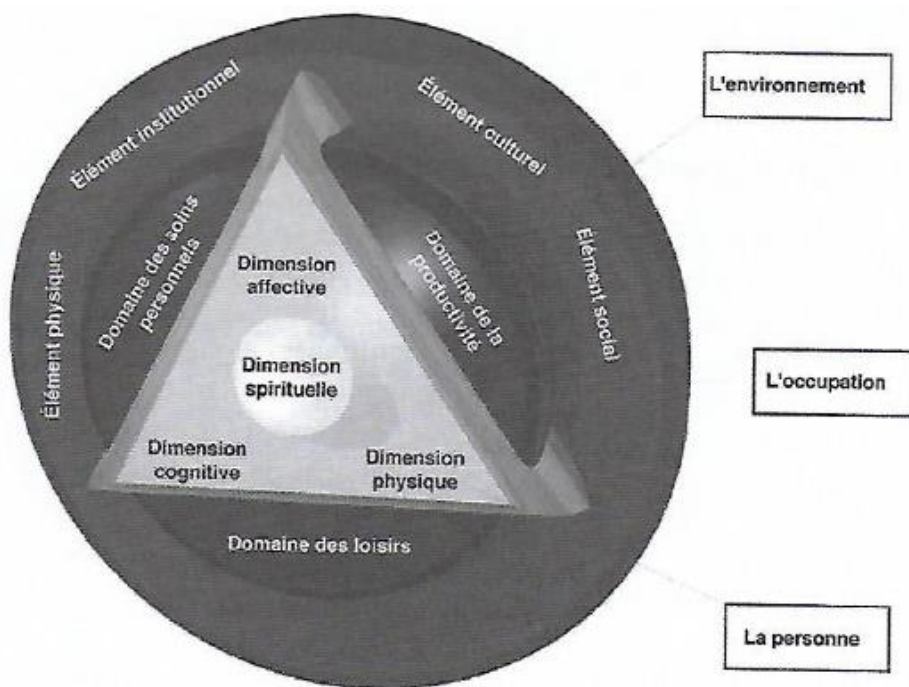
Annexe I : MOH ET MCREO : ILLUSTRATIONS.....	1
Annexe II : GUIDE D'ENTRETIEN .....	2
Annexe III : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	5
Annexe IV : ERGOTHERAPEUTES AYANT REPONDU AUX ENTRETIENS .....	6
Annexe V : REPRESENTATION SCHEMATIQUE SELON MME G.....	7

Annexe I : MOH ET MCREO : ILLUSTRATIONS



*Le Modèle de l'Occupation Humaine, selon Kielhofner*

Dans M.-C. Morel-Bracq (Éd.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, p.77



*Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels*

Dans M.-C. Morel-Bracq (Éd.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, p.88

## Annexe II : GUIDE D'ENTRETIEN

### Introduction

Bonjour,

Je suis Emilie Balduc, étudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie à Evreux. Mon travail de fin d'étude s'intéresse au processus de résilience chez des personnes, après un accident de la voie publique, potentiellement en état de stress post-traumatique.

Notre entretien sera divisé en deux thèmes : un sur la résilience et un sur le sentiment d'auto-efficacité ou le sentiment d'efficacité personnelle. Le temps de conversation est estimé à 40 min. Les informations recueillies seront traitées puis intégrées dans mon mémoire de fin d'étude.

### Considérations éthiques

Lecture du formulaire de consentement et signature. Une copie sera remise au participant.

Si vous le voulez bien, l'entretien sera enregistré. Les enregistrements obtenus seront détruits après exploitation des données. Ces dernières seront gardées anonymes et confidentielles.

Enfin, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous avez la possibilité d'ajouter des éléments ou de ne pas répondre à toutes les questions. L'entretien peut être interrompu et vous êtes libre de vous retirer de la recherche à tout moment.

Est-ce que vous avez des questions avant de débiter l'entretien ?

### Questions

- **Thème 1 : Surmonter les traumatismes – Résilience et ergothérapie**

**L'interviewer donne une définition courte de la résilience.**

*« C'est un processus, une capacité ou le résultat d'une bonne adaptation en dépit des circonstances, des défis ou des menaces ». Il ne s'agit pas seulement de résister mais aussi d'être capable de rebondir après un événement déstabilisant, de surmonter un traumatisme. »*

Q.1 : Quel(s) modèle(s) conceptuel(s) utilisez-vous dans votre pratique professionnelle, auprès de cette population ? Pourquoi ? Selon vous, évoque-t-on la résilience dans ce modèle ?

Q. 2 : Quelle influence a-t-il sur l'élaboration de votre plan d'intervention avec ce type de patients ?

Q. 3 : Selon vous, comment peut-on accompagner un patient, suite à un AVP, dans son processus de résilience ?

Cyrułnik dit que « un « tuteur de résilience » n'est pas une « aide, c'est-à-dire quelqu'un d'actif, qui agit pour l'autre » mais plutôt une « ressource » ; c'est-à-dire une personne disponible pour l'autre, offerte à la personne, on peut s'appuyer dessus ». Il considère alors la personne dans son contexte. Il permet de valider ce que la personne ressent, et donc en même temps, valoriser son identité. »

Q. 4 : A partir de cette définition, que pensez-vous du rôle de l'ergothérapeute en tant que tuteur de résilience ? Avez-vous l'impression d'avoir ce positionnement de tuteur de résilience dans le sens de Cyrułnik ? Oui ou non et pourquoi ?

Q. 5 : Dans quelle mesure l'ergothérapeute peut-il intervenir sur la capacité du patient à rebondir suite à un traumatisme ? Quels éléments/ indicateurs peut-on identifier et sur lesquels peut-on s'appuyer ?

- **Thème 2 : Engagement et résilience - Auto-efficacité en ergothérapie**

**L'interviewer donne une définition courte de l'auto-efficacité. Est-ce un terme qui vous est familier ?**

*« Il s'agit de prendre conscience de ses capacités à agir sur son environnement, y être autonome et efficace. Cela correspond à une croyance d'un individu en sa capacité à réaliser une tâche. »*

Q. 6 : Selon vous, l'ergothérapeute peut-il agir sur le concept d'auto-efficacité avec ces patients, et comment ?

Q. 7 : Pourriez-vous citer, en expliquant leur intérêt, quelques principes d'intervention, moyens, types d'activités que vous utiliseriez dans ce contexte ?

Q. 8 : Comment préparez-vous et encouragez-vous le patient à reprendre ses activités antérieures ?

Q. 9 : Qu'observez-vous/à quoi êtes-vous attentif lors de la réalisation d'une activité par le patient, en lien avec l'auto-efficacité de la personne ?

Q. 10 : Après une mise en situation, comment faites-vous un point systématique, et comment abordez-vous cet échange sur l'activité réalisée et son déroulement avec le patient ?

Q.11 : Pensez-vous qu'il y a une corrélation entre le sentiment d'auto-efficacité chez un patient et une bonne adaptation, malgré le traumatisme vécu ? Oui ou non, pourquoi ?

- **Informations personnelles**

- Présentation
- Parcours professionnel : diplômé depuis combien de temps, lieu d'exercice et depuis quand, population rencontrée
- Durée moyenne du suivi des patients durant leur hospitalisation
- Expériences professionnelles précédentes (quelle population)
- Formations (MOH, MCREO par exemple...)

Conclusion de l'entretien et remerciements

Avez-vous des éléments à ajouter ou des interrogations ?

Si vous le voulez, une synthèse de la recherche pourra vous être envoyée à la fin des travaux.

Vous pouvez me contacter pour toute information complémentaire.

Je vous remercie de votre participation et du temps consacré à cet entretien !

### Annexe III : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) ..... déclare accepter, librement et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : « L'accompagnement en ergothérapie dans le processus de résilience de personnes suite à un accident de la voie publique ».

Investigateur : Emilie Balduc (0642518456)

Sous la direction de : Mme Moisan Laure

Lors de cette partie de l'étude, le participant interviendra lors d'un entretien semi-directif.

Engagement de l'investigateur : il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif.

Déontologie et éthique : l'investigateur s'engage à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant.

Fait à ..... Le ..... en 2 exemplaires.

Signatures :

Le participant

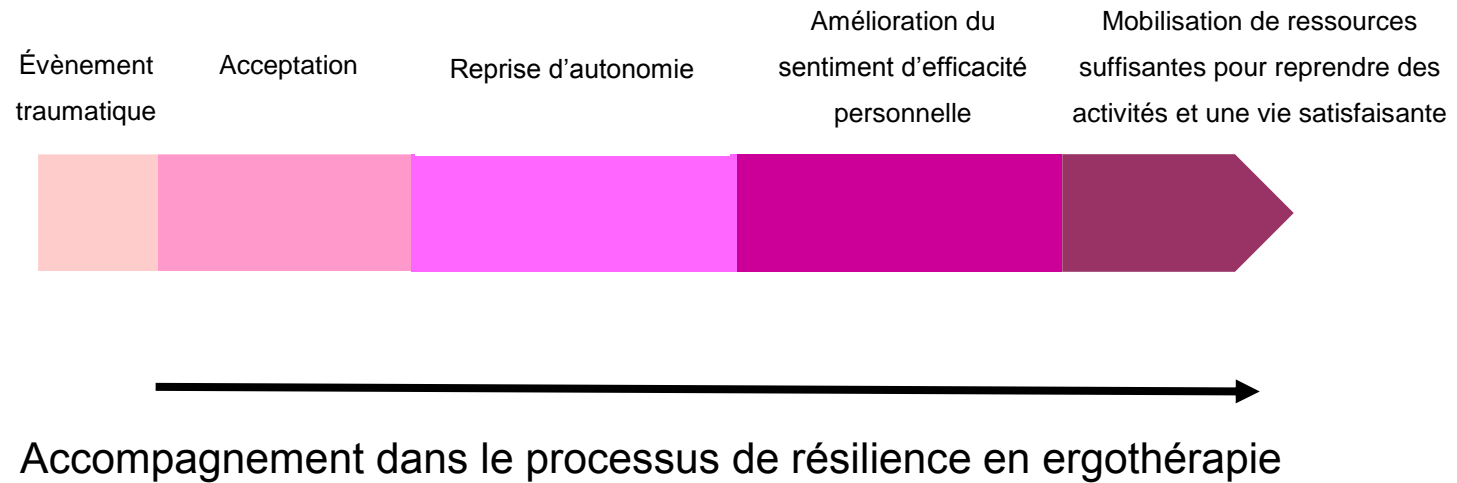
L'investigateur

**Annexe IV : ERGOTHERAPEUTES AYANT REPONDU AUX ENTRETIENS**

Informations	Age	Date de diplôme	Lieu d'exercice	Parcours professionnel	Formations
Mme A	26 ans	2017	SSR Normandie	SSR (ortho-traumato-neurologie), stage réalisé en hôpital militaire, avec des personnes en état de stress post-traumatique.	Aucune complémentaire au DE
Mme B	58 ans	1984	SSR Bourgogne Franche-Comté	SSR (Adultes, neurologie, traumatologie- orthopédie) + libéral (adultes et personnes âgées)	MOH, adaptation du cadre bâti au handicap, stimulation basale
Mme C	62 ans	1981	SSR Hauts- de-France	-9 ans en IME (enfants, adolescents) - En Autriche : 3 ans en centre pour enfants et adolescents en situation de handicap moteur et mental. -SSR : hospitalisation complète et HDJ (neurologie, traumatologie-orthopédie...)	Diplôme Universitaire DU d'ergonomie, méthode Alexander (thérapies psychocorporelles), rééducation sensitive Spicher, MCRO.
Mme D	27 ans	2012	Santé mentale, Normandie	Expérience de 2 ans en pédiatrie puis Psychiatrie : HDJ et unité mobile pour personnes en situation de précarité	Formation MOH avec l'ANFE
Mme E	25 ans	2018	Santé mentale, Nouvelle-Aquitaine	Psychiatrie : service d'admission (patients avec syndromes anxiodépressifs, chroniques... Centre pour adultes avec Troubles du Spectre Autistique + Equipe Spécialisée Alzheimer	Aucune complémentaire au DE
Mme F	36 ans	2004	Hôpital militaire, psychiatrie, Nouvelle-Aquitaine	-6 mois SSR (neurologie, amputés, rhumatologie) -7 ans en chirurgie de la main -7 ans en hôpital militaire SSR puis 6 ans psychiatrie (militaires en ESPT) + consultations externes	Art-thérapeute, DU d'ETP, rééducation sensitive Spicher, orthèses et appareillages, médiations artistiques, addictologie
Mme G	36 ans	2009	Hôpital militaire, Médecine Physique et Réadaptation, Nouvelle-Aquitaine	Hôpital militaire (MPR) : traumatologie, court et moyen séjour, HDJ Expérience en psychiatrie (hôpital militaire aussi)	Formatrice dans un IFE (traumatologie), expertise et amélioration des orthèses DU Education Thérapeutique du Patient : programme en chirurgie bariatrique TMS Formatrice en EHPAD sur le vieillissement de la personne âgée (gestes et postures après des professionnels) DU d'ergonomie à venir
Mme H	25 ans	2015	Hôpital militaire, psychiatrie, Ile-de-France	Hôpital militaire (SSR) : polytraumatisés, amputés, brûlés, atteintes physiques, cognitives, ESPT... Hospitalisation complète et HDJ.	Aucune complémentaire au DE



Annexe V : REPRESENTATION SCHEMATIQUE DES LIENS ENTRE ACCOMPAGNEMENT EN ERGOTHERAPIE, PROCESSUS DE RESILIENCE ET SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE



## L'accompagnement en ergothérapie dans le processus de résilience après un accident de la voie publique

BALDUC Emilie

### Résumé :

En 2018, 72787 personnes auraient été blessées dans un accident de la voie publique en France. Un tel évènement peut être à l'origine d'un état de stress post-traumatique, engendrant alors des difficultés dans la reprise des activités quotidiennes. Ce travail de recherche s'intéresse au lien entre l'intervention en ergothérapie et le processus de résilience de ces personnes. Huit ergothérapeutes ont été interrogés. Ils ont une vision globale de la personne et peuvent se positionner en tant que tuteur de résilience. De plus, ils pensent pouvoir améliorer le sentiment d'efficacité personnelle de ces patients notamment par l'intermédiaire de mises en situation. Si ce sentiment est élevé, alors les patients sont plus confiants pour expérimenter des activités. Ils mettent en place des stratégies et identifient des ressources. Tout cela les encourage à établir des projets et contribue au processus de résilience. Finalement, en travaillant en pluridisciplinarité, l'ergothérapeute peut aider les personnes à rebondir suite à un traumatisme. Il serait d'ailleurs intéressant d'étudier l'impact d'un accompagnement en ergothérapie sur d'autres axes de développement de la résilience, comme l'estime de soi, par exemple.

**Mots-clés** : ergothérapie - Accident de la Voie Publique (AVP) - Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) - processus de résilience - sentiment d'efficacité personnelle

### Influence of Occupational Therapy on Resilience after a Road Traffic Accident

#### Abstract:

Last year, 72,787 people were injured after a road traffic accident in France. Some victims have post-traumatic stress disorder (PTSD) causing some of them unable to do daily activities. The purpose of this research is to investigate the link between occupational therapists (OT) intervention and the patient's resilience. Eight OT have been selected. They have a holistic approach and are "resilience mentor". Moreover, occupational therapist seems increase feelings of self-efficacy for PTSD patients. Thus, they are aware of their increased competency: if self-efficacy is high, the patient is more confident and participates in activities. So, he can implement strategies and identifies resources. It encourages projects and contributes to resilience. In conclusion, by working in collaboration with other healthcare professionals, OT help patients to start again after a trauma. Further studies are needed to show that occupational therapy can not only work on self-efficacy but also on other resilience fields.

**Keywords:** Occupational Therapy (OT) - Road Traffic Accident (RTA) - Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) – resilience - self-efficacy