
La relation entre un ergothérapeute en situation de handicap et le patient

Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute



Floriane CIMETIERE
Juin 2017

NOTE AUX LECTEURS

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné ».

Un grand merci,

à ma maîtresse de mémoire, Aurélie FOHR qui m'a aidée, conseillée et soutenue
tout au long de ce travail,

à notre directrice Hélène HERNANDEZ, à l'équipe pédagogique et aux
formateurs de l'Institut de Formation en ergothérapie de Créteil qui nous ont
encadrés et formés durant ces trois années,

aux ergothérapeutes qui ont accepté de répondre à mes questions et de
partager leurs expériences,

à tous les professionnels et patients que j'ai pu rencontrer sur mes différents
lieux de stage, et qui m'ont sensibilisée à l'importance de la relation entre un
patient et son ergothérapeute,

à mon compagnon, ma famille et mes amis de m'avoir soutenue en toutes
circonstances,

et enfin à mes camarades de promotion et futurs collègues pour le soutien et
les encouragements partagés.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
METHODOLOGIE GENERALE	3
CADRE CONCEPTUEL	5
I) Le modèle psychodynamique	5
II) La relation	6
II)A) La relation soignant-soigné.....	7
II)B) Les mécanismes de défenses et mouvements transférentiels	11
II)C) La communication.....	14
II)D) Les attitudes de communication dans le milieu du soin.....	17
III) La situation de handicap.....	21
III)A) Le handicap	21
III)A)1) Historique	22
III)A)2) Droit des personnes en situation de handicap.....	25
III)B) Travailleurs handicapés.....	25
III)C) Ergothérapie	26
CADRE DE RECHERCHE.....	29
I) Méthodologie d'enquête	29
I)A) Objectifs de l'enquête	29
I)B) Population cible de l'enquête.....	30
I)C) Choix et construction de l'outil d'investigation	31
I)D) Limites de l'enquête	32
II) Étude.....	33
II)A) Entretiens.....	33
II)B) Analyse des données recueillies	34
III) Discussion	41
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	51

INTRODUCTION

Durant ces trois années de formation d'ergothérapeute, j'ai acquis progressivement des connaissances théoriques et développé ma pratique durant mes stages pour aboutir à une position professionnelle. Ceci a suscité certaines interrogations sur ma pratique et certaines remises en question, indispensables pour avancer.

Tout au long de cette formation, j'ai appris qu'en ergothérapie, l'activité est le support de la relation avec le soigné. Je m'interroge sur cette relation spécifique que nous entretenons avec le patient en ergothérapie. La relation n'est-elle construite qu'au travers de l'activité ergothérapique ? Est-ce la seule opportunité pour édifier une relation ? Existe-t-il une relation soigné-thérapeute en dehors de ce temps d'activité ? Dans notre profession, la relation me paraît un des éléments fondamentaux. Qu'est-ce qui fait que face à certains patients, nous sommes plus ou moins à l'aise, et que nous n'adoptons pas le même comportement, ou que nous n'établissons pas la même distance ? Ce qui me questionne davantage, c'est le ressenti, la perception du patient par rapport à tous ces comportements.

Ces nombreuses interrogations m'ont incitée à poser un regard réflexif sur ma pratique de future professionnelle, à l'analyser, et à m'interroger sur ce que nous renvoyons au patient en tant que thérapeute. Mais également sur le retentissement que peut avoir sur cette relation spécifique, ce que nous renvoyons au patient.

En fin de deuxième année, j'ai été amenée à réaliser un stage en psychiatrie, pendant lequel j'ai travaillé auprès de patients schizophrènes. J'ai alors découvert des patients ayant un rapport différent au monde, et à l'ergothérapeute avec qui ils sont en relation. C'est tout au long de ce stage que j'ai pu prendre conscience de l'importance d'instaurer une relation de qualité avec un patient quelle que soit sa pathologie, bien que dans ce contexte ils ont des troubles de la relation, que nous cherchons spécifiquement à travailler, et à améliorer. Je pense qu'il est alors essentiel de se demander comment faire pour que cette relation soit de qualité pour permettre une prise en charge thérapeutique adaptée.

Lors des stages pratiques et des interventions théoriques à l'institut de formation, où j'ai rencontré des soignants et des intervenants professionnels de santé en situation de handicap, je me suis questionnée sur ce qu'aurait été la relation avec le patient si le soignant était lui-même en situation de handicap ? Est-ce un obstacle ou au contraire un facilitateur pour établir une relation thérapeutique de confiance ? Quel serait le ressenti du patient ?

En mettant en lien mes interrogations, observations, ainsi que mes réflexions de stage sur la relation entre un patient et son ergothérapeute, j'ai trouvé intéressant de travailler autour de l'impact de l'incapacité/ déficience du thérapeute sur sa relation avec un patient. Ainsi que son influence sur le processus de prise en charge ergothérapique avec le patient. Suite à cela, j'ai formulé ma problématique de manière plus précise :

En quoi la situation de handicap de l'ergothérapeute influence-t-elle sur la relation avec le patient ?

METHODOLOGIE GENERALE

Avant de me lancer dans la réalisation de mon mémoire, pour voir si mon sujet de mémoire était fiable, j'ai effectué une pré-enquête consistant en un questionnaire avec des questions fermées et ouvertes, que j'ai envoyé dans divers forums à destination de professionnels de santé en situation de handicap ou ayant travaillé avec un collègue professionnel de santé en situation de handicap. J'ai obtenu une trentaine de réponses à mon questionnaire, réparties à 91,7% d'ergothérapeutes, 2,7% de kinésithérapeutes, 2,7% d'infirmiers et 2,7% d'autres. Ces professionnels de santé ont évoqué une influence positive ou négative de la situation de handicap sur le relationnel avec le patient, avec des points facilitateurs et des obstacles. Certains ont également évoqués une absence d'influence de la situation de handicap, expliqué par une présence de compensation du handicap de la part du thérapeute, et la modification des supports de la relation.

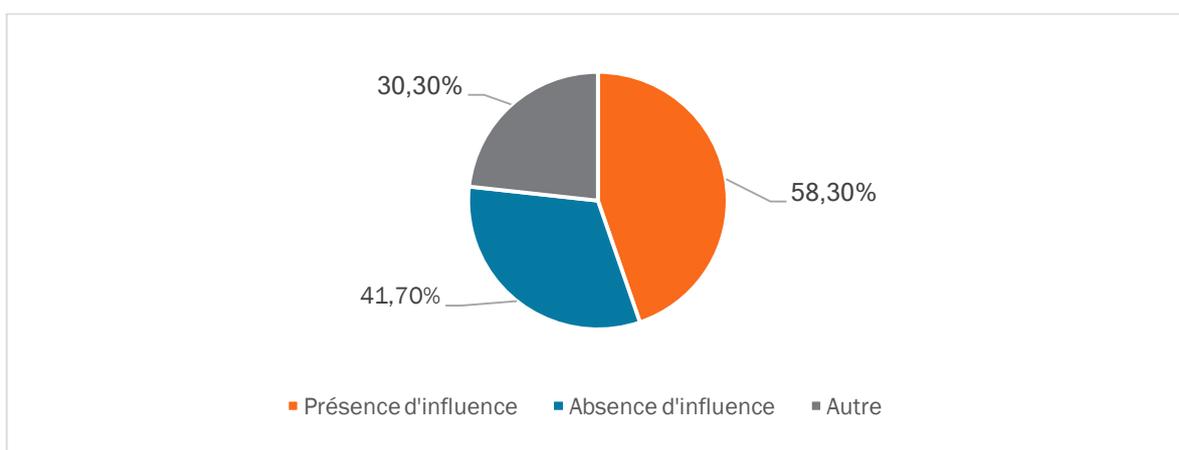


Diagramme Circulaire 1 : Influence de la situation de handicap du thérapeute sur la relation avec le patient

Parmi eux, 25% de ces professionnels de santé sont en situation de handicap et 66,7% confirment l'influence de la situation de handicap contre 11,1% qui n'évoquent pas d'influence et 22,2% disant que cela dépend du handicap, de la personne elle-même, des patients et des situations. (Cf. Annexe I)

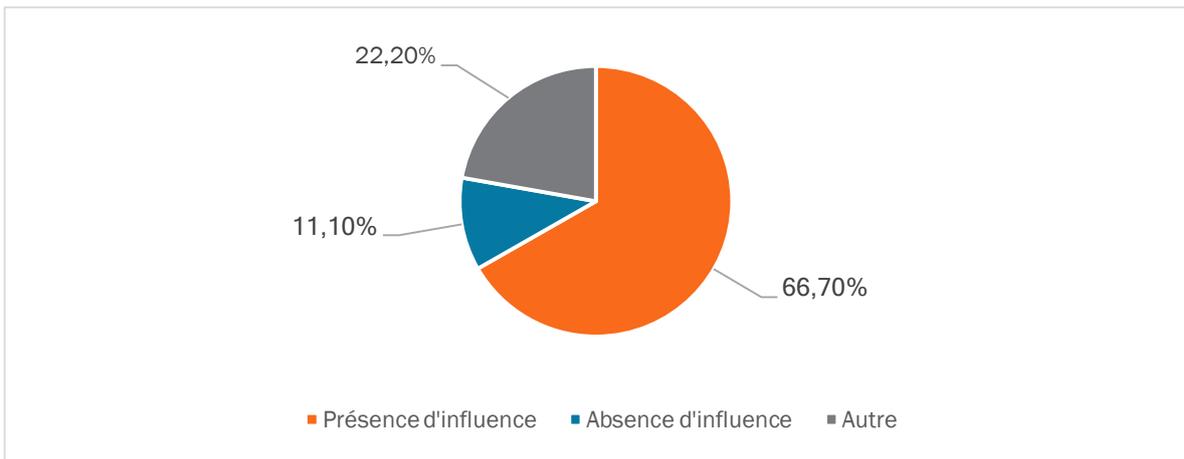


Diagramme Circulaire 2 : Influence de la situation de handicap du thérapeute sur la relation avec le patient selon les 25% professionnels de santé en situation de handicap

Suite aux réponses, j'ai effectué des recherches bibliographiques qui m'ont permis de relever des mots-clés, dont certains sont devenus des concepts théoriques pour mon mémoire, et qui m'ont permis de nourrir mes connaissances et ma réflexion autour de mon sujet.

Afin d'apporter une réponse à ma problématique, j'explicitai dans une première partie théorique les concepts et notions nécessaires à ma recherche. Je reprendrai ainsi la relation, les mécanismes de défenses et mouvements transférentiels, la communication, et les attitudes de communication. Par la suite, je définirai le handicap, le droit des personnes en situation de handicap, les travailleurs handicapés, ainsi que l'ergothérapie, puis j'étudierai la spécificité de la prise en charge ergothérapique auprès d'un patient, et plus particulièrement venant d'un ergothérapeute en situation de handicap.

Ce cadre théorique me permettra alors de formuler l'hypothèse qui fera l'objet de l'étude réalisée à partir d'entretiens. J'analyserai ensuite les données recueillies, puis je discuterai les résultats afin de confronter la théorie à la pratique.

Pour appuyer mes recherches théoriques, j'ai choisi de mener des entretiens individuels avec des ergothérapeutes en situation de handicap, ou ayant travaillé avec des collègues en situation de handicap, pour valider ou invalider mon hypothèse :

La situation de handicap de l'ergothérapeute accentue les phénomènes d'identification et de projection dans la relation avec le patient.

La méthodologie des entretiens sera exposée dans la partie de recherche.

CADRE CONCEPTUEL

I) Le modèle psychodynamique

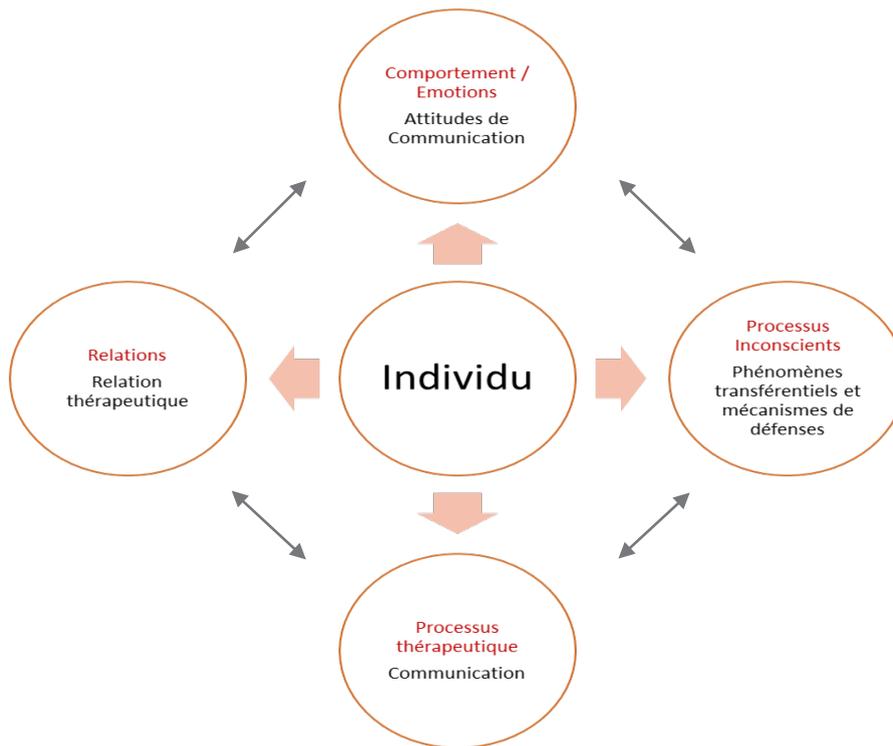
L'essentiel de mes recherches et de mon mémoire se base essentiellement sur le modèle psychodynamique qui s'intéresse aux mouvements psychiques inconscients qui orientent notre comportement et nos relations, qui sont mis en jeu entre autres dans la relation thérapeutique.

M-C. MOREL-BRACQC cite ce modèle psychodynamique qui s'est développé au XXème siècle en France. Il se centre sur la psyché de la personne, sur son comportement avec des processus inconscients, et il s'appuie sur les émotions et les relations.

Ici, le processus thérapeutique est fondé sur une relation de confiance qui doit s'instaurer entre l'ergothérapeute et le patient, ce qui est complexe, car il mettra en jeu des mécanismes psychiques tels que la projection, le transfert et le contre-transfert. Une supervision de l'équipe pluridisciplinaire est alors requise pour l'aider à comprendre certains phénomènes transférentiels mis en jeu dans la thérapie¹.

Ce modèle n'étant pas schématisé, j'ai créé un schéma représentatif de ce modèle psychodynamique en reprenant les composantes du modèle, et en les associant avec les concepts théoriques que j'ai choisis, et qui interagissent entre eux par rapport à l'individu :

¹ Marie-Chantal MOREL-BRACQ, *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, Boeck Solal, collection ergothérapies, juillet 2009, pp.135-139



Légende :

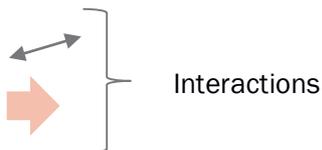


Schéma 1 : Représentation personnalisée du modèle psychodynamique

L'individu, ici le patient et/ou l'ergothérapeute, est au centre de la prise en charge thérapeutique. Se met alors en place une communication, des attitudes de communications, des phénomènes transférentiels et des mécanismes de défenses qui interfèrent dans la relation thérapeutique entre ces deux individus.

II) La relation

La relation, telle qu'elle est définie dans le Larousse, est un « *lien d'interdépendance, d'interaction, d'analogie* »². En effet, l'être humain est constamment en interdépendance

² Site des éditions Larousse : www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation

avec son environnement matériel ou humain qui caractérise sa vie sociale, tout en créant des liens et des rapports à autrui.

Cette interdépendance peut se confronter à la notion d'autonomie pour les personnes en situation de handicap. L'autonomie est définie par une capacité de gouverner soi-même, de juger³. C'est une liberté de choisir et de pouvoir agir, en acceptant ou en refusant selon son jugement.

La dépendance, quant à elle, est une impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide humaine ou matérielle les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques ou psychiques.

Il y a une notion de partage qui ressort, les individus concernés s'influencent de par leurs histoires de vie, leurs valeurs, leurs cultures, leurs émotions, leurs sentiments et leurs désirs. Si le partage se déroule d'une façon bilatérale, le rapport entre les deux personnes sera vécu de façon réciproque et cela sera plus agréable pour ces deux individus⁴.

T. CHERBULIEZ, classe les relations humaines en quatre grandes catégories, « *chacune a ses lois, ses valeurs, ses définitions, et ses buts. Elles servent chacune à un public différent. Il s'agit de la relation sociale, la relation intime, la relation prénatale et la relation thérapeutique.* »⁵.

Ce mémoire va s'intéresser plus particulièrement à la relation soignant/soigné, notamment à la relation thérapeutique.

II)A) La relation soignant-soigné

Dans un cadre bien défini de soins et de rééducation, cette relation est spécifique, car le thérapeute et le patient ne sont pas en même position : l'un se présente en tant que professionnel alors que l'autre se présente en tant que personne ordinaire sujette aux soins.

« *Si l'accompagnant sait tout sur la personne accompagnée, l'accompagné lui ne sait de*

³ Site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : www.cnrtl.fr/definition/autonomie

⁴ CHERBULIEZ Théodore, *Le thérapeute et le patient*, Baroch Editions, janvier 2013, p.63

⁵ CHERBULIEZ Théodore, *op.cit.*, p.63

l'accompagnant que ce dernier veut bien lui dire, lui confier. Suscitant un déséquilibre relationnel, plus ou moins gênant selon les rapports en présence. »⁶.

Cette différence peut quelquefois conduire à un sentiment de supériorité de la part du soignant, ce qui peut induire un sentiment de faiblesse, d'infériorité, d'infantilisation provoquant un malaise, une gêne chez le patient, pouvant aussi le rassurer. L'inverse est possible aussi, lorsque le patient met le soignant en position de toute-puissance médicale, risquant de mettre le soignant en position de supériorité.

Pour éviter une entrave dans l'établissement de cette relation, il est fondamental que le thérapeute et le patient trouvent chacun un équilibre de respect, en adaptant leurs positionnements tout en conservant leurs rôles. Ainsi, « *toute relation (...) induit un engagement, une responsabilité, elle devrait reposer sur une implication des deux partenaires* »⁷.

P. ANCET souligne que les « *difficultés majeures aujourd'hui relativement au maintien de cette qualité est le séquençage des soins et autres actes d'aide quotidiens, le temps très court imparti pour les interventions (...) ce qui nuit fortement à cette qualité relationnelle requise pour l'accompagnement* »⁸.

La relation soignant-soigné doit être fondée sur le respect et l'éthique, c'est-à-dire conçue sur des règles morales déontologiques. Le patient doit être considéré comme une personne à part entière, dans son corps, dans son intimité et dans son individualité et non un corps comme un objet, ou une pathologie.

Le respect de l'intimité est cité dans la déclaration des droits de l'homme de 1948 et reprise en 1950 par la Convention européenne des droits de l'homme. Puis, cette notion d'intimité s'étend au secteur de la santé vers 1980 avec le changement des dortoirs en chambres d'hospitalisation. Le respect de la dignité du patient exige également de la discrétion au sujet de son état et de son dossier, c'est le secret professionnel ou médical apparu en 1810 dans le code pénal et dans le code déontologique. « *Pour le patient, ce respect est donc un droit. Pour le soignant, c'est un devoir* » énoncé dans la Charte du patient hospitalisé depuis 1995.

⁶ NUSS Marcel, *La présence à l'autre*, 2ème édition, Editions Dunod, Paris, février 2008, p.34

⁷ NUSS Marcel, *op.cit.*, p.174

⁸ ANCET Pierre, *Intimité et dépendance*, Pratiques n° 61, avril 2013, p.50

Les trois différents types de relation

Dans la relation soignant/soigné, il existe trois niveaux de relation qui sont : la relation de soins, la relation d'aide, et la relation thérapeutique⁹.

- La relation de soins

Ce niveau de relation consiste à réaliser des soins, prescrire des traitements dans l'objectif d'optimiser le niveau de qualité de vie du patient tout en agissant sur sa douleur, ses besoins, et son confort. Cette relation se concentre essentiellement sur l'instant présent et sur les répercussions à court terme. Dans cette relation, on axe sur l'acte technique. Cet acte peut parfois être source d'échange d'informations entre le soignant et le patient, mais ne peut se substituer à la relation d'aide¹⁰.

- La relation d'aide

Elle consiste à aider le soigné, il y a la notion de soutien dans le temps, de façon régulière et prolongée dans ses difficultés et souffrances à travers les différentes étapes de guérison ou de rééducation. Ici, la relation d'aide est un savoir-être, le soignant est plus attentif à son bien-être, à ses attentes, et à son projet de vie. Cette relation d'aide implique une grande disponibilité, une bonne connaissance de soi, de ses attitudes et d'autrui, tout en utilisant les concepts d'empathie et de congruence. Pour cela, il s'agit d'être en position de neutralité, de bienveillance, d'écoute et de compréhension de l'objet de la souffrance du soigné¹¹.

De la relation d'aide découle la relation thérapeutique, elle-même une forme de relation d'aide.

⁹ FORMARIER Monique, *La relation de soins, concepts et finalités*, Recherche en soins infirmiers, n° 89, juin 2007, pp.33-42

¹⁰ FORMARIER Monique, op.cit., pp.33-42

¹¹ PHANEUF Margot, *la relation soignant-soigné- l'accompagnement thérapeutique*, 2^{ème} édition, Chenelière Education, juin 2016, 296 pages

- *La relation thérapeutique*

C'est un niveau de relation d'aide caractérisé par une écoute de ses attentes et de ses difficultés, par un soutien et par un accompagnement sur toute la durée de la prise en charge, qui se crée entre un thérapeute et un patient.

Pour que cette relation soit adaptée dans la durée et thérapeutique, il est nécessaire d'instaurer un cadre thérapeutique constitué d'une fréquence, d'une durée, d'une localisation de l'intervention, de la position des personnes, de la modalité d'intervention, de la confidentialité, de la règle de neutralité et d'une distance thérapeutique. La relation thérapeutique est dépendante de la personnalité et de la motivation des deux individus¹².

La distance thérapeutique

Dans la relation soignant-soigné, il est essentiel d'avoir une distance thérapeutique permettant à chacun une relation de confort et une aisance dans leur rôle, donc dans la relation. D'après P. ANCET, « *toute la difficulté consiste à ne pas neutraliser pour des raisons de « distance professionnelle » le contact et le bien-être qui peut en résulter. Il s'agit de garder un recul professionnel qui ne soit précisément pas distance, et puisse intégrer une certaine connivence* »¹³. Il n'existe pas de modèle de distance idéale, elle se définit par le thérapeute et le patient en fonction de l'histoire de chacun, de leurs motivations, et de leur conception de savoir-être et de savoir-faire. Cette relation est complexe puisqu'elle est dépendante de règles, de paramètres, et de conditions importantes à suivre pour permettre une relation de qualité entre deux personnes. Ainsi, « *une grande distance comme une trop grande proximité relationnelle peuvent constituer les défenses personnelles du thérapeute. Dans ce cas, il est important de les repérer et d'ajuster notre comportement. Il ne s'agit pas d'enfermer l'autre dans nos défenses. Ainsi nous pouvons*

¹² PHANEUF Margot, *la relation soignant-soigné- l'accompagnement thérapeutique*, 2^{ème} édition, Chenelière Education, juin 2016, 296 pages

¹³ ANCET Pierre, *Intimité et dépendance*, Pratiques n° 61, avril 2013, p.52

dire que la juste distance varie d'un moment à l'autre, et est en fonction des besoins du patient et de sa personnalité comme celle du thérapeute. »¹⁴.

II)B) Les mécanismes de défenses et mouvements transférentiels

Mécanismes de défenses

Il existe de nombreux facteurs pouvant influencer cette relation soignant-soigné. L'un d'entre eux étant la mise en place de mécanismes de défense, M. PHANEUF les explique comme des « *processus développés par le « moi », afin de nous protéger d'une situation douloureuse tant sur le plan physique que psychologique* »¹⁵. Les mécanismes de défense sont des processus qui fonctionnent avec différentes composantes de la personnalité. Les topiques freudiennes reprennent ces processus : la première topique définit le conscient, le préconscient et l'inconscient ; la deuxième topique est construite par trois parties : le « ça », le « moi » et le « surmoi ». Plus précisément, le « ça » désigne la pulsion et les instincts, il est la part la plus inconsciente de l'homme. Puis, le « moi », servant de médiateur entre le « ça » et le « surmoi » afin de trouver un équilibre entre les pulsions et la censure. Il est le raisonnement et la logique, il est en contact avec la réalité. C'est la partie considérée comme la plus consciente. Enfin, le « surmoi » se formant durant l'enfance et l'adolescence. Il constitue les interdits et les exigences parentaux, il forme une certaine censure. Pour conclure, les mécanismes de défense sont mis en place suite aux pressions exercées sur le « moi » par le « ça », le « surmoi » et les exigences externes (comme par exemple le stress d'une situation, l'anxiété...).

Selon, M. PHANEUF, il existe deux fonctions de mécanismes de défense, ceux qui « *favorisent l'adaptation* » et ceux servant de « *bouclier* »¹⁶. Les mécanismes de défense permettent une meilleure adaptation et une relation avec l'autre et servent également de

¹⁴ SIMMONET-GUEREAU Béatrice, *Construire la relation en ergothérapie, une histoire d'attachement ?* Etre ergothérapeute en psychiatrie, sous la direction de Florence KLEIN, Editions Eres, mai 2014, p.209

¹⁵ PHANEUF Margot, *Mécanismes d'adaptation chez le malade cancéreux*, www.prendresoins.org.

¹⁶ PHANEUF Margot, *Communication, entretien, relation d'aide et validation*, Chenelière éducation, novembre 2002, p.221

« bouclier » à la souffrance qui peut être induite des tensions internes et externes comme la fuite ou le déni.

« Toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques qui s'installant à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérable parce trop douloureuse. Ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques et inconscients, ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse et s'exacerbent dans les situations de crise et d'appréhension extrême. »¹⁷. Ces nombreux mécanismes de défense sont développés et listés par M. RUSZNIEWSKI dans le cas d'une situation de soin. (Cf. Annexe II)

Je développe plus précisément deux mécanismes de défenses, la projection et l'identification, notions qui m'interpellent plus particulièrement :

- *La projection*

La projection est une opération par laquelle l'individu projette dans le monde extérieur ses pensées, ses affects et ses désirs qu'il ne connaît pas ou qu'il dénie. Ainsi, il les attribue à autrui ou à des objets de son environnement. On distingue deux types de projection.

Premièrement, la « *projection primaire* » qui consiste à un établissement d'une distinction entre Soi et non-Soi en attribuant à l'extérieur les causes de sensations qu'on ne veut pas localiser en soi. Cette dernière n'a pas recours au refoulement qui est caractérisé par une « poussée hors de la conscience, par les forces de la résistance, d'une représentation incompatible avec le maintien du plaisir du sujet »¹⁸. Au contraire de la « *projection secondaire* » qui, elle nécessite des mouvements d'inhibition ou de refoulement, l'objet extérieur est donc submergé de haine projetée qui devient persécuteur¹⁹.

¹⁷ RUSZNIEWSKI Martine, *Face à la maladie grave*, Editions Dunod, mars 1999, p.15

¹⁸ Site des éditions Larousse : www.larousse.fr/dictionnaires/francais/refoulement/

¹⁹ BERGERET Jean, *Psychologie pathologiques-théorie et clinique*, Abrégés, 11^{ème} édition-Elsevier Masson, janvier 2012, pp.94-113

- *L'identification*

L'identification est une assimilation inconsciente, sous l'effet du plaisir libidinal et/ou de l'angoisse, d'un aspect de l'autre qui conduit le sujet à une transformation complète ou partielle sur le modèle de celui auquel il s'identifie. On distingue 3 types d'identifications²⁰. Premièrement, l'« *identification primaire* » visant à préciser l'identité narcissique du sujet. Deuxièmement, l'« *identification secondaire* » qui oriente à confirmer l'identité sexuelle de l'individu. Enfin, troisièmement, Freud décrit cette identification d'un sujet qui identifie ses propres objets aux objets d'autrui²¹. Ainsi, l'identification est un mode de relation au monde constitutif de l'identité²².

Il existe également les mouvements transférentiels pouvant influencer cette relation soignant-soigné.

Mouvements transférentiels

Les psychanalystes insistent sur la gestion émotionnelle des transferts et contre-transferts. En effet, selon Freud, « *l'attention flottante nécessite une neutralité bienveillante* », donc « *il s'agit de tenir de court le contre-transfert* ».

Le contre-transfert est une réponse du thérapeute qui concerne les « *sentiments du thérapeute vis-à-vis du malade* » selon Freud, face au transfert qui est un mécanisme inconscient du patient impliquant une reproduction de liens affectifs de l'enfance, tels que le lien maternel et paternel. Les réactions du patient répondent non au thérapeute mais aux figures de son inconscient. De même, le contre-transfert renvoie des réactions émotionnelles du thérapeute à l'égard du patient. En effet, le thérapeute peut voir à travers le patient une figure marquante de sa vie, et y émettre des émotions positives ou négatives destinées à cette figure, pouvant être source de problèmes équivalents à de l'agressivité, au rejet... Les attitudes inconscientes de contre-transfert positif et/ou négatif apportent une difficulté au thérapeute, car il peut ne pas en avoir conscience. P. BRIENT dit que la « *fuite*

²⁰ BERGERET Jean, op.cit., pp.94-113

²¹ FREUD in Bettelheim, 1984 cité par BERGERET Jean, Psychologie pathologiques-théorie et clinique, Abrégés, 11^{ème} édition-Elsevier Masson, janvier 2012, pp.94-113

²² BERGERET Jean, Psychologie pathologiques-théorie et clinique, Abrégés, 11^{ème} édition-Elsevier Masson, janvier 2012, pp.94-113

et l'établissement des mécanismes de défenses peuvent empêcher une position soignante »²³.

La relation s'inscrit dans un cadre, dans un contexte, dans un environnement spatio-temporel, et à partir d'une situation qui influencent directement sur la relation elle-même. C'est pourquoi le monde hospitalier instaure un cadre particulier, où les thérapeutes et les patients ont un rôle permettant une relation soignant/soigné.

Selon A. MANOUKIAN, la relation induit au minimum deux personnes qui se trouvent en communication. Dans le contexte du milieu hospitalier, la relation est souvent déterminée par les soins selon lui. De plus, il énonce divers supports qui permettent à l'être humain d'entrer en relation. A. MANOUKIAN dit que « *c'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation* »²⁴. En effet, à travers les échanges, il existe différents modes de communication.

II)C) La communication

D'après le Larousse, communiquer signifie « *transmettre à quelqu'un un savoir, un don, faire qu'il ait ce savoir, ce don, cette qualité, etc.* » et « *faire partager à quelqu'un un sentiment, un état, faire qu'il ait le même sentiment, qu'il soit dans le même état, etc.* »²⁵. Cette transmission, échange, partage, passe par une « action de mettre en relation, en liaison, en contact » deux personnes, un locuteur et un interlocuteur, ou un émetteur et un récepteur. En ce sens, la communication se fait donc entre deux personnes, on parle ainsi de communication réciproque.

Tous nos rapports humains sont centrés sur la communication. Elle est au cœur de nos interactions avec le patient. La présence du soignant mène à un accompagnement thérapeutique durant la relation d'aide et la relation thérapeutique. Cet accompagnement permet de comprendre, soutenir et de suivre le patient durant la période de ses soins : « *le*

²³ BRIENT Pierrick, *Du regard à la parole : la relation soignant-soigné en psychiatrie*, Cahiers de psychologie clinique n° 28, avril 2007, pp.61-68

²⁴ MANOUKIAN Alexandre, MASSEBOEUF Anne, *La relation soignant-soigné- 3^{ème} édition*, Editions Lamarre, octobre 2008, p.9

²⁵ Site des éditions Larousse : www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication

thérapeute n'est pas quelqu'un qui agit contre une maladie mais un sujet qui accepte de s'engager dans une communication profonde avec une personne qui souffre »²⁶. Le programme de formation d'ergothérapeute fait de la communication et de la relation avec le patient, son entourage et l'équipe soignante, une des compétences importantes à acquérir.

En effet, communiquer est un des besoins fondamentaux de l'être humain pour vivre en collectivité avec ses semblables, pour pouvoir satisfaire ses besoins et répondre aux nécessités de la vie. Lorsque ces échanges sont harmonieux et clairs, le quotidien est agréable et constructif. Sinon des difficultés relationnelles surviennent et peuvent avoir des conséquences sur le lien à créer, cela peut être le cas dans la relation soignant-soigné. La communication peut être également difficile voire impossible. Dans ce cas, l'accompagnement thérapeutique durant la prise en charge est affecté. C'est la qualité de la communication qui permet de créer ce lien significatif qui pourra soutenir les patients au cours de leur expérience de maladie et de rémission.

La communication est un phénomène complexe d'échanges entre les individus leur permettant de faire connaître leurs perceptions, pensées et ressentis. Ce phénomène part d'un émetteur (une personne) qui transmet un message (une information) à un récepteur (une autre personne). Ce dernier donnera ensuite une réponse en retour appelée rétroaction. Ainsi, communiquer c'est transmettre, échanger avec l'autre en faisant appel à la parole, également appelée canal verbal, ou au contraire à la gestuelle et les mimiques qui sont des expressions faciales qui constituent le canal non-verbal.

Dans nos échanges, nous pouvons être confrontés aux éléments dits « parasites » qui déforment les intentions de nos propos, nos informations transmises, et qui peuvent être perçus autrement par le récepteur, mettant en confusion les interlocuteurs. Et à l'inverse, nous risquons d'entendre autre chose, et comprendre autrement ce que l'émetteur tente de nous communiquer. Dans ce processus communicationnel, les éléments « parasites » peuvent être liés à nos comportements, à nos attitudes et nos pensées.

La communication est la base de toute relation avec autrui et elle intervient dans tout contexte. Elle compte trois différents niveaux d'interactions dans nos dialogues²⁷ :

²⁶ OURY Jean, cité dans *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation*, sous la direction de Hélène HERNANDEZ, Editions Solal, juin 2007, p.53

²⁷ BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle, *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*, Breal, mai 2003, p.45

- *La communication verbale*

Le verbal s'opère par le langage avec du son et du sens pour une collectivité donnée. Ainsi, la parole est un moyen de communiquer verbalement, comme le cri par exemple, pour exprimer oralement nos idées, nos sentiments, nos souhaits, nos besoins, et nos plaintes. La langue que nous utilisons est un langage parmi d'autres, elle est en fonction de la culture de la personne.

La communication verbale est sous-tendue par deux autres niveaux de communication.

- *La communication infra-verbale*

Egalement appelée communication subverbale, elle est composée d'éléments qui structurent le discours, le message, et qui sont essentiels pour une bonne compréhension chez le récepteur tels que : l'intonation, le rythme d'expression, l'accent éventuel, le volume, le souffle, les rires, les pleurs, etc.

Ces éléments peuvent pallier le manque de communication verbale, parfois à l'origine de quiproquos.

Néanmoins, la majeure partie de la transmission d'un message passe par la communication non verbale. En effet, l'ensemble d'un message compte 7% de parole, 38% d'intonation et 55% de langage gestuel²⁸.

- *La communication non-verbale*

La communication non-verbale est édictée par le langage du corps, qui exprime généralement de manière inconsciente des informations, traduisant notre état d'esprit intérieur. C'est un miroir de notre psychisme. En effet, la communication non-verbale est sincère, car elle n'est pas contrôlable, à l'inverse de la communication verbale et infra-verbale.

Cette communication est également composée d'autres éléments : les expressions faciales (mimiques, froncements des sourcils, du front, clignotements des yeux, le sourire...) démontrent des émotions, le regard complète la parole, et habille notre visage pouvant

²⁸ BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle, *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*, Breal, mai 2003, p.45

amener la confiance ou au contraire de la méfiance, une gêne, un mensonge. Les gestes et les postures peuvent être signifiants et qualificateurs de certaines pensées. La proxémique, définie par le Larousse, est l'« *étude de l'utilisation de l'espace par les êtres animés dans leur relation, et des significations qui s'en dégagent* »²⁹ joue également un rôle essentiel dans la relation. Elle permet d'instaurer une certaine distance par l'utilisation de l'espace par la personne et représente une extension de son corps qu'elle partage plus ou moins avec autrui.

Ainsi, B. SIMMONET-GUEREAU formule que « *entre communication verbale et non verbale, échanges sensoriels, cognitifs et affectifs, [le thérapeute] peut user d'une large palette de langages selon les capacités et les besoins du patient* »³⁰. La communication est la base de la relation. Malgré tout, il ne suffit pas seulement de communiquer pour créer une relation soignant/soigné, il est également nécessaire d'adopter des attitudes de communication indispensables à toute bonne relation. En effet, « *la parole n'est pas toujours présente ; beaucoup de choses se comprennent, se ressentent et se partagent quelquefois en silence* »³¹.

II)D) Les attitudes de communication dans le milieu du soin

Une attitude est définie par le Larousse comme étant une « *manière de tenir son corps, position qu'on lui donne ; posture* » et une « *manière d'être qui manifeste certains sentiments ; comportement* »³². Elle fait à la fois référence à l'état du corps dans la position spatio-temporelle, mais également à l'état d'esprit, qui amènent à un comportement. Ce comportement est une réponse stimulée par l'environnement extérieur et qui est dirigée vers un objet ou une situation rencontrée. Cette réponse peut être parfois inconsciente, puisque notre corps est le reflet de notre psychisme, reflétant par exemple nos douleurs par des grimaces. Le thérapeute doit donc être vigilant, en avoir connaissance, pour mieux les

²⁹ Site des éditions Larousse : www.larousse.fr/dictionnaires/francais/proxémique

³⁰ SIMMONET-GUEREAU Béatrice, *Construire la relation en ergothérapie, une histoire d'attachement ?* Être ergothérapeute en psychiatrie, sous la direction de Florence KLEIN, Editions Eres, mai 2014, p.205

³¹ NOMDEDEU Sylvie, *Les soignants et le secret*, Soins pédiatrie-puériculture n° 191, novembre-décembre 1999, p.31

³² Site des éditions Larousse : www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attitude

gérer face au patient. L'attitude est avant tout propre aux valeurs, à la culture, à l'histoire et au savoir-être. Freud affirme que les « *acteurs se rassemblent autour d'un idéal qui consiste à soigner, à aider d'autres individus et à mettre en œuvre des moyens permettant de réaliser ce projet. Chaque soignant est animé par un désir de soigner, désir singulier, lié à sa personnalité, son histoire, sa formation.* »³³.

Les attitudes de communication sont amplement utilisées dans le milieu de soin, elles permettent d'établir une relation de confiance de qualité et adaptée au patient. Ces outils induisent également une évolution de la relation, essentielle pour l'avancée de la prise en charge du patient. Ces attitudes se construisent à travers l'expérience humaine. Ces attitudes de communication sont notamment :

- *l'empathie*

De façon courante l'empathie est définie comme une « *faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent* »³⁴. D'après, Carl ROGERS, l'empathie est une attitude nous permettant d'entrer dans le monde de l'autre sans pour autant se mettre à sa place, mais pour comprendre les émotions et sentiments : « *Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui, « comme si » on était cette personne, sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, « comme si »* »³⁵.

Pour cela, il faut appliquer une certaine distance avec autrui, afin qu'on ne soit pas submergé par l'autre et « devenir » l'autre. La difficulté d'être empathique, est d'allier la compréhension et même de ressentir des émotions, des sentiments, des pensées semblables à l'autre, sans les confondre avec ses propres émotions. Au près d'un patient il est nécessaire de ne pas oublier nos perceptions, de mettre de côté nos représentations personnelles afin d'entrer dans le monde du patient sans émettre de jugements. Le thérapeute doit donc adopter une bonne attitude et une distance adaptée face au patient qui se sentira accompagné, écouté, mis en confiance.

³³ BRIENT Pierrick, *Du regard à la parole : la relation soignant-soigné en psychiatrie*, Cahiers de psychologie clinique n° 28, avril 2007, pp.61-68

³⁴ Site des éditions Larousse : www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie

³⁵ MAQUET Anne, BIOY Antoine, *Se former à la relation d'aide : Concepts, méthodes, applications*, Paris, Editions Dunod, juillet 2007, p. 57

- *l'authenticité*

Dans la relation thérapeutique, le concept d'authenticité est défini comme étant « *la capacité de l'aidant à demeurer strictement lui-même au cours de la relation avec l'aidé* »³⁶. B. SIMMONET-GUEREAU, parle d'« *une grande sensibilité qui nous rend capables d'entendre, de percevoir l'autre et ses besoins tout en écoutant ce qui se passe à l'intérieur de soi. Elle consiste à identifier nos propres ressentis pour différencier ce qui nous appartient de ce qui se passe dans le contre-transfert. Elle implique d'être en capacité de recevoir et de traverser des mouvements affectifs intenses. L'authenticité consiste alors à communiquer son ressenti lorsqu'il peut être utile au processus thérapeutique du patient.* »³⁷.

- *l'écoute*

« *Le point de vue du patient est essentiel...ce n'est pas le regard mais l'écoute qui prévaut...* »³⁸ note Freud, cité par M. DELHAYE et F. LOSTRA.

Selon Carl ROGERS, l'écoute est une technique qui est le point de départ pour aider une personne à sortir de ses difficultés³⁹. En somme, l'écoute est souvent synonyme de disponibilité dans le temps. Il est donc nécessaire d'être dans une posture d'écoute active pour entrer en relation avec la personne qui se trouve face à nous. L'écoute c'est être attentif, porter attention, tenir compte d'un son, une musique, une personne, pour pouvoir le comprendre et l'accepter ou non. L'écoute thérapeutique est différente de l'écoute quotidienne auprès des parents, des amis, des enseignants, car celle-ci nécessite une attention et une implication bien particulière, et surtout une disponibilité du thérapeute, indispensable pour instaurer une relation de confiance. Il existe trois niveaux d'écoute :

³⁶ Recherche en soins infirmiers, la relation d'aide : <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/les-sept-concepts-de-la-relation-daide/>

³⁷ SIMMONET-GUEREAU Béatrice, *Construire la relation en ergothérapie, une histoire d'attachement ?* Etre ergothérapeute en psychiatrie, sous la direction de Florence KLEIN, Editions Eres, mai 2014, p.207

³⁸ FREUD in Bettelheim, 1984 cité par DELHAYE Marie et LOTSTRA Françoise, *Soignants...soignés, un rapport complexe*. Une réflexion « chemin faisant quant au statut émotionnel du soignant, Cahiers de psychologie clinique n° 28, avril 2007, pp.49-59

³⁹ MAQUET Anne, BIOY Antoine, *Se former à la relation d'aide : Concepts, méthodes, applications*, Paris, Editions Dunod, juillet 2007, p. 57

- Le premier niveau d'écoute consiste à un monologue du patient, le thérapeute est donc en position d'écoute. Dans cette situation, le patient a seulement besoin de parler et de se confier. Donc, « *je lui montre ma disponibilité à l'écouter et à recevoir sa souffrance* »⁴⁰.
- Le deuxième niveau d'écoute est l'observation du langage infra et non-verbal. Puis, de relever les gestes, les postures et les attitudes tenues par le patient qui sont à l'origine d'une grande partie du message non-verbalisé.
- Le troisième et dernier niveau d'écoute s'intéresse cette fois-ci au thérapeute lui-même, qui analyse ses propres émotions, pensées et sentiments suscités lors du discours du patient. Cela lui permet une prise de conscience de ses propres ressentis à l'égard du patient, pouvant être à l'origine d'un contre-transfert et d'y faire face.

La relation soignant-soigné revêt une grande importance dans la qualité des soins. Elle conditionne la bonne prise en charge du patient et l'instauration d'un climat de confiance. Cette relation est inconstante entre deux mêmes personnes dans le temps et elle est différente d'une personne à l'autre. Le soignant et le patient doivent donc être capables de s'adapter aux relations. Le thérapeute doit répondre le mieux possible aux besoins du patient, en le laissant « *cheminer tout en l'assurant de son soutien et de son écoute et tenter de l'aider à vivre au cœur de ce présent, en restituant à ce temps sa valeur, son amplitude et son intensité* »⁴¹. Cette relation passe indéniablement par l'instauration d'une relation de confiance qui permettra d'établir une alliance thérapeutique. En effet, il faut que « *le patient ne vive pas l'entrée de l'ergothérapeute dans son intimité comme une intrusion, que le patient ait confiance en son thérapeute et l'ait accepté comme tel, et en outre que l'ergothérapeute sache respecter une distance professionnelle, sans rejeter le patient et son corps au rang d'objet. L'ergothérapeute doit faire sentir au patient qu'il le considère comme une personne à part entière. Pour cela, l'ergothérapeute doit simplement être*

⁴⁰ SIMMONET-GUEREAU Béatrice, *Construire la relation en ergothérapie, une histoire d'attachement ?* Être ergothérapeute en psychiatrie, sous la direction de Florence KLEIN, Editions Eres, mai 2014, p.199

⁴¹ RUSZNIEWSKI Martine, *Face à la maladie grave*, Editions Dunod, mars 1999, p.17

naturel et ne pas trop formaliser cette activité. »⁴². Pour conclure cette première partie conceptuelle, j'ai choisi une citation de B. SIMMONET-GUEREAU qui résume l'objectif de la relation soignant-soigné : « le mode de relation et de communication de l'ergothérapeute s'inscrit pleinement comme outil thérapeutique ; dans son mode relationnel il doit choisir entre neutralité et authenticité, non-directivité et suggestion, entre distance et proximité, toujours pour une meilleure autonomisation du sujet »⁴³, tout en se remettant en question sur ses émotions, ses attitudes, ses comportements et ses limites.

III) La situation de handicap

III)A) Le handicap

Le terme handicap n'a pas de définition univoque et a évolué au fil du temps. On distingue la maladie et l'accident qui sont à l'origine du handicap de la personne concernée, qui est soit définitif soit temporaire. Cette notion de handicap est définie par l'incapacité d'une personne à effectuer certaines activités de la vie quotidienne. Des répercussions se présentent alors dans son environnement non adapté et sur ses interactions sociales en raison de déficiences motrices, cognitives, psychiques, ou sensorielles.

De nos jours, le handicap constitue « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* »⁴⁴.

⁴² RICHOU Estelle, *Rencontre entre plusieurs intimités dans le milieu du soin : intimité de l'ergothérapeute et intimité du patient*, juin 2008, Revue Ergothérapies n° 30 pp. 33-45

⁴³ SIMMONET-GUEREAU Béatrice, *Construire la relation en ergothérapie, une histoire d'attachement ?* Etre ergothérapeute en psychiatrie, sous la direction de Florence KLEIN, Editions Eres, mai 2014, pp.204-205

⁴⁴ Article L.114 du Code de l'Action Sociale et des Familles : www.legifrance.gouv.fr

III)A)1) Historique

Infirmes, invalides, aliénés, anormaux, déficients, paralytiques... durant des années, les personnes concernées étaient définies par des mots péjoratifs. Ainsi, un jour le terme «Handicap» s'est imposé et provient du terme anglais « *hand in cap* » qui signifie la main dans le chapeau, qui fait référence à un système de troc d'objets pratiqué au XVIème siècle en Grande-Bretagne. Cela consiste à un échange de biens, dont leur valeur est contrôlée par un arbitre appelé « *handicapper* », pour assurer une égalité des chances entre les différents joueurs. La somme correspondant à la différence de valeur entre les deux objets était déposée par ce dernier dans un chapeau pour compenser cet écart. En 1957, ce mot anglais devenu « handicapé » apparaît officiellement dans les textes de loi français, et est souvent associé au mot « travailleur ». Cette dénomination est ensuite utilisée dans le monde de l'hippisme, lors d'une compétition où des chevaux de calibres différents concourraient ensemble, les meilleurs jockeys étaient imposés de difficultés supplémentaires, c'est-à-dire un lest appelé « handicap », afin de rétablir un équilibre de chances entre les différents concurrents, pour offrir un sort égal à la victoire. Ce système sera ensuite déployé vers d'autres sports. Le terme handicap prend une nouvelle perspective en 1980, il correspond aux individus qui sont dans l'incapacité d'assurer et d'accéder à un rôle et à une vie sociale normale à cause de leurs déficiences⁴⁵. Il sera ensuite transformé en « personne handicapée ».

Philip WOOD propose une définition du handicap en 1980 qui le clarifie avec une classification internationale des altérations, invalidités et handicaps à partir de trois concepts : la déficience, l'incapacité et le handicap⁴⁶. Le handicap constitue le désavantage social. Progressivement, une vision du handicap placée sous le primat du médical, s'élargit à une conception plus collective intégrant la dimension sociale. C'est-à-dire que la notion de handicap n'est plus seulement focalisée sur la personne infirme, invalide, mais qu'elle inclue également le cadre de vie. Le handicap est envisagé en fonction des conditions de vie de la personne et des obstacles qui contribuent à limiter sa participation sociale⁴⁷.

⁴⁵ HAMONET Claude, *Les personnes en situation de handicap, que sais-je ?* 6ème édition, PUF, janvier 2010, 127 pages

⁴⁶ HAMONET Claude, *op.cit.*, 127 pages

⁴⁷ PERNET Christophe, SAVARD Dominique, *Travailleurs handicapés en milieu ordinaire - Des Outils pour mieux les accompagner*, Editions Eres, août 2009, pp.30-31

En 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) va ensuite proposer une nouvelle classification inspirée du courant bio-psycho-social, où l'aspect personnel et social se rajoutent. Cela prend en considération les facteurs environnementaux, qui peuvent créer une situation de handicap de par un environnement inadapté et non seulement la déficience elle-même. Ainsi, on parle aujourd'hui de « personne en situation de handicap ». Cet ajout des dimensions sociale et environnementale autour du handicap sera confirmé et officialisé en 2005 avec la loi « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ». Ainsi cette périphrase neutre et non péjorative, ne désigne plus l'identité des personnes atteintes d'un handicap, mais élargit la notion de handicap à tout individu pouvant éprouver une difficulté à accomplir une tâche dans un contexte donné, plaçant donc la personne concernée dans une situation de difficultés, donc « en situation de handicap ».

Définition de l'OMS

La définition du handicap selon l'OMS comprend trois dimensions qui révèlent des composantes du handicap :

– La déficience : « *Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.* »⁴⁸

– L'incapacité : « *Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain.* »⁴⁹

– Le désavantage : « *Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit*

⁴⁸ Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), du handicap et de la santé – édité par l'OMS en 2001

⁴⁹ CIF, op.cit.

l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. »⁵⁰

Classification du handicap

Actuellement, on retrouve cinq grandes familles de handicap entraînant des situations de handicap :

- Déficiences motrices : provoquant des atteintes corporelles partielles ou totales des membres supérieurs et/ou inférieurs, altérant la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir, réduisant l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne. La déficience motrice peut être due à une atteinte du système nerveux central ou périphérique, ainsi que d'une atteinte des muscles ou du squelette.
- Déficiences psychiques : qui sont dues à un ensemble de pathologies psychiatriques altérant la personnalité et le comportement et pouvant avoir un retentissement fonctionnel dans la vie de la personne, et entraîner de ce fait un handicap psychique.
- Déficiences intellectuelles : qui sont des limitations des capacités d'apprentissage et de développement intellectuel, également appelé retard mental. Il y a altération de la capacité de réflexion, de conceptualisation et de communication réduisant la capacité d'autonomie.
- Déficiences sensorielles : qui impliquent le plus souvent les domaines visuels et auditifs. Elles altèrent la qualité et/ou l'intensité des perceptions amenant à des difficultés de mobilité, d'équilibre, d'orientation et de communication.
- Les maladies invalidantes : qui regroupent toutes les maladies respiratoires, digestives, parasitaires, infectieuses, cardiaques, ...etc.

« La progression de la notion de handicap au cours des dernières années est concomitante avec des mesures législatives qui ont permis d'optimiser les conditions de vie des personnes en situation de handicap. »⁵¹

⁵⁰ CIF, op.cit.

⁵¹ PERNET Christophe, SAVARD Dominique, *Travailleurs handicapés en milieu ordinaire - Des Outils pour mieux les accompagner*, Editions Eres, août 2009, p.34

III)A)2) Droit des personnes en situation de handicap

Parmi les nombreuses lois qui ont permis aux personnes handicapées d'obtenir un statut légal et des droits, les lois du 23 novembre 1957, du 30 juin et 11 juillet 1975, du 10 juillet 1987 et du 11 février 2005 sont celles les plus essentielles et auxquelles les professionnels se réfèrent aujourd'hui. (Cf. Annexe III)

La loi du 11 février 2005, prend en compte pour la première fois les pathologies d'origine psychique et définit plus exhaustivement le handicap, ce qui est une avancée majeure dans la reconnaissance des droits des personnes handicapées. Cette orientation politique implique une accessibilité générale pour tous les domaines de la vie sociale (éducation, emploi et transports), le droit à la compensation des conséquences du handicap, une participation et une proximité mis en œuvre par la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

III)B) Travailleurs handicapés

Définition

Au sein des multiples lois, celle du 11 février 2005 fixe la première définition du travailleur handicapé : « *Toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou de plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.* »⁵². En outre, elle inclut une liste de bénéficiaires de l'obligation d'emploi plus complétée. (Cf. Annexe IV)

Chiffres du handicap

En octobre 2002, selon une étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) sur les personnes handicapées ou dépendantes en France (tous types d'incapacités), les résultats révèlent que plus d'un français sur quatre souffrent d'une

⁵² Article L.5213-1 du Code du Travail : www.legifrance.gouv.fr

incapacité, d'une limitation d'activité ou d'un handicap, c'est-à-dire 26,4% des français, soit 11 840 208 individus.

Aujourd'hui, en France, ces chiffres ne cessent de croître, car certains handicaps se manifestent dès la naissance ou durant l'enfance, ou encore sont liés au vieillissement de la population. On ajoute à cela, les accidents de la vie tels que les accidents de voiture, sportifs, du travail. Ces accidents représentent 85% des causes de situations de handicap. Ainsi, le nombre de personnes en situation de handicap augmente, notamment avec les maladies professionnelles (17 489 en 1999 contre 34 642 en 2003).

Selon le tableau de bord national concernant l'emploi et le chômage des personnes en situation de handicap dans la France entière (bilan du 1er trimestre 2016) de l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés (AGEFIPH), on compte :

- 66 380 602 habitants en France ;
 - 27 108 500 actifs en emploi ;
 - 5 767 213 demandeurs d'emploi tout public, dont 8,4% qui sont en situation de handicap.
- D'après ces chiffres, on s'aperçoit que les personnes handicapées représentent plus de 8% de l'ensemble des demandeurs d'emploi, soit 486 258 individus. Ce chiffre continue de progresser (+5,3% en un an).

III)C) Ergothérapie

Historique de l'ergothérapie

Les bienfaits de l'activité sont reconnus depuis l'antiquité. En 1786, Pinel, psychiatre à la Salpêtrière, introduit la notion de traitement par le travail et édite un ouvrage en 1801 promouvant l'activité dans la guérison⁵³. C'est à partir de 1900, en Amérique du Nord, que les psychiatres américains s'inspirent des théories de Pinel et définissent l'activité comme thérapie, donnant ainsi naissance à l'ergothérapie. Elle apparaît en France peu de temps

⁵³ DETRAZ Marie-Christine et collaborateurs, *Ergothérapie* – Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Editions Techniques, 1992

après et se développe dans le domaine de la médecine physique après les deux guerres mondiales, et c'est à partir de 1945 que l'ergothérapie en psychiatrie se développe considérablement suite à l'apparition de la psychothérapie institutionnelle. Ce n'est que dans les années 1970 que l'environnement humain, architectural et matériel apparaît comme un élément primordial dans la santé du patient, introduisant ainsi le concept de handicap. L'ergothérapie prend alors tout son sens, mettant en lien le patient, son environnement et l'activité⁵⁴.

Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapie est une profession de santé qui se pratique sur prescription médicale au sein d'une équipe interdisciplinaire. Etymologiquement, dans ergothérapie nous trouvons thérapie et ergo : thérapie vient du grec « *therapia* » qui signifie soins et ergo est tiré du grec « *ergon* » qui signifie activité, ouvrage, travail.

De ce fait, l'ergothérapie se définit comme une thérapie par l'activité. L'ergothérapeute utilise l'activité comme moyen thérapeutique, comme technique de soins et comme support de la relation. Cette profession est régie par le décret du 21 novembre 1986 d'après lequel les ergothérapeutes contribuent « *au traitement des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle* »⁵⁵. Ainsi, l'ergothérapeute fonde sa pratique sur le lien entre la santé et les activités de la vie quotidienne. En effet, l'objectif de l'ergothérapie est de prévenir, réduire voire supprimer les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie, des besoins et des capacités/incapacités des personnes et de leur environnement. C'est dans le cadre d'une relation thérapeutique et par l'intermédiaire d'activités adaptées que l'ergothérapeute intervient. Il accompagne la personne en situation de handicap en identifiant ses difficultés, en optimisant une récupération optimale de leurs capacités fonctionnelles physiques et psychiques, en adaptant les activités de rééducation à leurs limites et à leur potentiel, pour les transposer et se réinvestir dans leurs activités de la vie

⁵⁴ ANFE, site officiel de l'ergothérapie et des ergothérapeutes : www.anfe.fr

⁵⁵ DETRAZ Marie-Christine et collaborateurs, *Ergothérapie* – Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Editions Techniques, 1992

quotidienne, afin de favoriser l'autonomie et la participation de la personne dans son milieu de vie en toute sécurité et de façon satisfaisante. Pour cela, il préconise également des aides techniques, des aides humaines, des aides animalières et adapte le matériel.

L'ergothérapie peut aussi permettre de prévenir un problème ou d'en réduire les effets. L'ergothérapeute participe aux actions de promotion de la santé, de prévention ou d'enseignement concernant les populations à risque de perte d'autonomie.

Ergothérapeute en situation de handicap

Je n'ai pu développer davantage la spécificité de la relation thérapeutique lorsque l'ergothérapeute est en situation de handicap. La bibliographie (ouvrages, articles, enquêtes...) manquant est une des limites que j'ai rencontrées durant mon mémoire ; je l'explicitai plus en détails dans ma discussion. J'ai également sollicité l'Association Nationale Française des ergothérapeutes pour avoir les chiffres des ergothérapeutes en situation de handicap en France qui ne les avait pas et qui m'a redirigé vers la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, qui publie chaque année des données démographiques des professionnels de santé et paramédicaux qui ne m'a pas répondu.

Pour rappel, le thème de mon mémoire se porte sur la place du handicap de l'ergothérapeute dans la relation thérapeutique avec le patient.

En quoi la situation de handicap de l'ergothérapeute influence-t-elle sur la relation avec le patient ?

Cette problématique m'a guidée tout au long de ma partie conceptuelle. En effet, la rédaction de cette première partie m'a permis de rechercher et de définir mes concepts qui sont en lien avec la relation ergothérapeute-patient lorsque le professionnel est lui également en situation de handicap.

Suite à cela, j'ai décidé de m'intéresser plus particulièrement aux mécanismes de défenses qui interviennent dans la relation. Ainsi, les mécanismes de défenses apparaissent comme une piste pour élaborer une hypothèse répondant à ma problématique, et sur laquelle j'ai réalisé une démarche d'enquête.

CADRE DE RECHERCHE

J'ai donc choisi d'utiliser pour mon enquête de terrain, comme outil de recherche, l'entretien individuel. Les données ainsi recueillies seront analysées et confrontées au cadre conceptuel et à mon hypothèse suivante :

La situation de handicap de l'ergothérapeute accentue les phénomènes d'identification et de projection dans la relation avec le patient.

L'enquête suivante a été élaborée afin de répondre à la problématique en validant ou non mon hypothèse, et de compléter le cadre conceptuel par un apport pratique. Je présenterai d'abord toute la méthodologie qui m'a conduite à la réalisation de l'enquête, puis je présenterai les résultats obtenus. Enfin, j'analyserai et j'interpréterai ces résultats, afin d'étayer une discussion et de retenir les grandes idées du mémoire.

I) Méthodologie d'enquête

I)A) Objectifs de l'enquête

Après avoir effectué mes recherches théoriques, il m'a paru nécessaire de réaliser un travail d'enquête sur le terrain. En effet, afin de soumettre mon hypothèse à ma problématique, il est indispensable de confronter la théorie avec la réalité des prises en charges ergothérapeutiques. Ma démarche de recherche consiste donc à valider ou invalider mon hypothèse auprès d'ergothérapeutes.

Le but de cette étude est de :

- Déterminer les mécanismes de défenses et les phénomènes transférentiels mis en jeu dans la relation soignant-soigné lorsque le professionnel de santé est en situation de handicap.
- Comprendre l'influence de la situation de handicap de l'ergothérapeute sur le relationnel avec le patient par rapport à un ergothérapeute dit « valide ».

- Questionner si le handicap de l'ergothérapeute le met en situation de handicap dans la relation avec son patient ou non.

I)B) Population cible de l'enquête

Le choix de la population de mon enquête se porte sur les ergothérapeutes en France. Concernant l'échantillonnage, j'ai défini deux catégories de personnes que j'estime en position de répondre à mes questions : des ergothérapeutes avec une situation de handicap et des ergothérapeutes dits « valides ». Pour cela, je suis partie sur une taille d'échantillon : $n=4$ ergothérapeutes, avec des variables, c'est-à-dire deux avec une situation de handicap ($x_1=2$ ergothérapeutes handicapés) et deux sans handicap ($x_2=2$ ergothérapeutes valides travaillant avec des collègues en situation de handicap). Ceci me permettra d'avoir une meilleure compréhension, en ayant deux positions complémentaires, sur l'influence ou non du handicap dans la relation thérapeutique avec le patient.

Pour une enquête efficace avec une population bien ciblée, j'ai émis des critères d'inclusion et d'exclusion dans cet échantillon, pour éviter les biais méthodologiques :

- Les critères d'inclusion sont les suivants : ergothérapeutes diplômés et salariés de structures de soins.
- Les critères d'exclusion sont les suivants : ergothérapeutes non diplômés ou non-salariés, ergothérapeutes libéraux, ergothérapeutes travaillant en psychiatrie. En effet, en travaillant au domicile de la personne, dans son environnement, la relation soignant-soigné n'est pas la même que dans une structure médicale et de rééducation. De même en psychiatrie, où les patients ayant des troubles psychiques ont un rapport aux autres différent, les soignants ont une approche relationnelle spécifique différente.

Afin de constituer mon échantillon de professionnels, j'avais réalisé un questionnaire de pré-enquête pour tester la fiabilité de mon sujet de recherche auprès de professionnels de santé avec un handicap ou ayant travaillé avec un collègue présentant un handicap. Parmi les 36 réponses obtenues, il y avait 33 ergothérapeutes, dont 21 qui m'avaient laissé leurs coordonnées afin de les recontacter par la suite si besoin. Parmi eux, il y avait six

ergothérapeutes en situation de handicap, dont 5 qui faisaient partie de mes critères d'inclusion. Egalement, parmi les 13 ergothérapeutes dits « valides », 9 faisaient partie de mes critères d'inclusion.

J'avais donc, à ce stade, potentiellement 14 ergothérapeutes auprès desquels mener mon enquête.

Pour le consentement de participation à mon enquête, j'ai utilisé la méthode directe. J'ai contacté les 14 ergothérapeutes potentiels par mail et je leur ai demandé leurs accords de participation à mon enquête avec enregistrement. J'ai obtenu seulement 3 réponses positives. J'ai alors demandé à un de mes tuteurs de stage d'y participer. Ainsi, j'ai pu effectuer 4 entretiens.

1)C) Choix et construction de l'outil d'investigation

Le choix de l'outil d'investigation se dirige sur des entretiens semi-dirigés qui sont en lien avec ma problématique. L'entretien semi-dirigé est défini par une collecte de données cadrée, qui oriente la personne interrogée vers les thèmes prédéfinis par mes objectifs, et qui lui laisse une liberté d'expression, ce qui contribue au développement de connaissances. Durant l'entretien, je dois opter pour une position neutre et empathique afin de saisir de plus amples informations nourrissant mon enquête. De plus, cette attitude n'influencera pas les réponses de la personne interrogée, donc ne biaisera pas les résultats de ma démarche d'enquête. Les données de ces entretiens recherchées seront qualitatives.

Les procédures méthodologiques à mettre en place sont : un questionnement en amont concernant les objectifs recherchés de cet outil d'investigation, et sur la population cible intéressante en rapport avec l'objet de recherche du mémoire avec les critères d'inclusion et d'exclusion. Ensuite, une réflexion sur l'élaboration du guide d'entretien avec quelques questions signalétiques au début afin de cerner la personne interrogée, son cadre de travail et son expérience professionnelle. Puis, je les laisse s'exprimer librement avec des questions ouvertes pertinentes et neutres qui représentent les différents thèmes de mon mémoire : relation soignant/soigné, mécanismes de défenses, attitudes du thérapeute, situation de handicap.

Afin de réaliser l'enquête, je suis partie des objectifs fixés pour construire un guide d'entretien. Sachant que l'entretien est semi-directif, il me fallait cadrer les 5 questions et les centrer sur différents aspects du thème. Au vu des deux sous-populations que j'ai ciblées, j'ai dû nuancer différemment les 5 questions selon que l'ergothérapeute interviewé est en situation de handicap ou « valide ayant travaillé avec un collègue en situation de handicap ». (Cf. Annexe V)

Ces entretiens seront enregistrés et retranscrits mot pour mot sans modification ou rajout de contenu. Cette retranscription sera étudiée et analysée par thématiques principales et secondaires avec des fréquences d'apparition, afin d'avoir des données exploitables pour valider ou invalider mon hypothèse de recherche et donner des pistes de discussion et d'ouverture. Pour cela, j'exploiterai mes résultats pour les distribuer dans des catégories permettant une analyse quantitative des occurrences et des relations entre les termes.

J'ai passé ces entretiens par vidéo-conférence. Les entretiens ont duré environ 20 minutes.

l)D) Limites de l'enquête

Etant donné le sujet de mon travail, j'ai décidé de ne m'entretenir qu'avec des ergothérapeutes, cependant je n'en ai interrogé que quatre. Certes, elles m'ont permis de compléter l'apport théorique de mon travail, mais il est possible que si j'avais rencontré davantage de personnes, j'aurais probablement apporté plus d'informations à mes analyses et mes conclusions, et j'aurais peut-être même mis en avant d'autres facteurs. De plus, quatre entretiens ne vont pas répondre de façon objective à ma problématique et à mon hypothèse, ce nombre n'étant pas réellement représentatif de la population d'ergothérapeutes en France. La recherche de ces ergothérapeutes volontaires a été difficile, car le nombre d'ergothérapeutes en situation de handicap est faible et ils n'étaient pas tous basés sur l'Ile-de-France. Les entretiens téléphoniques ne m'étant pas accessibles à cause de ma surdité, j'ai dû les réaliser par vidéo-conférence. Malgré tout, ceci s'est avéré compliqué pour moi, j'ai toutefois pu en tirer des informations significatives pour mon enquête. Concernant la retranscription des entretiens, j'ai dû demander l'aide d'une tierce personne pour les mêmes raisons.

En ce qui concerne mon guide d'entretien, avec du recul, je pense que la manière dont certaines questions sont posées influe sur la réponse donnée par l'ergothérapeute, en effet,

par les contradictions et répétitions que j'ai pu relever dans la retranscription de mes entretiens je me suis aperçue qu'il était difficile de répondre à certaines de mes questions qui ne sont pas toujours claires pour chacun d'entre eux.

II) Étude

II)A) Entretiens

J'ai décidé de m'entretenir avec les quatre ergothérapeutes volontaires, dont deux ayant un handicap et deux dits « valides » ayant travaillé avec un collègue professionnel de santé en situation de handicap. Ces ergothérapeutes travaillent dans différentes structures, avec différentes expériences professionnelles, et ayant chacun des pratiques professionnelles différentes. Afin de garantir l'anonymat des entretiens, je nommerai les ergothérapeutes par des chiffres.

	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3	Ergothérapeute 4
Sexe	Homme	Femme	Femme	Femme
Âge	26	25	26	33
Expérience professionnelle	Diplômée 2015	Diplômé 2014	Diplômée 2014	Diplômée 2006
Lieu d'exercice	SSR Gériatrique	EHPAD	Hôpital-Service Rhumatologie	SSR Déficience Visuelle

Tableau 1 : Présentation des expériences professionnelles et du lieu d'exercice des différents ergothérapeutes en fonction de l'âge et du sexe

E1 : Ergothérapeute en situation de handicap physique, une chondropathie multimodale (atteinte du cartilage provoquant son ramollissement, des douleurs importantes apparaissent) à la cheville droite avec difficultés de marche.

E2 : Ergothérapeute en situation de handicap auditif avec bégaiement.

E3 : Ergothérapeute ayant travaillé avec 2 collègues kinésithérapeutes avec un handicap visuel, soit une personne aveugle accompagnée de son chien guide et une malvoyante progressive.

E4 : Ergothérapeute ayant travaillé avec 2 collègues kinésithérapeutes avec un handicap visuel.

II)B) Analyse des données recueillies

Les réponses des personnes interrogées se recoupent parfois dans différentes questions. J'ai donc fait le choix de présenter les résultats en 3 thèmes : la situation de handicap, la relation soignant-soigné, et les mécanismes de défenses et mouvements transférentiels. Cette analyse thématique permettra de regrouper les réponses des différents ergothérapeutes interrogés car « *l'analyse thématique défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème* »⁵⁶.

La situation de handicap

Ergothérapeute en situation de handicap : D'après votre expérience, comment les patients perçoivent-ils votre situation de handicap ? Est-ce que cela implique des différences particulières dans votre relation soignant-soigné ? Si oui, lesquelles ?

Ergothérapeutes « valides » : D'après vous, comment les patients perçoivent-ils la situation de handicap de votre collègue ? Avez-vous observé ou constaté des différences dans la relation soignant-soigné entre votre collègue et le patient ? Si oui, lesquelles ?

Résultats :

E1 : Handicap pas toujours visible. Différences perçues dans la relation soignant-soigné : la relation est « meilleure » avec les patients qui voient le handicap et qui sont douloureux, car il y a une meilleure compréhension de la douleur de la part du thérapeute et les patients

⁵⁶ BLANCHET A., GOTMAN A., L'enquête et ses méthodes - L'entretien, 2ème édition, collection 128, Edition Armand Colin, mars 2007, 126 pages

s'identifient au thérapeute : « je pense qu'ils se disent tout simplement que lui il a mal aussi donc il comprend mieux ma douleur ».

E2 : Surdité non visible : compensation de l'ergothérapeute (se positionne différemment pour pouvoir mieux entendre), son bégaiement est plus visible. Différences perçues dans la relation soignant-soigné : patients qui rassure l'ergothérapeute « calmez-vous ça va aller », par rapport à son bégaiement. Aucune différence sinon.

E3 : Handicap non réellement discuté avec le patient. Le chien guide est une aide pour les déplacements, trajets travail-domicile et au travail. Le chien est bien perçu par les patients, c'est la « mascotte de l'hôpital de jour » Différences perçues dans la relation soignant-soigné : comportement diff rent du patient pour s'adapter. Thérapeute qui s'adapte au patient avec son handicap.

E4 : Patients informés, compréhensifs au handicap du thérapeute. Ils s'adaptent. Différences perçues dans la relation soignant-soigné : Pas de différences par rapport aux patients, par contre il y en a parfois avec l'équipe. Certains soignants ne comprenaient pas vraiment le problème qu'avait le kinésithérapeute en situation de handicap et ses adaptations. Ce dernier recevait parfois des réflexions négatives.

Analyse :

Les ergothérapeutes en situation de handicap, E1 et E2, évoquent qu'ils ont un handicap invisible, qui n'est pas toujours aperçu par le patient, donc ils n'évoquent pas toujours leur handicap avec le patient. L'ergothérapeute E3 confirme que le handicap n'est pas toujours discuté avec le patient. Au contraire, l'ergothérapeute E4, dit que le patient est informé par rapport au handicap du thérapeute.

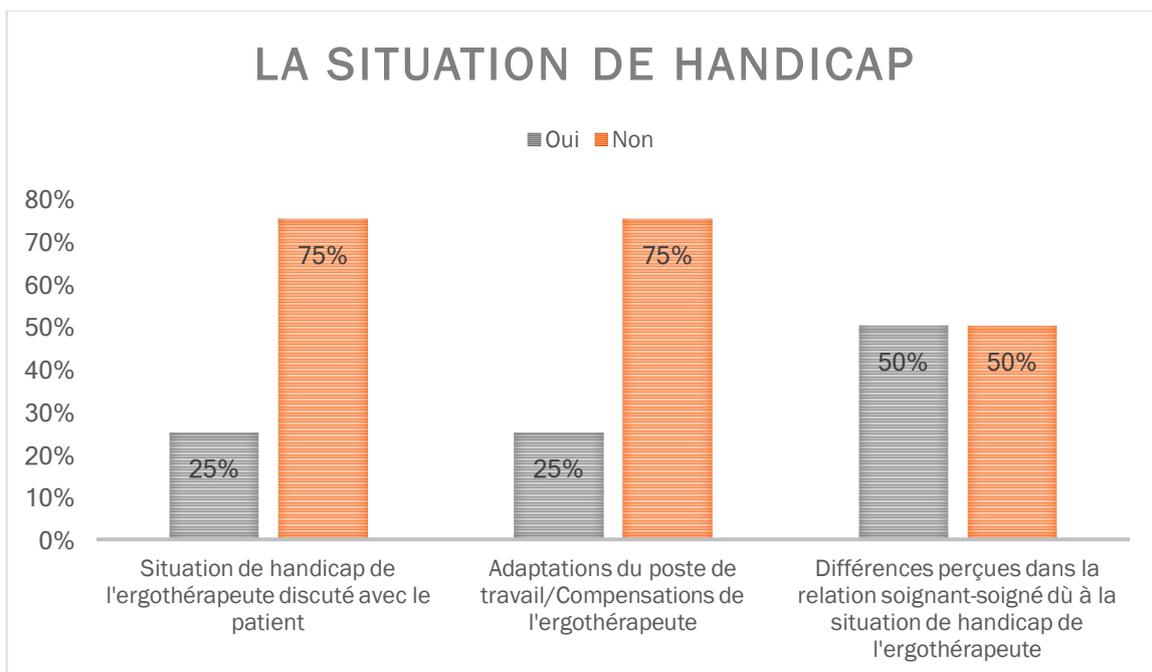
Les ergothérapeutes E2, E3 et E4 évoquent qu'il y a présence d'adaptations du poste de travail et une compensation de la part du thérapeute face à son handicap. E1 a refusé les adaptations de son poste de travail.

Les ergothérapeutes E3 et E4 relèvent que les patients s'adaptent au thérapeute en situation de handicap, que leurs comportements changent, ils sont plus bienveillants.

Les ergothérapeutes E2 et E4 ne perçoivent pas de différences dans la relation soignant-soigné lorsque le soignant est en situation de handicap. En effet, E2 dit que le handicap est

invisible pour le patient et qu'en plus le thérapeute compense son handicap. E4 ajoute qu'il peut y avoir une différence de relation avec l'équipe soignante et non avec le patient.

Les ergothérapeutes E2 et E3 relèvent des différences de relation entre le soignant et le soigné : le thérapeute est plus compréhensif envers le handicap du patient amenant à une « meilleure relation », le patient s'identifie au thérapeute et le patient s'adapte au handicap du thérapeute.



Histogramme 1 : Données recueillies - Thème de la situation de handicap

La relation soignant-soigné

Question commune : *Selon vous, comment pouvez-vous expliquer cette différence particulière dans cette relation soignant-soigné ?*

Résultats :

E1 : Cette différence est due à une présence d'empathie aussi bien dans le sens soignant-soigné que l'inverse.

E2 : Aucune différence.

E3 : Cette différence est due à une identification du patient au thérapeute « il s'identifie plus facilement au kinésithérapeute qui paraît plus accessible et plus vulnérable comme eux », car le thérapeute est lui-même en situation de handicap comme le patient.

E4 : Cette différence est due à une méconnaissance du handicap visuel et de l'autre côté de par l'empathie.

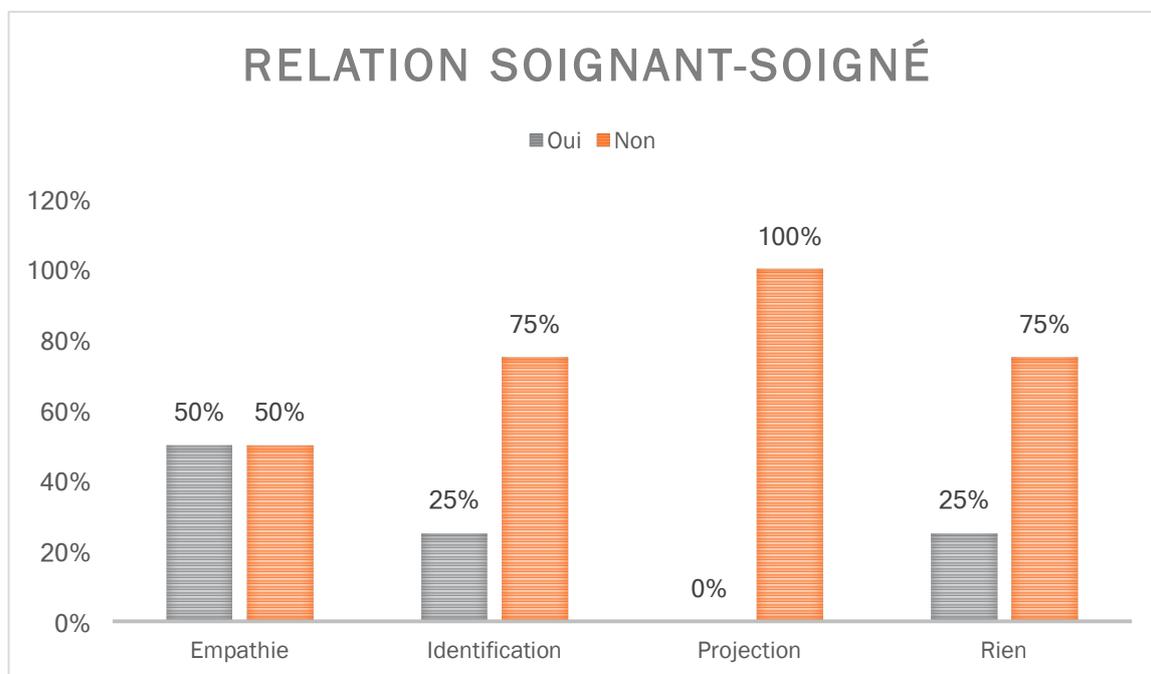
Analyse :

Les 4 ergothérapeutes ont accordé différentes réponses à cette question de différence dans cette relation soignant-soigné lorsque le soignant est lui-même en situation de handicap.

L'ergothérapeute E2 n'ayant pas relevé de différence de relation à la question précédente, confirme qu'il n'y a pas de différence dans cette relation.

L'ergothérapeute E3 affirme qu'il y a un phénomène d'identification de la part du patient face à la situation de handicap de l'ergothérapeute.

Les ergothérapeutes E1 et E4 énoncent un mouvement d'empathie entre les deux sujets dans la relation thérapeutique. E4 ajoute qu'il y a également une méconnaissance du handicap de la part du patient.



Histogramme 2 : Données recueillies – Thème de la relation soignant-soigné

Les mécanismes de défenses-mouvements transférentiels

Ergothérapeutes en situation de handicap : Selon vous, identifiez-vous des mécanismes de défenses et des mouvements transférentiels particuliers mis en jeu dans votre relation avec le patient ?

- Si oui, lesquels ? Et pourquoi ?
- Si non, pourquoi ?

Ergothérapeutes « valides » : D'après vous, observez-vous des mécanismes de défenses et des mouvements transférentiels particuliers mis en jeu dans la relation de votre collègue avec le patient ? Ces mécanismes sont-ils différents par rapport à votre relation avec les patients ?

- Si oui, lesquels ? Et pourquoi ?
- Si non, pourquoi ?

➔ ***S'ils ne parlent pas de projections/identifications, question plus directe.***

Résultats :

E1 : Aucun, pas de mouvement de projection ni d'identification, car son handicap n'est pas toujours visible et parle plutôt de mouvement d'empathie et d'entrer dans la relation avec le patient. Il évoque que la relation miroir peut apparaître mais très rarement avec un exemple d'un patient qui avait de l'arthrose importante au niveau de sa hanche droite. Le patient était plus motivé à venir travailler avec l'ergothérapeute que les kinés, car « certains kinés sont brut de coffrage, donc ne tiennent pas trop compte la douleur » et que le patient voit un côté rassurant car l'ergothérapeute en situation de handicap démontre qu'il peut travailler...etc.

E2 : Aucun car le handicap est invisible et qu'il y a compensation de l'ergothérapeute.

E3 : Aucun mouvement transférentiel ni mécanisme de défense.

E4 : Oui, l'humour est plus important, il y a un peu d'identification car il y a peu de patients qui vont se retrouver avec les mêmes problèmes que le thérapeute. Pas de

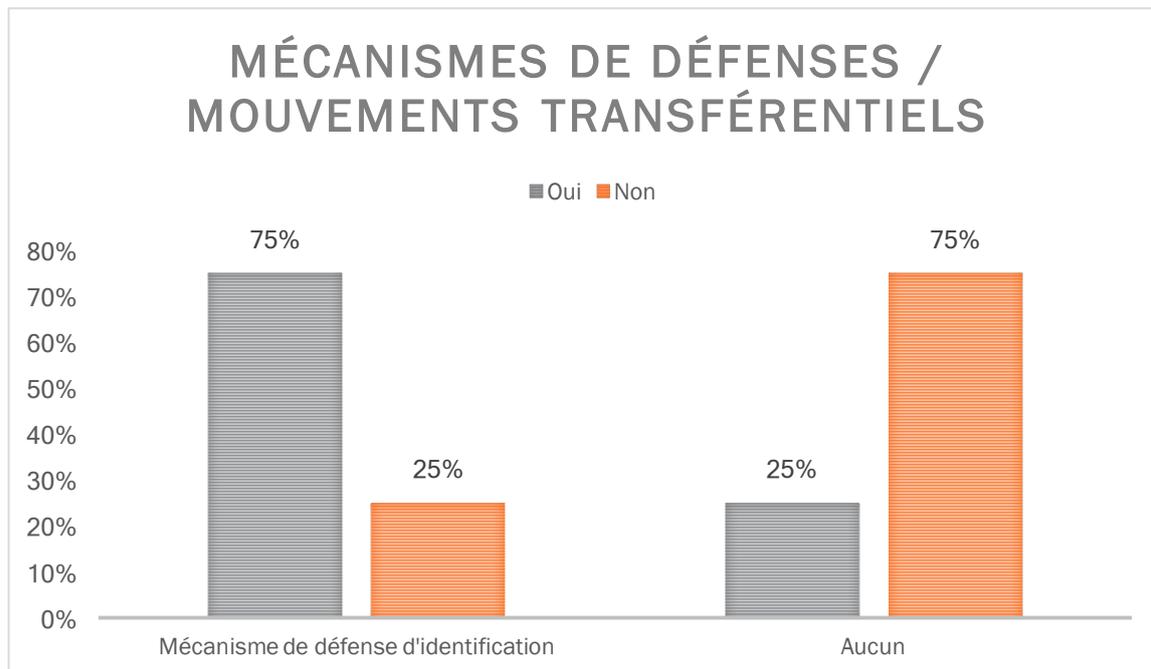
projection, plutôt de l'empathie, « il y a des gens qui comprennent, qui peuvent se mettre à leur place, dans le sens où ils se disent que s'ils avaient le même souci, ce ne serait pas facile pour eux non plus. »

Analyse :

Les ergothérapeutes E1, E2 et E3 ne relèvent pas de mécanismes de défenses, ni de mouvements transférentiels au cours de cette relation soignant-soigné. E2 explique cela de par le handicap invisible et une compensation du thérapeute. E1 confirme la notion du handicap invisible, évoque la notion de relation-miroir et énonce qu'il y a une empathie plus importante dans cette relation thérapeutique. E4 affirme qu'il y a un mécanisme de défense d'identification présent et non de projection, mais un mouvement d'empathie.

Les ergothérapeutes E1 et E4 affirment tous les deux une présence d'empathie plus importante dans cette relation soignant-soigné.

Les ergothérapeutes E1 et E3 ont évoqués le mécanisme de défense d'identification dans les réponses précédentes.



Histogramme 3 : Données recueillies – Thème des mécanismes de défenses et mouvements transférentiels

Conclusion :

Entretiens Thèmes	E1	E2	E3	E4	Résultats similaires
La situation de handicap	Non abordé	Non abordé	Non abordé	Patient informé	3/4
	/	Présence d'adaptations/ compensations	Présence d'adaptations/ compensations	Présence d'adaptations/ compensations	3/4
	Présence de différence de relation	Pas de différence de relation	Présence de différence de relation	Pas de différence de relation	2/4
La relation soignant-soigné	Empathie	/	Identification	Empathie	2/4
Les mécanismes de défenses et mouvements transférentiels	Identification	/	Identification	Identification	3/4

Tableau 2 : Récapitulatif des données recueillies lors des entretiens

Pour reprendre le Tableau 2, lors des entretiens, 75% des ergothérapeutes ont répondu ne pas discuter de leur handicap avec le patient puisque leur handicap est invisible, que leurs compensations sont mises en place, et/ou qu'il y a des adaptations de leurs postes de travail. La moitié des ergothérapeutes ont répondu que la situation de handicap de l'ergothérapeute amène une différence dans la relation soignant-soigné. Notamment 33,3% ont évoqué une empathie plus importante dans la relation, et 16,7% une identification du patient au thérapeute en situation de handicap. La majorité des ergothérapeutes, c'est-à-dire 75%, ont confirmé une présence de mécanisme de défense d'identification dans cette relation spécifique entre l'ergothérapeute en situation de handicap et le patient.

III) Discussion

Une fois ma partie conceptuelle terminée, j'ai posé l'hypothèse selon laquelle la situation de handicap de l'ergothérapeute accentue les phénomènes d'identification et de projection dans la relation avec le patient. Les résultats obtenus suite aux entretiens donnent un aperçu de la réalité du terrain, et viennent compléter la théorie. La confrontation entre le cadre de recherche et le cadre conceptuel me permettra de dégager les grandes idées, ce qui donnera plusieurs éléments de réponses à ma problématique et de discuter de la pertinence de mon hypothèse.

Interprétation des résultats et confrontation avec la partie théorique

Je constate tout d'abord que la relation soignant-soigné est un concept assez personnel, dont chacun a sa propre définition et pratique professionnelle.

L'intérêt d'un entretien semi-directif est de pouvoir laisser l'interlocuteur répondre librement aux questions ouvertes. Parfois, les ergothérapeutes que j'ai pu interroger ont apporté des informations supplémentaires à mes questions. En effet, les ergothérapeutes interrogés ne définissent pas de la même manière la relation soignant-soigné quand le soignant est en situation de handicap, ils abordent chacun des notions développées dans ma partie théorique, telles que l'identification et l'empathie. Ils mettent également en avant d'autres éléments dont je n'ai pas parlé, comme les notions de handicap visible ou invisible et de relation miroir. Il en découle une question qu'il serait intéressant de se poser et qui pourrait faire l'objet d'une recherche approfondie suite à ce mémoire : quelle est la différence entre une situation de handicap invisible et une situation de handicap visible de l'ergothérapeute dans la relation avec le patient ? En effet, 80% des handicaps sont invisibles⁵⁷. Ce sont des troubles qui ne se voient pas au premier abord, dont les conséquences ne sont pas toujours représentées, mais qui affectent tout de même la qualité de vie de la personne concernée. De plus, ce handicap invisible peut rester inaperçu pendant un moment, car la personne met en place progressivement des stratégies de

⁵⁷ HAMONET Claude, *Les personnes en situation de handicap, que sais-je ?* 6ème édition, PUF, janvier 2010, 127 pages

compensations qui masquent ses difficultés. Ces compensations et adaptations sont également abordées lors des entretiens. Les professionnels de santé en situation de handicap peuvent, et ont le droit de refuser des adaptations de leur poste de travail, et de discuter de leur handicap avec le patient. Cela fait référence à la notion d'autonomie qui est une liberté de choisir et de pouvoir agir, en acceptant ou en refusant selon son jugement. Notamment si son handicap est invisible et qu'il compense bien celui-ci, il jugera, de lui-même, la pertinence d'en parler ou non au patient, de voir s'il y a une nécessité dans le déroulement de la prise en charge du patient, pour l'aider à se motiver, à faciliter sa prise en charge puisque le patient peut être rassuré. Ceci est appuyé par les propos de E1 : « c'était toujours quelqu'un qui était motivé par la rééducation et il travaillait beaucoup plus avec moi qu'avec les kinés » ; « c'est rare, mais il peut arriver qu'il y ait une certaine relation en miroir vu que le patient qui arrive voit un thérapeute en situation de handicap et se dit « ah tient le thérapeute est en situation de handicap et il travaille » et ça rassure le patient. » Dans le cas où le handicap du thérapeute est partagé avec le patient, cela peut susciter un meilleur équilibre relationnel entre le soignant et le soigné. En effet, cette notion de partage, permet une position horizontale du soignant qui peut être perçue supérieure à la position du patient. Cependant, il faut garder un équilibre de respect et conserver leurs rôles prédéfinis avec une certaine distance thérapeutique. Cette distance n'est pas physique, elle consiste à garder un recul professionnel. Le thérapeute doit également être attentif à la qualité de la communication et aux attitudes de communication dans la relation qu'il entretient avec le patient. Les réponses positives sur la présence de mécanisme de défense d'identification confirment qu'il y a une influence dans la relation soignant-soigné. M.PHANEUF discutait qu'il y a deux fonctions de mécanismes de défenses, « favorisant l'adaptation » et servant de « bouclier ». Les ergothérapeutes interviewés ont répondu que les patients étaient plus bienveillants, plus compréhensifs et s'adaptent face à la situation de handicap du thérapeute. Cela reflète une empathie du patient plus importante dans cette relation. Concernant les mouvements transférentiels, aussi bien dans la théorie, que dans la pratique, il faut en prendre conscience et travailler dessus, car ils provoquent des réactions émotionnelles, en lien avec des figures d'attachement, tels que de l'agressivité, du rejet, du surinvestissement.

Intérêts et limites de l'étude

Ce travail de recherche n'était pas sans difficulté. La première limite que j'ai rencontrée concerne la recherche bibliographique non ciblée sur mon sujet de recherche. J'ai donc dû examiner des ouvrages et des articles selon les mots-clés de ma problématique : la relation, la situation de handicap et l'ergothérapie. Les différents ouvrages lus, tous plus intéressants les uns que les autres, m'ont permis d'enrichir le cadre conceptuel. Mais il a été difficile de cibler et de choisir parmi les nombreuses informations qui en sont ressorties, de les mettre en lien et de les ajuster à mon sujet de recherche.

Concernant l'enquête, le nombre d'ergothérapeutes en situation de handicap est faible. J'ai réussi malgré tout à mobiliser des ergothérapeutes en situation de handicap volontaires et de réaliser mes 4 entretiens. Il est possible que si j'avais rencontré davantage de personnes, j'aurais probablement apporté plus d'informations à mes analyses et mes conclusions, et j'aurais peut-être même mis en avant d'autres facteurs. De plus, ce nombre n'étant pas réellement représentatif de la population d'ergothérapeutes. Pour compléter ces données, j'avais pensé à interroger également les patients qui ont été pris en charge par un ergothérapeute en situation de handicap et récolter leurs avis, mais cette population étant difficile d'accès, j'ai préféré me concentrer davantage sur les ergothérapeutes.

La partie théorique et la partie recherche sont insuffisantes pour répondre de façon objective à ma problématique, mais je suis tout de même satisfaite de cette première démarche de recherche dans ce domaine.

Hypothèse

Ce mémoire d'initiation à la recherche explore les modalités de la relation soignant-soigné et plus particulièrement lorsque l'ergothérapeute est lui-même en situation de handicap. Dans le cadre de ce travail de recherche, je posais alors la question :

En quoi la situation de handicap de l'ergothérapeute influence-t-elle sur la relation avec le patient ?

Dans le cadre de cette enquête, mon hypothèse est validée partiellement :

**La situation de handicap de l'ergothérapeute accentue les phénomènes
d'identification et de projection dans la relation avec le patient.**

En effet, la majorité des ergothérapeutes ayant répondu à mes entretiens ont confirmé une présence du mécanisme de défense d'identification, mais non du mécanisme de défense de projection dans cette relation spécifique entre l'ergothérapeute en situation de handicap et le patient. Ils ont également discuté d'une présence d'empathie plus conséquente dans cette relation soignant-soigné.

Cependant, cela dépend de plusieurs paramètres à prendre en compte : la situation de handicap de l'ergothérapeute, le lieu d'exercice, l'activité de l'ergothérapeute et des patients pris en charge. Sans oublier la personnalité, les valeurs et les croyances de chacun.

CONCLUSION

Ce travail d'initiation à la recherche m'a accompagnée durant une année à mon passage d'étudiante à une future ergothérapeute professionnelle.

Avant de commencer ce mémoire de fin d'étude, la relation entre un patient et son ergothérapeute était un concept qui suscitait en moi de nombreuses interrogations. Ainsi, il m'a permis de réfléchir et d'étudier sur la compétence 6 du Référentiel de Compétences relatif au diplôme d'Etat en Ergothérapie, où l'ergothérapeute a la compétence de « conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie ».

Cette étude m'a aussi permis d'expérimenter la démarche d'exploration face à un problème. C'est d'ailleurs aussi une des compétences de l'ergothérapeute, la compétence 7 qui consiste à optimiser l'exercice de sa fonction et de chercher à faire évoluer sa pratique professionnelle, en se remettant en question et en entreprenant des recherches. C'est une attitude que je souhaite conserver en tant que future professionnelle.

En ce terme de ce mémoire, nous avons vu différentes grandes idées sur la relation thérapeutique en ergothérapie, les mécanismes de défenses et sur la situation de handicap du soignant pour aboutir à une interrogation qui m'a permise, dans le cadre précis de cette initiation à la démarche de recherche, de valider partiellement mon hypothèse.

Il serait intéressant de poursuivre l'investigation, afin d'essayer d'impliquer plus d'ergothérapeutes en situation de handicap et les patients pris en charge, pour élargir mon échantillon, voire questionner aussi d'autres professionnels de santé en situation de handicap.

De plus, les ergothérapeutes interrogés, ont mis en avant la notion du handicap visible ou invisible, pouvant être également intéressant à analyser et pouvant être l'objet d'une recherche approfondie suite à ce mémoire : quelle est la différence entre une situation de handicap invisible et une situation de handicap visible de l'ergothérapeute dans la relation

avec le patient ? Ainsi, qu'étudier une situation de handicap précise : cognitive, psychique, motrice, sensorielle, qui ne doivent pas avoir les mêmes répercussions dans la relation soignant-soigné.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

BERGERET J., *Psychologie pathologiques-théorie et clinique*, Abrégés, 11ème édition-Elsevier Masson, janvier 2012, 344 pages

BIOY A., BOURGEOIS F., NEGRE I., *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*, Breal, mai 2003, 144 pages

BLANCHET A., GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes - L'entretien*, 2^{ème} édition, collection 128, Edition Armand Colin, mars 2007, 126 pages

CHERBULIEZ T., *Le thérapeute et le patient*, Baroch édition, janvier 2013, 200 pages

DETRAZ M.-C. et collaborateurs, *Ergothérapie – L'encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Edition Techniques, 1992

FRICOTTE L., *Droit des personnes handicapées 2015*, 14ème édition, Edition Liaisons, Collection Néret, mai 2015, 404 pages

HAMONET C., *Les personnes en situation de handicap, que sais-je ?* 6^{ème} édition, PUF, janvier 2010, 127 pages

HERNANDEZ C., *Handicaps, handicaper*, Edition Sociales, 1978, 223 pages

MANOUKIAN A., MASSEBOEUF A., *La relation soignant-soigné - 3^{ème} édition*, Edition Lamarre, octobre 2008, 223 pages

MAQUET A., BIOY A., *Se former à la relation d'aide : Concepts, méthodes, applications*, Paris, Edition Dunod, juillet 2007, 216 pages

MOREL-BRACQ M.-C., *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, Boeck Solal, collection ergothérapies, juillet 2009, 274 pages

NUSS M., *La présence à l'autre*, 2^{ème} édition, Edition Dunod, février 2008, 238 pages

OURY J., cité dans *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation*, sous la direction de Hélène HERNANDEZ, juin 2007, Edition Solal, 236 pages

PAUL M., *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, L'Harmattan, collection savoir et formation, décembre 2004, 351 pages

PERNET C., SAVARD D., *Travailleurs handicapés en milieu ordinaire - Des Outils pour mieux les accompagner*, Edition Eres, août 2009, 280 pages

PHANEUF M., *Communication, entretien, relation d'aide et validation*, Chenelière éducation, novembre 2002, 634 pages

PHANEUF M., *La relation soignant-soigné- l'accompagnement thérapeutique*, 2ème édition, Chenelière Education, juin 2016, 296 pages

RUSZNIEWSKI M., *Face à la maladie grave – Patients, familles, soignants*, Paris, Edition Dunod, mars 1999, 206 pages

SIMONNET-GUEREAU B., *Construire la relation en ergothérapie, une histoire d'attachement ?* Etre ergothérapeute en psychiatrie, sous la direction de Florence KLEIN, Edition Eres, mai 2014, 424 pages

WAGNER C., *Profession ergothérapeute*, L'Harmattan, janvier 2006, 322 pages

Articles

ANCET P., *Intimité et dépendance*, Pratiques n°61, avril 2013, pp.50-52

BRIENT P., *Du regard à la parole : la relation soignant-soigné en psychiatrie*, Cahiers de psychologie clinique n°28, avril 2007, pp.61-68

BRUCHON-SCHWEITZER M., *Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress*, Recherche en soins infirmiers, , N°67, décembre 2001, pp 68-83

CHABROL H., *Les mécanismes de défenses*, Recherche en soins infirmiers, N°82, mars 2009, pp 31-42

DELHAYE M., LOTSTRA F., *Soignants... soignés, un rapport complexe. Une réflexion « chemin faisant quant au statut émotionnel du soignant*, Cahiers de psychologie clinique n°28, avril 2007, pp.49-59

FORMARIER M., *La relation de soins, concepts et finalités*, Recherche en soins infirmiers, n°89, juin 2007, pp.33-42

MOLEY-MASSOL I., *La souffrance des soignants et leurs mécanismes de défense*, Correspondances en risque cardiovasculaire-Vol V-n°1, mars 2007, pp 28-30

NOMDEDEU S., *Les soignants et le secret*, Soins pédiatrie-puériculture n°191, novembre-décembre 1999, pp. 31-32

RICHOU E., *Rencontre entre plusieurs intimités dans le milieu du soin : intimité de l'ergothérapeute et intimité du patient*, Revue Ergothérapies n°30, juin 2008, pp.33-45

RUSZNIEWSKI M., *Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave*, 18^{ème} journées La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? décembre 2011, pp.15-17

Sites Internet

Site de l'Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) www.insee.fr (consulté le 13/02/2017)

Site du service public de la diffusion du droit par l'internet www.legifrance.gouv.fr (consulté le 13/02/2017)

Site de l'Association Nationale française des Ergothérapeutes (ANFE) www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession (consulté le 02/03/2017)

www.psychologies.com/dico_pyscho/inconscient (consulté le 12/04/2017)

www.rechercheensoinsinfirmiers.com/les-sept-concepts-de-la-relation-daide/ (consulté le 22/11/2016)

Dictionnaires

Site des éditions Larousse www.larousse.fr/dictionnaires/francais (consulté le 16/05/2017)

Site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) www.cnrtl.fr (consulté le 12/04/2017)

ANNEXES

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire de pré-enquête	I
ANNEXE II : Liste des mécanismes de défense des soignants - RUSZNIEWSKI M.	III
ANNEXE III : Lois législatives - Droit des personnes en situation de handicap	V
ANNEXE IV : Liste des bénéficiaires de l'obligation d'emploi	VII
ANNEXE V : Grille d'entretien ergothérapeutes	VIII
ANNEXE VI : Retranscription entretien E1	X

ANNEXE I

Questionnaire pour ma pré-enquête sur mon sujet de Mémoire

Thème de mon mémoire : Relation Soignant/Soigné

Bonjour à tous,

Je suis une étudiante sourde, actuellement en 3ème année d'ergothérapie.

Dans le cadre de mémoire d'initiation à la recherche, je cherche des ergothérapeutes ou des professionnels de santé en situation de handicap ou ayant travaillé avec des soignants en situation de handicap dans leur équipe.

Je fais ma pré-enquête afin d'avoir une meilleure visibilité sur mon mémoire, à savoir : En quoi la situation de handicap de l'ergothérapeute influe-t-elle sur la relation avec le patient ?

Ce questionnaire est rapide, mais est essentiel pour l'avancée de mes travaux. N'hésitez pas à le diffuser ailleurs !

Bonne journée et merci d'avance.

Floriane CIMETIERE

- **Quel est votre profession ?**

-Ergothérapeute

-Psychomotricien(ne)

-Psychologue-Neuropsychologue

-Kinésithérapeute

-Médecin

-Infirmier(re)

-Aide-Soignant(e)

-Autres

- **Etes-vous en situation de handicap ? Si oui précisez votre handicap.**
- **Avez-vous travaillé avec un soignant en situation de handicap dans votre équipe ? Si oui précisez son handicap.**

- **Avec quel public travaillez-vous ?**

-Psychiatrie

-Gériatrie

-Pédiatrie

-Médecine Physique et Réadaptation

-Autres

- **Dans quelle structure travaillez-vous ?**
- **Selon vous la situation de handicap d'un soignant influe-t-elle sur la relation avec le soigné ? Et pourquoi ?**
- **Acceptez-vous de laisser vos coordonnées (mail, tel) afin que je puisse vous contacter pour la suite de mon mémoire ?**

ANNEXE II :

Mécanismes de défense des soignants, RUSZNIEWSKI Martine :

LE MENSONGE : C'est le mécanisme le plus radical mis en place face à l'angoisse de devoir révéler la maladie grave ou la situation grave. C'est un mécanisme dit d'urgence et d'efficacité primaire : il permet de figer le temps en annihilant toute possibilité de dialogue ou de questionnement. C'est le plus dommageable pour le patient. Conséquences : mentir, c'est entraver le mécanisme psychique d'angoisse qui est un mécanisme nécessaire de protection pour le patient.

LA FUITE EN AVANT : le soignant est soumis à une angoisse si imminente qu'il ne peut plus trouver de solution d'attente. Il se libère d'un fardeau qui est trop lourd en se « libérant » de son savoir. C'est souvent au moment d'une question vécue comme déroutante par le praticien que le mécanisme de défense s'activera, entraînant une libération de la vérité dite crûment. Conséquences : provoque une sidération du patient qui majore son angoisse et enferme le patient dans une impuissance vis-à-vis de la maladie et le praticien dans une même impuissance liée à la place du porteur de mauvaise nouvelle qu'il a prise.

LA RATIONALISATION : le médecin tente de pallier son dénuement en tenant un discours hermétique et incompréhensible par le patient. Ce faisant, il instaure un dialogue sans échange en offrant aux questions des malades des réponses toujours plus obscures. Conséquences : engendre une rupture de communication créant un vide, source d'angoisse.

L'EVITEMENT : il s'agit d'un comportement de fuite, réelle parfois ou déguisée. Conséquences : la présence du malade est niée. La relation est privée de tout affect que le soignant estime n'être pas de son ressort.

LA FAUSSE REASSURANCE : le médecin n'arrivant pas à contrôler sa propre angoisse, il va optimiser les résultats médicaux en entraînant un espoir artificiel chez le patient. Conséquences : maintient le décalage entre la réalité médicale et la progression de la maturité psychique du malade en suspendant l'accès à une certitude inéluctable.

L'ESQUIVE : le soignant se sent démuni face à la souffrance psychique du patient. Il n'arrive pas de ce fait à rentrer en contact relationnel avec lui : il reste en décalage, hors sujet thématique ou affectif. Conséquences : sentiment de solitude pour le malade.

LA DERISION : quand les faux-fuyants se sont avérés inefficaces, le soignant adopte alors une communication minimale empreinte de dérision. C'est également un comportement de fuite et d'évitement. Conséquences : confine le malade dans l'angoisse, le silence et la solitude.

LA BANALISATION : c'est le mécanisme de la distanciation par excellence. Le médecin traite la maladie, pas le malade. Le soignant, en focalisant sur la souffrance physique, cherche à occulter la souffrance morale. Conséquences : le malade ne sent pas reconnu.

L'IDENTIFICATION PROJECTIVE : cela consiste en un mécanisme inconscient d'attribution à l'autre de certains traits de sa personnalité, ses sentiments, ses pensées ou émotions. L'individu va projeter ses éléments sur l'autre et il va ensuite les identifier, comme si ça appartenait à l'autre et pas à lui initialement.

ANNEXE III :

Plusieurs lois législatives sont créées pour défendre le droit des personnes en situation de handicap :

- La loi du 23 novembre 1957 qui fait référence pour la première fois à la qualité de travailleur handicapé et qui affirme le droit au reclassement professionnel de toutes les personnes en situation de handicap. Elle mentionne une obligation d'emploi, c'est-à-dire que les entreprises doivent compter 10% des effectifs, des mutilés de guerre ou autres infirmes. Sinon ces derniers doivent s'acquitter d'une redevance si ce quota n'est pas atteint. Cette loi s'avéra inappliquée faute de contrôle efficace.

- Les lois d'orientation du 30 juin 1975 et d'éducation du 11 juillet 1975 remplacent officiellement la notion de charité par la solidarité nationale. Ces lois mettent en avant l'accès à l'éducation et aux droits fondamentaux, rendant obligatoire l'insertion des personnes handicapées avec une intégration, une orientation, un reclassement, une reconnaissance et une institutionnalisation du handicap avec une attribution d'allocation dans le but de favoriser l'accès en milieu ordinaire. Pour cela, il y a création des Equipes de Préparation et de Suite du Reclassement (EPSR), des Commissions techniques d'Orientation et de reclassement (COTOREP) pour les adultes et des Commissions d'Education Spécialisée (CDES) pour les enfants.

- La loi du 10 juillet 1987 en réponse à la loi de 1957, constitue un tournant fondamental en appliquant une obligation de mise en œuvre de moyens d'accompagnement concernant l'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire à temps partiel ou à temps plein avec des résultats, des contrôles et des sanctions financières. Pour cela, elle fixe à 6% le taux d'emploi de personnes handicapées dans les établissements privés et publics de 20 salariés et plus.

- L'amendement Creton du 13 janvier 1989 implique une mesure de protection sociale permettant un maintien des jeunes adultes handicapés dans des établissements médico-sociaux en attente d'une solution d'orientation.

- La loi du 13 juillet 1991 est un prolongement de la loi de 1975 qui prône une prise en charge collective du handicap avec des mesures en faveur pour l'accessibilité aux personnes handicapées physiques.
- La loi du 2 janvier 2002 qui est une actualisation de la loi de 1975 avec une rénovation de l'organisation et du fonctionnement de l'action sociale et médico-sociale, c'est-à-dire les établissements sociaux et médicaux vont accueillir des personnes « fragiles » tels que les personnes âgées et les personnes handicapées.
- La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 incluant des mesures concernant les droits des personnes, aménagements en matière d'accessibilité, modalités de fonctionnement des structures médico-sociales, politique d'insertion professionnelle. Elle institue des conseils départementaux consultatifs (CDSPH).
- La loi du 30 décembre 2004 qui traite la question du handicap sous l'angle de la pénalisation. Elle institue la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et les Exclusions. Elle prône un principe d'égalité.
- La loi du 11 février 2005 s'appuie sur « *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » et redéfinit la notion de handicap en s'inspirant de la définition de la classification internationale du handicap établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle officialise le handicap psychique et le polyhandicap. Elle introduit un droit de compensation (accompagnements, formation, aménagements, temps majoré, retraite anticipée) dans l'emploi pour favoriser une intégration socioprofessionnelle. Elle inclue un élargissement du champ d'application des bénéficiaires de l'obligation d'emploi, dont une obligation d'emploi par la fonction publique. Elle institue également une garantie de ressources pour les personnes se trouvant dans l'impossibilité d'exercer un emploi. Elle défend la non-discrimination, supprime les COTOREP et les CDES et met en place des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Cette adoption de la loi traduit une volonté de sensibiliser la société civile ainsi que les employeurs à cette problématique du handicap.
- La loi du 2 février 2007 induit une modernisation de la fonction publique avec une introduction d'un service à temps partiel pour raison thérapeutique.

ANNEXE IV :

Liste des bénéficiaires de l'obligation d'emploi :

- Les travailleurs reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ;
- Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée ;
- Les titulaires d'une pension d'invalidité, à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;
- Les anciens militaires et assimilés, titulaires d'une pension militaire d'invalidité ;
- Les conjoints survivants non remariés titulaires d'une pension, dont le conjoint militaire ou assimilé est décédé des suites d'une blessure ou d'une maladie imputable à un service de guerre ou alors qu'il était en possession d'un droit à pension militaire d'invalidité d'un taux au moins égal à 85 %
- Les orphelins de guerre âgés de moins de vingt et un ans et les conjoints survivants non remariés ou les parents célibataires, dont respectivement la mère, le père ou l'enfant, militaire ou assimilé, est décédé des suites d'une blessure ou d'une maladie imputable à un service de guerre ou alors qu'il était en possession d'un droit à pension d'invalidité d'un taux au moins égal à 85 % ;
- Les conjoints survivants remariés ayant au moins un enfant à charge issu du mariage avec le militaire ou assimilé décédé, lorsque ces conjoints ont obtenu ou auraient été en droit d'obtenir avant leur remariage une pension ;
- Les conjoints d'invalides internés pour aliénation mentale imputable à un service de guerre ;
- Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité ;
- Les titulaires de la carte d'invalidité ;
- Les titulaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

ANNEXE V :

Grille d'entretien ergothérapeutes :

- **Ma présentation**
 - **Rappel de la thématique de mon mémoire**
 - **Rappel et demande d'autorisation pour l'enregistrement de l'entretien**
 - **Questions :**
1. Question commune : Pouvez-vous présenter et m'expliquer votre parcours professionnel ?
 2.
 - Ergothérapeute en SDH : Pouvez-vous me dire quel est votre type de handicap ?
 - Ergothérapeutes « valides » : Pouvez-vous me dire si vous avez déjà travaillé avec un collègue professionnel de santé en situation de handicap ? Si oui, quel type de handicap présentait-il ?
 3.
 - Ergothérapeute en SDH : D'après votre expérience, comment les patients perçoivent-ils votre situation de handicap ? Est-ce que cela implique des différences particulières dans votre relation soignant-soigné ? Si oui, lesquelles ?
 - Ergothérapeutes « valides » : D'après vous, comment les patients perçoivent-ils la situation de handicap de votre collègue ? Avez-vous observé ou constaté des différences dans la relation soignant-soigné entre votre collègue et le patient ? Si oui, lesquelles ?
 4. Question commune : Selon vous, comment pouvez-vous expliquer cette différence particulière dans cette relation soignant-soigné ?
 5.
 - Ergothérapeutes en SDH : Selon vous, identifiez-vous des mécanismes de défenses et des mouvements transférentiels particuliers mis en jeu dans votre relation avec le patient ?
 - Si oui, lesquels ? Et pourquoi ?
 - Si non, pourquoi ?
 - Ergothérapeutes « valides » : D'après vous, observez-vous des mécanismes de défenses et des mouvements transférentiels particuliers mis en jeu dans la relation de votre collègue avec le patient ? Ces mécanismes sont-ils différents par rapport à votre relation avec les patients ?

- Si oui, lesquels ? Et pourquoi ?
- Si non, pourquoi ?

**S'ils ne parlent pas de projections/identifications, question plus directe.*

- **Remerciement pour leur participation**

ANNEXE VI :

Retranscription entretien E1 - Vidéo-conférence :

- **Ma présentation**
- **Rappel de la thématique de mon mémoire**
- **Rappel et demande d'autorisation pour l'enregistrement de l'entretien**

[...]

Floriane : « **Pouvez-vous vous présenter et me raconter votre parcours professionnel ?** »

E1 : « Je suis diplômé depuis 2015, je travaille actuellement dans un SSR, à orientation gériatrique, c'est mon premier poste et puis cela se passe très bien pour le moment. »

[...]

Floriane : « Ok, et vous faite quoi avec les patients comme action ? »

E1 : « Alors je travaille selon deux modèles. Le matin je suis essentiellement en rééducation et réadaptation, c'est des patients que je vois quotidiennement le matin. Et l'après-midi, je suis plus un modèle de résolution de problèmes, tels du positionnement que du confort parce que on a des personnes qui viennent en fin de vie. Résolution de problème liés au matériel aussi par rapport aux fauteuils roulants, aux fauteuils d'assises. C'est beaucoup plus de la résolution de problèmes l'après-midi. »

Floriane : « D'accord, je pense que c'est assez complet ! » (Rires)

E1 : « Oui, un peu trop même ! » (Rires)

Floriane : « Deuxième question : **Pouvez-vous me dire quel est votre type de handicap ?** »

E1 : « Alors, j'ai de l'arthrose évolué à la cheville droite, donc c'est essentiellement physique. En tout honnêteté ça a été bien corrigé la dernière année-là, mais auparavant marcher sur des longues distances c'était compliqué. J'ai eu des douleurs importantes, notamment lors des transferts quand je faisais une prise d'appuis et quand je montais ou descendais les escaliers. Mais c'est vrai que ça fait 1 an avec la podologie et la kiné que ça s'améliore. »

Floriane : « D'accord, et donc est-ce qu'il y avait des aménagements dans votre poste de travail ? »

E1 : « Non du tout, j'ai toujours refusé. Par ce que je considère que je pouvais passer au-dessus de ça et les solutions paramédicales font qu'aujourd'hui je passe au-dessus de ça. »

Floriane : « D'accord. »

E1 : « Ça me permet de gérer mon travail dans des conditions correctes. »

Floriane : « Ok et ce handicap est survenu comment ? »

E1 : « Ça date de ma naissance, je suis né avec des pieds bots « varus équin ». Quand j'ai été opéré, j'ai fait beaucoup de sport dans ma jeunesse, et lors d'un dernier contact j'ai le cartilage qui s'est clairement abîmé au niveau de ma cheville à 3 endroits différents. »

Floriane : « Ok. Question suivante, **d'après votre expérience, comment les patients perçoivent-ils votre SDH et est-ce que cela implique des différences particulières dans votre relation soignant-soigné ? Si oui, lesquelles ?** »

E1 : « Alors, à savoir que pas tous les patients remarquent mon handicap et ma boîtie. Pour ceux qui la voient, je dirais qu'ils me posent la question, je leur réponds toujours. Ça permet d'avoir une meilleure relation, notamment lorsque ces patients sont douloureux. Je pense qu'ils se disent tout simplement que lui il a mal aussi donc il comprend mieux ma douleur. A ce niveau ça peut intervenir. »

Floriane : « Ok, **selon vous, comment vous pouvez expliquer cette différence particulière dans cette relation soignant soignée ?** »

E1 : « Comment je l'explique ? »

Floriane : « Oui. »

E1 : « Très bonne question ! je pense que c'est l'empathie aussi bien dans le sens soignant soigné que dans le sens inverse. Je pense que moi je comprends mieux la douleur du patient et donc je cherche à l'évaluer et inversement le patient se dit lui il a aussi des douleurs donc il me comprend peut être mieux. C'est à double tranchant. »

Floriane : « D'accord, dernière question : **selon vous, identifiez-vous des mécanismes de défense et des mouvements transférentiels contre-transfert / transfert mis en jeu dans votre relation avec le patient ?** »

E1 : « Euh ... les identifier ... J'essaye d'éviter les mouvements de transfert ou de contre-transfert. Mais après là comme ça je n'ai pas d'exemple. »

Floriane : « En fait, je voulais savoir si le patient a des mouvements de défense envers vous ? »

E1 : « Des mouvements de défenses ? Non. »

Floriane : « Non ? »

E1 : « Non, du tout. Ma situation de handicap n'étant pas très visible, je reviens au fait que pas tous les patients ne la voient. »

Floriane : « Et même ce qui la vois n'en n'ont pas ? »

E1 : « Non. »

Floriane : « D'accord, et si je vous parle de projection et d'identification ? »

E1 : « Non, je ne pense pas qu'il y a de projection ou d'identification dans l'histoire. Je pense que c'est plutôt un mouvement d'empathie. Je pense que c'est plus de l'empathie et de rentrer dans la relation avec le patient. Après je ne crois pas que le patient projette sa douleur avec la mienne. Après, c'est rare, mais il peut arriver qu'il y ait une certaine

relation en miroir vu que le patient qui arrive voit un thérapeute en situation de handicap et se dit « ah tient le thérapeute est en situation de handicap et il travaille » et ça rassure le patient. Là je pense à un patient particulier qui était pour de l'arthrose importante au niveau de sa hanche droite. Ce n'est pas pareille que la cheville, mais je dirais qu'il y avait cet effet miroir qui se créer. Donc c'est vrai que c'était toujours quelqu'un qui était motivé par la rééducation et il travaillait beaucoup plus avec moi qu'avec les kinés. »

Floriane : « Ah oui ? »

E1 : « Oui, après il y a certains kinés qui sont bruts de coffrage, donc ils ne tiennent pas trop compte de la douleur. »

Floriane : « D'accord. »

- **Remerciement pour sa participation**

-

[...]

Résumé

Aujourd'hui, en France, le nombre de personnes en situation de handicap augmente. Notamment avec les maladies professionnelles (17 489 en 1999 contre 34 642 en 2003) Ainsi le nombre de travailleurs handicapés se multiplie, dont des professionnels de santé en situation de handicap tels que les ergothérapeutes. Cette étude évalue l'influence de la situation de handicap de l'ergothérapeute dans la relation avec le patient. Il s'agit d'une étude théorique et d'une enquête qualitative menée sur quatre entretiens, afin d'évaluer la présence ou non de phénomènes d'identification et de projection plus importants dans cette relation thérapeutique lorsque le soignant est lui-même en situation de handicap.

Mots-clés

- Relation thérapeutique
- Mécanismes de défenses et mouvements transférentiels
- Situation de handicap
- Travailleurs handicapés
- Ergothérapie