



Institut de Formation  
En  
Ergothérapie  
- TOULOUSE -

**Des signes homologués pour communiquer :**  
L'influence des compétences en langue des signes française  
sur la posture professionnelle des ergothérapeutes exerçant en  
France ou en francophonie.

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6.

**Directrice de mémoire :** Sarah Warren

**Ophélie Michal**  
Mai 2021

Promotion 2018-2021



## *Engagement et autorisation*

Je soussignée Michal Ophélie, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

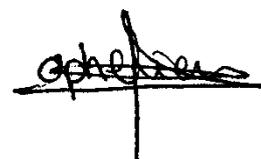
L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.

Le : 10 mai 2021

Signature de la candidate :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Michal Ophélie', written over a horizontal line. A vertical line extends downwards from the center of the horizontal line.

## *Note au lecteur*

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

et

la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire.

## ***Remerciements***

La rédaction de ce mémoire de fin d'étude n'aurait pas été possible sans les différentes personnes qui m'ont entouré depuis plus d'un an maintenant :

Ma directrice de mémoire, Sarah Warren, pour son accompagnement, sa patience, ses encouragements et sa disponibilité.

Les quatre ergothérapeutes qui ont accepté de me donner de leur temps pour faire avancer ma réflexion professionnelle en répondant à mes questions.

L'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse pour son accompagnement pendant ces 3 années. Merci d'avoir participé à ma construction identitaire en tant qu'ergothérapeute, merci d'avoir partagé vos connaissances et vos expériences.

Mes camarades de la promotion 2018-2021 appelée « le bon cru » pour leur entraide. Je remercie particulièrement Manon et Caroline pour leur patience et leur soutien.

Mes différentes tutrices, ergothérapeutes et les équipes qui m'ont accueillie et accompagnée en stage. Vous m'avez permis de devenir l'ergothérapeute pétillante, déterminée et passionnée que je pense être devenue.

Enfin, MERCI, à ma famille qui a toujours été là pour moi, mes ami(e)s de Martinique, de Toulouse mais aussi d'ailleurs, merci d'avoir cru en moi quand je n'y croyais plus, merci de m'avoir soutenu coûte que coûte et merci d'être qui vous êtes. C'est un pur bonheur de pouvoir évoluer à vos côtés. Merci à Sarah Mennicken, Audrey Petit et Caroline Montet pour les relectures et les conseils qui m'ont aidé dans la rédaction de ce mémoire.

À tous, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude.

# Sommaire

Liste d'abréviations .....	
Introduction .....	1
1- Cadre conceptuel .....	2
1-1 Pratique ergothérapique .....	2
1-1-1 Définition de la profession d'ergothérapeute .....	2
1-1-2 Éthique et ergothérapie .....	2
1-1-2-1 Le concept d'éthique .....	2
1-1-2-2 Éthique utilitariste et ergothérapie .....	3
1-1-2-3 Éthique déontologique et ergothérapie .....	3
1-1-2-4 Éthique des vertus et ergothérapie .....	4
1-1-3 Valeurs de l'ergothérapie .....	5
1-1-3-1 La notion de valeur .....	5
1-1-3-2 Les valeurs personnelles .....	5
1-1-3-3 Les valeurs professionnelles .....	6
2- Cadre théorique .....	7
2-1 Identité et posture des ergothérapeutes .....	7
2-1-1 Identité professionnelle .....	7
2-1-1-1 Définition de l'identité professionnelle .....	7
2-1-1-2 Concepts identitaires .....	8
2-1-1-2-1 Approche centrée sur la personne .....	8
2-1-1-2-1-1 Écoute active .....	9
2-1-2 Posture professionnelle .....	10
2-1-2-1 Définition de la posture professionnelle .....	10
2-1-2-2 Le professionnalisme .....	11
2-2 La communication au cœur du soin .....	11
2-2-1 L'origine du langage .....	11
2-2-2 Précision sur la communication .....	12
2-2-3 Système de communication .....	12
2-2-3-1 Segmentation de la communication : théorie de Mehrabian .....	14
2-2-3-1-1 Communication non verbale .....	15
2-3 La langue des signes .....	16
2-3-1 Des langues gestuelles-visuelles .....	16
2-3-2 Paramètres et critères .....	17
2-3-3 Reconnaissance de la langue des signes française .....	18

2-3-4 Utilisation alternative de la LSF .....	19
2-4 Le bilinguisme .....	20
2-4-1 Exploration du bilinguisme .....	20
2-4-2 Bilinguisme Français/LSF .....	21
3- Problématisation.....	22
4- Cadre expérimentale.....	23
4-1 Méthodologie.....	23
4-1-1 Méthode PICO .....	23
4-1-2 Démarche d'exploration .....	24
4-1-2-1 Population ciblée .....	24
4-1-2-2 Outils d'investigation .....	24
4-2 Présentation des résultats.....	25
4-2-1 Recensement des données .....	25
4-3 Analyse des résultats .....	26
4-3-1 Méthode d'analyse.....	26
4-3-1-1 IRamuteq .....	26
4-3-1-2 Analyse de contenu.....	27
4-4 Interprétation et discussion.....	29
5- Conclusion.....	31
Références bibliographiques.....	33
Annexes .....	37

## Liste d'abréviations

ACP : Approche Centrée sur la Personne

LDS : Langue Des Signes

LSF : Langue des Signes Française

ASL : *American Sign Language*

CAA : Communication Alternative Améliorée

# Introduction

Je me suis intéressée à la langue des signes française (LSF) après m'être retrouvée dans une situation de handicap partagé. J'étais face à une personne sourde, littéralement tétanisée, je me suis sentie démunie et incapable de pouvoir échanger avec celle-ci. C'est alors qu'a émergé un questionnement. Lorsque le verbal n'est pas accessible, la communication est-elle véritablement rompue ? Comment y pallier ? Qu'est-ce que la communication finalement, si elle n'est limitée qu'à ceux qui utilisent des canaux similaires aux nôtres ? Comment éviter ces situations de handicap partagé à l'avenir ? Quelques mois à peine après ces réflexions, je rentrais à l'institut de formation en ergothérapie de Toulouse. Parallèlement, je commençais à apprendre cette nouvelle langue. Les apprentissages professionnels me confortaient dans l'idée que nous sommes tous différents et qu'il est important de s'adapter à l'autre pour parvenir à le comprendre, mais aussi à se faire comprendre. En poussant ma réflexion, je me suis demandée comment mes compétences en LSF pourraient me servir de levier dans la communication avec des personnes ayant des troubles autres que la déficience auditive.

Dans le contexte de cette étude, nous expliquerons la profession d'ergothérapeute, le concept d'éthique et les différents types d'éthique pouvant s'exploiter en ergothérapie avant de clôturer ce cadre conceptuel par la notion de valeur. Notre théorie sera ensuite exposée, pour faire suite aux éléments précédemment évoqués. Nous présenterons l'identité professionnelle avec les concepts identitaires qui s'y rattachent puis la posture professionnelle qui en découle. Des précisions seront par la suite apportées sur la communication au cœur du soin, pour en savoir davantage sur son système et sa segmentation. En effectuant un lien avec la communication non-verbale, nous évoquerons la langue des signes française comme moyen de communication utilisant principalement le canal visuel. Puis la notion du bilinguisme sera explorée afin de cerner comment cette compétence linguistique peut optimiser la relation de soin. La problématique soulevée cherchera alors à savoir quelle est l'influence des compétences en langue des signes française sur la posture professionnelle des ergothérapeutes exerçant en France ou en francophonie ?

Pour répondre à cette question, nous dévoilerons notre méthodologie d'expérimentation qui se veut qualitative avec une approche inductive. Puis seront présentés les résultats obtenus, leur analyse, leur interprétation ainsi que la discussion qu'ils suscitent avant de clôturer cette étude. La communication semble plus efficace lorsque plusieurs canaux sont sollicités pour favoriser la compréhension du discours. Afin d'être cohérent avec notre sujet d'étude, des éléments visuels seront donc utilisés pour illustrer nos propos (McCrudden et al., 2007).

# 1- Cadre conceptuel

## 1-1 Pratique ergothérapique

### 1-1-1 Définition de la profession d'ergothérapeute

L'ergothérapie est une profession qui se préoccupe de la promotion à la santé et au bien-être à travers l'occupation (Mehanneche, & World Federation of Occupational Therapists, 2011). Effectivement, l'occupation est une notion fondatrice en ergothérapie, on parle d'*occupational therapy*. Loin des idées reçues, l'occupation ne se définit pas par ce que l'on fait pour s'occuper. L'occupation représente toutes ces choses qui font sens pour nous et nous occupe. C'est la raison pour laquelle les ergothérapeutes conçoivent l'être humain comme un être occupationnel (Drolet, 2014; Mehanneche, & WFOT, 2011). L'ergothérapie a pour objectif de maintenir, restaurer et de permettre la réalisation des activités de la vie quotidienne de manière efficace, sécurisée et autonome (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2021). Cette profession est de plus en plus présente dans l'environnement familial, scolaire, professionnel, social et de loisirs. Outre ses actions en institutions, l'ergothérapie s'applique davantage aux milieux de vie ordinaire. L'ergothérapeute peut donc intervenir à tous les âges de la vie, que ce soit dans une visée de prévention, d'éducation, de rééducation, de compensation ou d'adaptation/réadaptation, d'insertion/réinsertion (Hernandez, 2010).

### 1-1-2 Éthique et ergothérapie

#### 1-1-2-1 Le concept d'éthique

L'éthique est une discipline philosophique qui se construit comme une réflexion rationnelle et critique s'intéressant aux valeurs, aux vertus, aux principes et aux normes du vivre-ensemble d'une société orientant ainsi la conduite humaine, celle des groupes, des institutions et des organisations de manière souhaitable. L'éthique cherche alors à « *guider l'action humaine pour le mieux-être de l'humanité* ». « *L'éthique concerne ce que nous devons les uns aux autres* » (Drolet, 2014, p.3 et p.24).

Il faut savoir qu'être professionnel, ce n'est pas seulement appliquer des connaissances et actualiser des compétences techniques et scientifiques. Il est également important d'être compétent sur le plan éthique pour faire preuve d'une bonne conduite professionnelle (Drolet, 2014).

Le savoir-agir nécessaire dans toutes compétences professionnelles comprend trois dimensions. Par déduction, la compétence éthique de l'ergothérapeute est également soumise à ces paramètres (Drolet, 2014).

La première dimension est celle du savoir, soit les compétences théoriques apprises lors de la formation par exemple. La deuxième est la dimension du savoir-faire, soit les compétences décisionnelles relatives à la réflexion éthique qui peut s'expérimenter lors de l'exercice professionnel. La dernière dimension est le savoir-être, une compétence comportementale qui dépend de la construction identitaire et de l'évolution de celle-ci (Drolet, 2014).

Puis, il existe 3 grandes familles de théories éthiques contemporaines qui s'appliquent à l'ergothérapie : l'éthique utilitariste, l'éthique déontologique et l'éthique des vertus que nous verrons respectivement dans cet ordre (Drolet, 2014).

### 1-1-2-2 Éthique utilitariste et ergothérapie

L'utilitarisme est une théorie téléologique et conséquentialiste, c'est-à-dire que seules les conséquences des actions sur le bien-être des personnes importent. Ainsi, pour un utilitariste, « aucun acte ne s'avère bon ou mauvais en lui-même », car l'acte est jugé en fonction du résultat qu'il génère (Drolet, 2014, p.115). La valeur éthique des actions serait alors déterminée par les conséquences et la valeur éthique de celles-ci serait évaluée selon le critère de l'utilité faisant écho au nom de la théorie : l'utilitarisme. Le bonheur, le plaisir, le bien-être, qu'il soit individuel ou collectif, la bienveillance, l'égalité, l'impartialité, la justice, la liberté, la qualité de vie, la santé, l'utilité et la vie sont des valeurs considérées comme utilitaristes. Et certains principes d'action, tels que la bienfaisance et la non-malfaisance découlent de ces valeurs (Drolet, 2014).

Chaque ergothérapeute a le devoir d'identifier les valeurs qui donnent du sens à son existence et qui orientent ou devraient orienter sa pratique professionnelle (Drolet, 2014).

### 1-1-2-3 Éthique déontologique et ergothérapie

L'éthique déontologique, elle, n'est ni conséquentialiste ni téléologique. En effet, pour les déontologues, ce ne sont pas les conséquences qui déterminent l'action à accomplir bien qu'elles aient une incidence. La déontologie est la science du devoir et la théorie éthique déontologique tend à définir les devoirs éthiques que tout être humain a envers ses semblables, en toute situation, pas seulement dans le cadre de l'exercice d'une profession. En effet, il est important de distinguer l'éthique déontologique de la déontologie professionnelle (Drolet, 2014).

L'éthique déontologique aide l'ergothérapeute à définir ses devoirs ainsi que les droits de ses clients, elle peut alors faciliter le développement de cette compétence professionnelle qui trouve notamment sa pertinence dans la notion de justice occupationnelle (Drolet, 2014).

On note que, peuvent être considérés comme étant de nature axiologique de nombreuses valeurs, telles que l'assentiment des personnes inapte ou mineur, l'autonomie, la confidentialité, le consentement libre, éclairé et continue des personnes aptes ou majeures, la dignité, l'égalité, fraternité, l'impartialité, la justice, la liberté, la réciprocité, le respect, la tolérance, la vie humaine et la vie privée (Drolet, 2014).

### 1-1-2-4 Éthique des vertus et ergothérapie

L'éthique des vertus est dite casuistique car elle mise sur le cas par cas. De plus, cette éthique revendique l'importance de ne pas se couper de ses émotions pour être en mesure de se comporter de manière éthique, il s'agit du premier élément incitant à utiliser l'éthique des vertus. L'éthique des vertus est alors perçue comme une invitation à trouver le juste équilibre entre la raison d'une part et les émotions d'autre part. Cette manière plus émotive, plus relationnelle et plus attentionnée de concevoir l'éthique concerne de près l'ergothérapeute qui a le devoir d'offrir non seulement des services personnalisés de qualité mais aussi centrés sur la personne. Cependant, même si l'ergothérapeute dans sa relation thérapeutique ne doit pas se couper de ses émotions afin de pouvoir s'ouvrir à l'autre pour être disponible, attentif et à l'écoute, il ne doit pas non plus se laisser emporter par elles, il doit être en mesure de prendre une certaine distance et apprendre à gérer ses émotions (Drolet, 2014).

Pratiquer une éthique vertueuse permettrait de développer des « excellences de caractère » plus connus sous le nom de vertus, telles que l'authenticité, la droiture, l'honnêteté, le respect, la bonté, courage, l'humilité, la patience, l'écoute, le dévouement, la disponibilité, la transparence, la probité et la créativité (Drolet, 2014, p.195).

Finalement, les différents types d'éthique se rejoignent et se complètent pour faire des ergothérapeutes de bons professionnels de santé ayant une approche client centrée (Drolet, 2014).

## 1-1-3 Valeurs de l'ergothérapie

### 1-1-3-1 La notion de valeur

La notion de valeur est importante et centrale en éthique, ce qui explique que les valeurs se présentent comme des idéaux de nature éthique. Toujours est-il qu'une définition plus utile à l'ergothérapeute a retenu notre attention. En portant attention à l'étymologie du mot valeur, on constate que celui-ci provient du mot *valor*, lequel remonte au verbe latin *valere* qui signifie valoir. Or, valoir quelque chose fait écho au fait de posséder des qualités désirables ou estimables. C'est pour cela que généralement, on peut déclarer ou affirmer que quelque chose a de la valeur lorsqu'on lui accorde de l'intérêt, de l'estime, de l'importance, ou de l'utilité (Drolet, 2014).

Le domaine du devoir-être vu précédemment dans les dimensions des compétences professionnelles comprend entre autres les normes et les valeurs. C'est ce qui pourrait expliquer que les valeurs d'une personne teintent sa personnalité éthique (Drolet, 2014).

### 1-1-3-2 Les valeurs personnelles

Les valeurs d'une personne orientent, implicitement comme explicitement, ses préférences, ses décisions, ses attitudes ou encore ses actions. On en conclut alors que les valeurs forment une composante importante de l'identité d'une personne. C'est l'une des raisons pour laquelle tout ergothérapeute devrait connaître ses valeurs personnelles. Afin de comprendre sa façon d'interagir avec les autres ainsi que la manière dont il résout les enjeux éthiques que soulève sa pratique professionnelle (Drolet, 2014).

Nonobstant, même si les valeurs d'une personne constituent en quelque sorte les racines de son être, il faut savoir que l'éthique s'expérimente quotidiennement, la vie est faite d'expériences, d'événements (situations de crise) qui joint à des contextes particuliers, amènent des questionnements existentiels capable d'engendrer un réajustement de certaines valeurs. On comprend alors que c'est la confrontation à la réalité qui nous pousse à faire des choix qui s'appuient sur nos valeurs et qui nous permettent ainsi de peaufiner notre identité (Drolet, 2014).

### 1-1-3-3 Les valeurs professionnelles

Les valeurs professionnelles s'ajoutent aux valeurs personnelles d'un individu, parfois les renforçant, parfois les modifiant. Comme toute profession, l'ergothérapie possède des valeurs qui constituent une part importante de l'essence de la profession, c'est-à-dire de sa nature profonde, de son ontologie, de son être. C'est la raison pour laquelle, l'occupation, la personne, l'environnement, la justice, la pratique centrée sur la personne, la santé et le bien-être sont des valeurs estimées par Townsend et Polatajko qui demeurent dans la profession d'ergothérapeute telle que nous la connaissons aujourd'hui (Drolet, 2014).

Il faut savoir qu'au sein d'une équipe interdisciplinaire, les ergothérapeutes peuvent avoir des difficultés à définir leur profession ainsi que leurs champs d'action spécifiques à cause de l'hétérogénéité qui cerne les valeurs de la profession. À ces valeurs sont associées de nombreuses croyances qui participent à la construction identitaire des professionnels dont découle la posture professionnelle. C'est la raison pour laquelle il serait mal avisé de les négliger. Une identité professionnelle fragile engendre une augmentation de la prévalence de l'épuisement professionnel. Il est important que les thérapeutes reconnaissent leurs propres valeurs sans les imposer aux clients. (Drolet, 2014).

Tout ergothérapeute doit avoir conscience de sa vision biaisée de la société, de l'être humain, et du monde. En effet, les valeurs de la profession s'inscrivent dans une vision humaniste, laïque, rationnelle et pragmatique du monde, de l'être humain et de la société. Manifestement, les valeurs personnelles, professionnelles et institutionnelles sont influencées par les valeurs sociales (Drolet, 2014).

En reprenant les idées de l'auteur ci-dessus, un professionnel se définit comme une personne capable d'adapter sa réflexion aux situations qu'il rencontre dans sa pratique, de façon à agir de manière éthique et à établir, un caractère éthique forgé par ses décisions et ses actions antérieures qui se révèlent constructives de son bagage personnel et professionnel (identité professionnelle et posture professionnelle).

## 2- Cadre théorique

### 2-1 Identité et posture des ergothérapeutes

#### 2-1-1 Identité professionnelle

##### 2-1-1-1 Définition de l'identité professionnelle

L'identité professionnelle se réfère à l'ensemble des représentations, des valeurs, des connaissances, des croyances, des compétences et des comportements qu'un individu peut acquérir au cours de sa formation professionnelle et pouvant évoluer au cours de sa carrière (Adams et al., 2006).

Selon Tan, Van Der Molen et Schmidt (2017), le développement de l'identité professionnelle passe par cinq dimensions. Le premier élément est le développement des savoirs disciplinaires (*knowledge about professional practice*) qui fait référence aux unités d'enseignement explorées durant les années de formation. Les auteurs apportent également cette notion de vocabulaire spécifique dit ergothérapique qui permet aux étudiants en ergothérapie de signifier leur appartenance. Le second élément est le fait d'avoir un modèle professionnel idéal (*having the professional as a role model*), quelqu'un qui inspire et sert d'exemple, ce qui peut aider à définir des objectifs. S'en suit le fait d'avoir des expériences de terrain (*experience with the profession*), comme des stages conventionnés ou des mises en situation. Ensuite, le quatrième élément est le fait de se sentir en synchronie avec les valeurs et façons de faire de la profession (*preference for a particular profession*). Quant au dernier élément, celui-ci se rapporte au fait d'avoir confiance en ses compétences professionnelles (*professional self-efficacy*). Ce qui peut s'avérer nécessaire pour s'affirmer auprès des autres corps de métier, prendre des décisions, mener ses missions à bien et persévérer lorsque cela semble nécessaire (Tan et al., 2017).

La construction identitaire des ergothérapeutes s'effectue en grande partie durant les années de formation en ergothérapie. Les fondements du métier se consolident au fil des expériences sur le terrain qui favorisent le développement de la confiance en soi et l'estime de soi qui permet à l'ergothérapeute d'agir et ainsi d'augmenter son sentiment d'efficacité personnelle. Les divers événements du cursus de formation comme les travaux de groupe pluridisciplinaires, les stages d'observation, le tutorat ou encore l'entraide entre les différents membres d'une même promotion contribuent à l'affinement des connaissances sur la nature du travail des ergothérapeutes.

L'aisance à définir l'ergothérapie aux autres se démarque comme un bon indicateur de l'identité professionnelle chez les ergothérapeutes. La connaissance de la nature du travail est nécessaire afin de définir ses missions, mais aussi ses limites (Thibault, 2018)<sup>1</sup>.

## 2-1-1-2 Concepts identitaires

Royeen (2003) soutient que l'identité professionnelle en ergothérapie est reliée au concept d'occupations (Royeen, 2003). Mais une étude menée en 2016 par Nicola-Richmond, Pépin et Larkin suggère qu'ils existent plusieurs concepts identitaires en ergothérapie et sont classés de la sorte : 1) la compréhension et l'application des modèles et des théories ergothérapeutiques; 2) la pratique fondée sur des résultats probants; 3) le raisonnement clinique; 4) les compétences et connaissances spécifiques à la discipline; 5) la pratique en tenant compte du contexte; 6) l'approche centrée sur le client; 7) l'occupation; 8) le rôle de l'ergothérapeute; 9) la pratique réflexive et 10) l'approche holistique (Royeen, 2003; Nicola-Richmond et al., 2016; Thibault, 2018). Nous allons notamment nous attacher au sixième concept identitaire pour approfondir notre théorie.

### 2-1-1-2-1 Approche centrée sur la personne

L'approche centrée sur la personne (ACP) s'inspire des recherches de Carl Rogers menées dans les années 1940 dans le domaine de la psychothérapie. Une des caractéristiques de cette approche est qu'elle se définit par une attitude envers les personnes, ce qui peut faire référence à la posture professionnelle adoptée. Le principe est de poser un regard sur la personne de manière holistique (Devonshire et al., 2011).

La communication est l'outil indispensable dans l'ACP, pour se comprendre et interagir dans la thérapie occupationnelle (Tickle-Degnen, 2002). Le discours doit être sous une forme compréhensible et accessible, utilisant les principes de l'écoute active pour permettre à la personne de devenir actrice de ses soins et de ne plus les subir, améliorant ainsi la qualité de ceux-ci. Effectivement, les clients s'attendent à ce que leur avis soit sollicité et que leurs valeurs soient respectées afin qu'ils puissent conserver leur dignité et leur intégrité tout au long du processus d'intervention en ergothérapie. Comme vu précédemment dans le cadre conceptuel, les clients ont des droits. Parmi ceux-ci, nous nous attacherons à celui décrit par l'article L. 1111-4 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, stipulant le droit de la personne de recevoir des

---

<sup>1</sup>Thibault, C. (2018). *Le développement de l'identité professionnelle chez des étudiants et récents diplômés en ergothérapie* [Essai, Université du Québec à trois-rivières]

informations claires permettant ainsi de prendre des décisions. Les thérapeutes doivent être capables de reconnaître leurs limites pour indiquer à leurs clients les situations dans lesquelles ils peuvent ou non intervenir. Ce partenariat respectueux, chaleureux, participatif et compréhensif entre les thérapeutes et les clients, conduit à une amélioration de la satisfaction de ceux-ci (LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002).

Les ergothérapeutes qui centrent leur pratique sur le client font preuve d'ouverture et d'honnêteté dans la relation thérapeutique définie par la confiance, le respect de l'autre, l'attention et bien d'autres (Law et al., 1995).

### 2-1-1-2-1-1 Écoute active

*“If we could all just learn to listen, everything else would fall into place. Listening is the key to be patient centred”* Ian McWhinney (cité par Robertson, 2005, p.1053)

Selon Ian McWhinney (1989), l'écoute active est la clé pour être centrée sur la personne. Voyons ensemble plus exactement ce qu'est l'écoute active et ce qu'elle implique dans la relation thérapeutique.

L'écoute active n'est pas une qualité innée, elle consiste à reformuler le message de l'orateur, à poser des questions le cas échéant et à maintenir une participation non-verbale modérée à élevée à la conversation. Il s'agit d'une compétence thérapeutique de communication non-négligeable, surtout lors de la création de la relation de confiance avec la personne. Elle est également appelée écoute empathique, technique de l'orateur-auditeur, écoute réfléchie, écoute dialogique, et autres (Weger Jr et al., 2014). La personne qui écoute est dans une attitude non jugeante, que ce soit des valeurs, des mots ou des actes de la personne qui finalement n'engagent qu'elle. Le but est d'accueillir, mais aussi d'être présent pour l'autre dans cette attitude, qui rend l'écoute active, précise et patiente (Galam, 2014).

Il faut savoir que l'écoute active est une compétence de communication spécifique qui exige, une concentration et une attention particulière à tout ce que transmet la personne, tant verbalement que non verbalement pour tenter de la comprendre dans sa globalité. Cela peut s'avérer laborieux et coûteux cognitivement. En effet, cela nous demande d'écouter le message enfoui dans les mots, la voix, l'apparence et le langage corporel de l'autre. C'est alors que la communication de base s'étend à la prise en compte de l'aspect verbal mais aussi de l'aspect non-verbal grâce aux compétences d'écoute active (Robertson, 2005).

Il a été prouvé que les connaissances en termes d'écoute et de communication non-verbale influent sur le niveau de sensibilité multiculturelle d'un individu. La compréhension culturelle et les compétences en communication fournissent des cadres pour développer la tolérance et la compréhension. Il s'agit de paramètres importants pour une communication efficace, celle-ci étant considérée comme essentielle (Timm & Schroeder, 2000).

On constate que l'utilisation de la communication non-verbale, par l'expression faciale, le toucher et une plus grande proximité physique semble faciliter l'écoute active et contribue à développer l'empathie ainsi que la relation thérapeutique de confiance avec la personne. On comprend alors qu'une communication efficace dépend de la capacité du professionnel de santé à écouter et à utiliser les compétences de communication non-verbale (Kacperck, 1997).

Bien entendu, la communication sera définie ultérieurement. Si l'ACP et l'écoute active permettent d'intégrer des postures créant un climat favorable avec la personne, concernant l'ergothérapie, la recension des écrits appuie l'importance de l'appropriation de l'identité professionnelle qui conduit à la résilience professionnelle, l'autorégulation et la confiance en soi. Mais notons surtout, que l'identité professionnelle permet d'adopter une posture professionnelle adéquate à l'accomplissement des missions spécifiques (Thibault, 2018).

## 2-1-2 Posture professionnelle

### 2-1-2-1 Définition de la posture professionnelle

Selon LAROUSSE, la posture au sens propre se définit comme la position du corps ou d'une de ses parties dans l'espace, au sens figuré elle correspond à une attitude adoptée pour donner une certaine image de soi et donc se lie à la notion de l'estime de soi. Par ailleurs, un professionnel est celui qui exerce une profession, un métier de manière très compétente, c'est donc un expert.

Nous comprenons alors qu'une posture professionnelle, bien qu'elle soit subjective et propre à chacun, fait référence à une attitude d'expert que l'on manifeste dans le but d'être efficace mais surtout adapté aux missions et aux attentes de notre profession.

Cependant, notons qu'une posture évolue, le *body langage* qui en émane peut se modifier et se réajuster en fonction du contexte et de l'interlocuteur. Effectivement, au cours d'une carrière, suite à de nouveaux apprentissages ou à l'évolution de la pratique professionnelle, la perception de la posture professionnelle à adopter peut changer.

## 2-1-2-2 Le professionnalisme

Développer sa posture équivaut à accepter une transformation intime qui s'opère dans le temps. Elle est façonnée par nos croyances et orientée par nos intentions, exerçant ainsi une influence sur nos actions, leur donnant sens et justification (Starck, 2016).

Le professionnalisme, dans son essence, est une attitude par laquelle nous assumons un rôle particulier dans la réalisation des activités. Dans le cas présent, il s'agit du rôle d'ergothérapeute dans le processus d'intervention. De plus, nous le savons, avant d'assumer un rôle, il faut s'imprégner des caractéristiques du personnage. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'avoir pleinement connaissance de son identité professionnelle pour manifester une posture de qualité et ainsi être qualifié de compétent. Le professionnalisme découlerait alors du processus maturatif de la construction identitaire des professionnels (Collier, 2012).

En 2008, Georges Legault observe que l'évolution des professions s'avère liée à une exigence croissante à l'égard du professionnalisme, c'est-à-dire de l'éthique professionnelle. L'ergothérapie n'échappant pas à cette évolution, le professionnalisme dépend lui aussi de la posture éthique adoptée par le professionnel (Drolet, 2014).

On en conclut que ce sont les apprentissages joints aux situations rencontrées sur le terrain qui favorisent l'intégration d'une posture de métier, composé de l'incorporation d'un schéma corporel neuf d'une part et de l'autre part le renoncement à d'autres postures potentielles. C'est avec l'expérience que l'on s'approprie le juste milieu entre la proximité avec la personne et la distance professionnelle nécessaire pour préserver des capacités de discernement (Starck, 2016).

## 2-2 La communication au cœur du soin

### 2-2-1 L'origine du langage

Le langage est l'outil premier qui fonde l'homme et sa culture (Belissen et al., 2018). Nous sommes des êtres sociaux, c'est la raison pour laquelle le langage constitue un élément essentiel de notre humanité (Corballis, 2001a). Mais il faut savoir que le langage est loin d'être subitement apparu dans notre évolution. Notre capacité, à user du langage parlé résulte d'une conjonction entre de multiples éléments neurologiques et anatomiques. Il est important de préciser qu'à la genèse de notre évolution, les premiers Hominidés auraient été mieux adaptés à la communication intentionnelle avec leurs mains. En effet, il semblerait que notre facilité à

accompagner nos discours de gestes laisse penser que le geste a précédé la parole. L'émergence spontanée des langues des signes confirme que la communication gestuelle est aussi naturelle à la condition humaine que le langage articulé (Corballis, 2001b). D'ailleurs, M. Donald déclare considérer que si la communication gestuelle se démarque du langage, elle semble pourtant en être un précurseur. Ce phénomène se retrouve également chez l'enfant qui fait intervenir dans un premier temps la communication non-verbale et ce n'est qu'après, environ à partir de sa deuxième année de vie que la communication verbale va se mettre en place. Ces deux communications vont alors évoluer ensemble sans pour autant être en compétition (Cosnier, 1977). L'utilisation et le mélange en proportion variable des outils verbaux et non-verbaux correspondent à ce que l'on appelle la multicanalité. Ce phénomène se retrouve chez l'Homme, dont les modes de communications s'adressent principalement à l'ouïe et à la vue. Cependant, le message audio-visuel peut se présenter sous deux formes différentes, soit directement avec des images et des sons, soit avec une médiatisation par des signes et des symboles codifiés (Cazeneuve, 1963).

### 2-2-2 Précision sur la communication

D'après Larousse, communiquer revient à transmettre à l'autre. Une notion de partage est alors sous-jacente. De plus, Larousse définit la communication comme l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, généralement par le langage c'est-à-dire par un échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur. Il faut donc au moins deux personnes pour créer l'échange. C'est ce que l'on retrouve dans la relation thérapeutique : hormis les compétences pratiques, le processus d'intervention ergothérapique se compose principalement de la communication (Tickle-Degnen, 2002). Pour que celle-ci soit efficace, un cadre de confiance doit être établi en amont. Comme évoqué lors du passage sur l'écoute active, la communication commence par l'écoute et ne se limite pas aux mots, mais s'articule également autour d'éléments plus complexes dits non-verbaux ainsi que le contexte et l'environnement de l'échange.

### 2-2-3 Système de communication

De nombreux auteurs ont démontré que la communication met en place plusieurs éléments : une source avec un message, un émetteur qui code le message, un canal qui transmet le message, un récepteur qui décode le message qui parvient au destinataire.

La communication se décompose en deux parties : la communication explicite (dite verbale) et implicite (dite non-verbale comprenant le para-verbal). Il existe alors une coexistence permanente entre les messages verbaux et non-verbaux et ces derniers peuvent renverser le sens d'un mot ou au contraire l'appuyer. Pour véhiculer le message codé, au niveau sensoriel, les cinq sens (vue, ouïe, audition, goût et odorat) peuvent être utilisés comme canaux de communication. Néanmoins, si le destinataire n'en connaît pas le code, le message ne pourra être perçu ni compris. Il est alors de rigueur que l'émetteur et le récepteur aient connaissance du code utilisé (Maquet-Mauchien, 2019)<sup>2</sup>.

La relation thérapeutique relève d'un échange ce qui implique des temps d'expression partagés entre les deux protagonistes au cours de la conversation. En fonction de ce que l'autre renvoie, il est alors possible de se réajuster pour que le message soit compris et bien reçu.

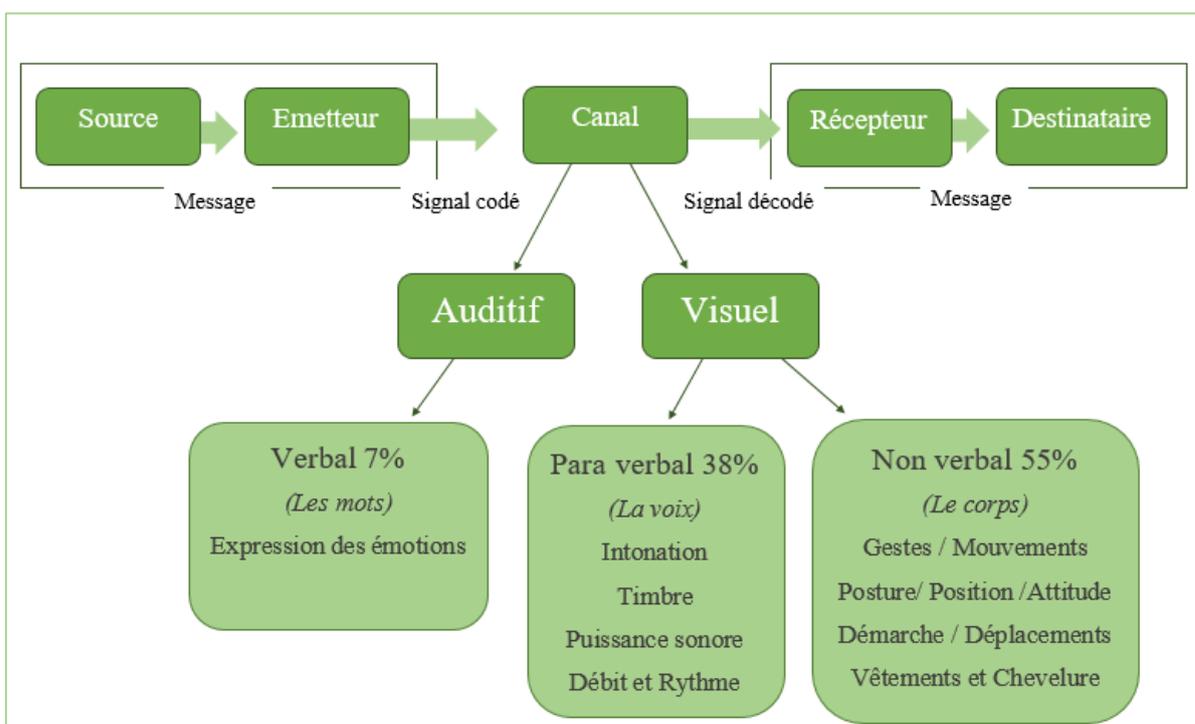


Schéma 1 : Système de communication audio-visuel inspiré par la théorie de Shannon (1952) et celle de Mehrabian (2007)

<sup>2</sup> Maquet-Mauchien, V. (2019). *La communication : Outil central de la relation soignant-soigné* [Exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier].

## 2-2-3-1 Segmentation de la communication : théorie de Mehrabian

Au sujet de la communication, il est vrai que le langage du corps, la posture, le ton de la voix ainsi que d'autres facteurs non-verbaux ou para-verbaux entrent en jeu lors d'un échange. En se basant sur la théorie de Mehrabian et de ses collaborateurs, la communication serait composée à 7% de verbal, 38% de para-verbal et 55% de non-verbal. Il est à noter que c'est uniquement dans le cadre de l'expression des émotions que peut s'appliquer cette équation. Ce qui est le cas dans le processus d'intervention ergothérapique, par exemple, lorsque l'on doit faire preuve d'empathie (Mehrabian, 2007). Souvent considéré comme superflu, le non-verbal représente la composante majoritaire de la communication (Mortensen, 2017). On peut donc dire qu'elle est primordiale, une étude a d'ailleurs démontré que même les gestes les plus simples peuvent influencer sur la perception des sons de la parole que l'on peut entendre. Lors d'une conversation en face-à-face, pour transmettre notre message, nous utilisons notre corps, dans notre posture, notre condition spatiale (distance à l'autre), nos expressions faciales et nos mains (Rutger Bosker, 2021).

Aussi, nous comprenons que pour parler efficacement et significativement de nos émotions, mais aussi pour recevoir celles de l'autre, ces trois composantes de la communication doivent être prises en compte, car elles ont chacune leur importance et sont liées les unes aux autres. Il est fondamental de rester et de paraître naturel, tout en respectant l'espace personnel de la personne. Néanmoins, nous sommes conscients que chaque individu est unique. Certains auront besoin de proximité, d'autres non. S'il est opportun d'observer la zone de confort de l'autre pour investir l'espace de façon à favoriser le rapport de confiance, il est tout autant judicieux de préserver une certaine distance thérapeutique afin de rester vigilant et apte à remplir notre part du contrat thérapeutique (Nasielski, 2012; Roustant, 2011)<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Roustant, O. (2011). *L'écoute active : POSTURES, TECHNIQUES ET OUTILS AU SERVICE DE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE, DE LA GESTION DE CONFLIT ET DE LA RELATION SAINTE* est une formation sur l'écoute active reconnue par le ministère des solidarités et de la santé (académie de la réunion).

## 2-2-3-1-1 Communication non verbale

La communication non-verbale utilise des canaux différents de celui de la verbalité. Pour les ergothérapeutes, il peut s'avérer avantageux d'être sensibilisé à l'usage de cette multicanalité capable de renseigner sur l'état global de la personne.

Par exemple, le visage intervient beaucoup dans les interactions interpersonnelles, même si, l'analyse de la face est actuellement entravée par le port du masque, exigé pour combattre l'épidémie de la COVID-19 (Mheidly et al., 2020). En règle générale, le visage représente un indicateur pour l'interlocuteur : les expressions faciales permettent la reconnaissance des six émotions principales : la joie, la peur, la surprise, la tristesse, la colère et le dégoût (De Lavergne, 2010). Plusieurs théoriciens affirment que le changement lent d'expression faciale transmet une émotion, tandis que le regard ou le changement rapide d'expression faciale sert principalement de régulateur de la communication (Argyle, 1973; Maquet-Mauchien, 2019; Mehrabian, 1969). De plus, selon Darwin (1872) les mimiques faciales se distinguent des autres indices corporels qui seraient respectivement indicatrices des diverses émotions et indicateurs de l'intensité de celles-ci (Cosnier, 1996).

De surcroît, la posture appartenant au registre non-verbal appuie le canal de communication verbal en ponctuant le début ou la fin d'un discours, par exemple. La posture se révèle donc régulatrice comme bons nombres de composants de la communication non-verbale, elle peut servir d'élément régulateur du langage. En revanche, si la posture permet au professionnel de santé d'obtenir des informations sur la personne, l'inverse aussi est possible. La posture et l'orientation du corps dans l'espace, véhiculent un message soumis à l'interprétation de l'observateur, ce qui est subjectif. Nonobstant, deux auteurs soutiennent que, contrairement aux postures et aux expressions faciales fixes / stationnaires les mouvements seraient davantage révélateurs (Cosnier, 1977; Mehrabian, 1969).

On comprend alors que la communication est omniprésente, elle intervient dans tous les échanges interindividuels, qu'ils soient d'ordre personnel ou professionnel. Par ailleurs, s'il est important d'être capable de se saisir de toutes ces composantes, la surconsommation et surexpression par le thérapeute doivent être évitées, il n'est pas nécessaire de submerger la personne sous un flux d'informations trop important. Notre seul objectif est de pouvoir donner les éléments clé, nécessaires à sa compréhension. C'est pourquoi, il peut s'avérer essentiel de réajuster sa gestualité afin de maintenir un échange efficace. Négliger les phénomènes participant aux transferts d'informations reviendrait à mettre de côté certains messages ou

certains paramètres de ceux-ci, générant ainsi des incohérences dans le discours. C'est la raison pour laquelle il est judicieux de trouver le juste milieu. Souvent négligé, le non-verbal n'influence pas que le verbal, il possède aussi sa propre signification. D'autre part, dans certains cas, il s'agit du seul type de communication encore disponible.

Initialement, le geste, qui fait partie intégrante de la communication, intervenait seulement comme une simple représentation du message déjà exposé par la voix. Cette image a évolué pour aujourd'hui prendre en compte le potentiel que possède la gestuelle en tant que véritable moyen de transport de l'information avec une fonction autre qu'un simple support (Kristeva, 1968). En effet, « Avec nos mains, nous lions tout à la fois ce qu'il voit et ce qu'il entend » dit Marielle Lachenal (Tytgat, 2014, p.26). De plus, il s'avère que les gestes les plus simples sont capables d'influencer ce que nous entendons. Nos mains sont des instruments/outils aidant à comprendre ce que nous disons. Le signe et le geste sont des éléments plus précoces et plus concrets et donc plus facilement compréhensibles chez les personnes. On constate que le fait de signer invite à avoir plus d'attention (visuelle) et d'écoute (attention auditive) de l'autre (Tytgat, 2014).

## 2-3 La langue des signes

### 2-3-1 Des langues gestuelles-visuelles

Les langues des signes sont des langues gestuelles-visuelles développées par les Sourds. Il faut savoir qu'il existe un nombre incalculable de langues des signes dans le monde. Il s'agit de langues à part entière, dotées de grammaire parfaitement abouties ainsi qu'une syntaxe différente des langues entendantes. Elles représentent le socle de la culture sourde (Corballis, 2001b). Il s'avère que dans un sens ancien pour désigner un « mouvement conventionnel destiné à communiquer », le terme « signe » est employé (Rondal et al., 1986, p.15). Effectivement, dans le contexte général de l'expressivité corporelle, ces gestes forment des entités signifiantes (Rondal et al., 1986).

Le groupe « Maîtrise de la Langue » de l'académie de Meurthe et Moselle (2006) définit la langue comme un produit socioculturel. Le système complexe qu'est la langue ne cesse de s'enrichir au fil des rencontres évoluant ainsi dans le temps. Ce qui expliquerait dans le cas de la langue des signes française que certains signes diffèrent d'une région à l'autre. La langue apparaît comme un système d'associations et de coordination de signes. Ceux-ci sont similaires aux mots ayant une double facette puisqu'ils créent l'union d'un contenu sémantique, composé d'un concept (signifié) et d'une image acoustique et visuelle (signifiant) (Cuxac, 2000).

## 2-3-2 Paramètres et critères

Il faut savoir que l'émergence spontanée des langues des signes (LDS) confirme que la communication gestuelle est aussi naturelle à la condition humaine que le langage articulé (Corballis, 2001b). De ce fait, lorsque nous parlons, nous sommes généralement soumis à diverses modifications posturales accompagnées de gestes associés à notre discours oral. Ces gestes mobilisent « les bras, les mains, la tête et, dans une moindre mesure, le reste du corps » (Rondal et al., 1986, p.24). L'ensemble de ces signaux servant à accentuer, à ponctuer ou à nuancer le discours ont été définis par Birdwhistelle sous les termes de signaux kinétiques (Rondal et al., 1986).

Dans l'organisation grammaticale du langage gestuel, mais aussi dans la construction des signifiants gestuels, l'expressivité du visage joue un rôle particulièrement important. En effet, contrairement à la langue française qui utilise plusieurs mots pour traduire la même émotion ; en LDS, ce sont les expressions qui nuanceront le sens d'un seul signe. Par exemple, dans la communication gestuelle comme dans la communication verbale, le regard a des rôles contextuels. Dans la pratique de langue des signes, le regard est accaparé par le déroulement de la communication afin de suivre le message et intégrer par la même occasion des éléments informatifs para et non-verbaux, il y a un va-et-vient perpétuel qui s'effectue dans la zone délimitée par la tête, les épaules, les bras et la poitrine où se font les signes (Rondal et al., 1986).

La production de signes se doit de respecter certains critères, soit la position dans l'espace, le mouvement, la configuration de la main et des doigts, l'orientation de la main ou des mains ainsi que l'expression faciale (Rondal et al., 1986).

Pour la position dans l'espace, les gestes s'effectuent autour du corps du signeur, dans un espace qui peut varier en grandeur selon les individus et les situations. La délimitation de cet espace en hauteur, s'étend de la taille jusqu'au-dessus de la tête et représente un parallépipède rectangle. Puis en largeur, il déborde un peu de chaque côté du corps et en profondeur, il va de la surface antérieure du corps à une limite située à une vingtaine de centimètres vers l'avant (Rondal et al., 1986).

Les paramètres de la production de la langue des signes sont les mouvements, l'orientation des mains, et l'expression faciale.

Il existe 24 mouvements regroupés en plusieurs catégories : « Mouvement verticaux, horizontaux, latéraux, circulaires, mouvement d'ouverture et de fermeture, mouvement

combiné, etc » (Rondal et al., 1986, p.34). La main dominante effectue le signe alors que l'autre main ou le bras sert de support. Les gestes peuvent être faits avec une seule main, soit la main dominante ou avec les deux mains. Celles-ci effectuent alors le même mouvement ou travaillent en miroir. Il faut savoir qu'en modifiant légèrement le mouvement, le sens du signe peut être nuancer, de même que le redoublement du signe peut lui donner un sens nouveau (Rondal et al., 1986).

Concernant l'orientation des mains ou de la main, celle-ci peut prendre 5 orientations : la paume « tournée vers (1) l'émetteur, (2) le récepteur, (3) le haut, (4), le sol ou encore (5) être placée sagittalement (c'est-à-dire de profil). Il en va de même lorsque les deux mains sont impliquées dans la formation du geste. L'orientation peut changer durant l'exécution du signe. » (Rondal et al., 1986, p.38). Quant à l'expression du visage, il est important de signifier que si celle-ci varie, le sens des signes peut être différent (Rondal et al., 1986).

### 2-3-3 Reconnaissance de la langue des signes française

L'article 33 de la loi n°91-73 du 18 janvier 1991, dit « amendement Fabius », portant sur les dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales, reconnaît que « la liberté de choix entre une communication bilingue - langue des signes en français - et une communication orale est de droit ». Mais ce n'est qu'avec la loi n°2005-102 sur le handicap du 11 février 2005, que la possibilité de choix établie par la loi de 1991 a été réaffirmée : « Dans l'éducation et le parcours des jeunes sourds, la liberté de choix entre une communication bilingue, langue des signes et langue française et une communication en langue française est de droit ». C'est alors que la langue des signes française (LSF) est officiellement reconnue, ce qui incite à son recours dans l'éducation, les médias ou encore les services publics (Bedoin, 2018, p.46). Cependant, cette information ne fait pas encore sens pour l'ensemble de la société. Il est encore courant d'entendre « langage des signes » ce qui fait référence à un code de communication au lieu de « langue des signes » qui fait référence à une véritable langue (Cuxac, 2000).

Cette langue des signes représente un accès à la communauté sourde, car on ne peut pas « parler des sourds et ne pas savoir parler avec eux » (Belissen et al., 2018, p.28). C'est alors grâce à la communication que tombe le mur séparant nos deux mondes (Belissen et al., 2018).

## 2-3-4 Utilisation alternative de la LSF

La LSF constitue un moyen de communication alternatif permettant à la fois de comprendre et de se faire comprendre (Bedoin, 2018). L'exercice que demande cette langue permet de perfectionner les compétences d'observation. L'attention portée aux différents éléments même les plus fins dans le but d'être plus sensible à l'ensemble du message que nous transmet l'interlocuteur se développe alors. Toutefois, pour les entendants, l'apprentissage de la langue des signes peut s'avérer laborieux du fait de sa syntaxe qui diffère de celle des langues orales. C'est l'une des raisons pour laquelle le français signé est un système intermédiaire entre la LSF et le français parlé souvent utilisé par les entendants souhaitant apprendre un système de communication gestuel. Comme son nom l'indique, le français signé est le français parlé traduit en signes, c'est-à-dire que celui-ci ne respecte pas la syntaxe de la langue des signes française mais utilise les signes homologués qui lui sont rattachés (Cuxac, 2000). C'est la raison pour laquelle je m'attache aux compétences développées en LSF par les ergothérapeutes (entendants) sans exiger une parfaite expression de cette langue.

Quant à l'utilisation de la LSF dans la pratique professionnelle, celle-ci peut être partielle. En effet, certains signes sont complexes et donc limitent l'utilisation de l'intégralité de la langue en fonction des interlocuteurs. Selon les compétences cognitives de la personne, les signes ne sont pas toujours intégrés dans un contenu sémantique, mais peuvent s'exprimer sous forme d'injonction afin de pouvoir interagir avec l'autre. Par exemple, depuis quelques années, la LSF connaît un essor non-négligeable, principalement dû à son utilisation auprès des enfants sous la forme de « bébé signes » visant à améliorer la compréhension, à développer le langage ou à pallier celui-ci (ex: dans le cas d'une dysphasie expressive) (Cuny et al., 2004).

Dans un second temps, il est important de signifier, qu'au-delà de l'aspect relationnel dans la communication, les compétences de la LSF sont transposables à d'autres sphères pouvant être travaillées en ergothérapie, comme l'expression corporelle, la dissociation des doigts, l'expression des émotions par le faciès, etc.

La pratique de cette langue visuo-gestuelle est basée sur l'observation nécessitant d'être attentif aux signaux renvoyés par l'interlocuteur. Cela permet le développement d'une sensibilité particulière à la façon de communiquer, mais aussi à la compréhension (de nous et de l'autre au cours de la conversation), car les gestes utilisés sont différents du langage habituel, ils

possèdent ici un sens. Il s'agit d'un apport non-négligeable surtout face à une population ayant des difficultés de communication.

## 2-4 Le bilinguisme

### 2-4-1 Exploration du bilinguisme

Selon Larousse, le bilinguisme dit individuel se définit par une « situation d'un individu parlant couramment deux langues différentes ». Néanmoins, nous nous attacherons à la définition de Grosjean (1993), selon laquelle, le bilinguisme se définit par « la capacité de produire des énoncés significatifs dans deux (ou plusieurs) langues, la maîtrise d'au moins une compétence linguistique (lire, écrire, parler, écouter) dans une autre langue, l'usage alterné de plusieurs langues, etc » (Grosjean, 1993, p.14). Les bilingues sont alors soit des personnes qui parlent au moins deux langues avec un niveau de compétence différent dans chacune d'elles, soit, des personnes qui possèdent une maîtrise parfaite de deux (ou plusieurs) langues, ce qui est un phénomène plutôt rare (Grosjean, 1993).

Le bilinguisme donne la capacité de choisir la langue la plus adaptée à l'interlocuteur, au contexte linguistique, au thème de l'échange, mais le plus souvent les bilingues ont développé une bonne sensibilité à ces facteurs (Kail, 2015). Le bilingue manifeste un potentiel communicatif qui ne doit pas être estimé au moyen d'une seule langue car « le bilingue est un tout » (Grosjean, 1993, p.15). C'est -à -dire que la coexistence et l'interaction des deux langues ont créé en lui un ensemble linguistique qui est difficilement décomposable en deux monolinguisms (Grosjean, 1993). Le bilinguisme est donc une compétence linguistique qui permettrait de lever les obstacles lors du parcours de soins des patients sourds et malentendants par exemple.

Comme vu précédemment, l'être humain est par nature un être de communication. Il communiquera à l'aide d'une seule langue, de deux ou de plusieurs, s'il le faut. À défaut de pouvoir parler et entendre, il utilisera une langue des signes et à défaut de celle-ci, il en inventera une (Grosjean, 1993). La vie ne devient jamais ennuyeuse, car il n'y a pas qu'une seule langue disponible (Grosjean, 2011b). À ce sujet justement, spontanément, nous pourrions penser que le bilinguisme n'est applicable qu'aux langues dites vocales. Or la définition du bilinguisme ne fait point de distinction entre une langue vocale et une langue gestuelle. Nous pouvons donc en conclure que le bilinguisme est également applicable aux langues dites vocales comme aux langues dites gestuelles. Nous rappelons que la langue des signes française a été reconnue en

2005 comme une langue à part entière et c'est la raison pour laquelle nous poursuivrons plus spécifiquement avec le bilinguisme Français/LSF (Bedoin, 2018).

## 2-4-2 Bilinguisme Français/LSF

L'actuelle envolée de la LSF, sensibilise bon nombre d'entendants à son apprentissage. En effet, elle procure une communication non-verbale par des signes homologués soit un code gestuel standardisé. Cependant, il existe quelques limites à l'utilisation de la LSF, car cette langue gestuelle fonctionne différemment de la langue française et beaucoup d'entendant expriment des difficultés à la maîtriser de par la complexité de certains signes (Cuxac, 2000).

Les bilingues soulignent que le bilinguisme favorise l'ouverture d'esprit, offre des perspectives différentes sur la vie, réduit l'ignorance culturelle et permet de communiquer pleinement avec le monde environnant (Grosjean, 2011a). Comme me l'a écrit une personne bilingue langue des signes / langue orale, « le bilinguisme vous donne une double perspective sur le monde » (Grosjean, 2011b, p.1).

L'avantage du bilinguisme Français/LSF est que celui-ci peut se manifester de façon simultanée, car l'un n'empêche pas l'autre. Il n'y a pas de nécessité d'alternance entre les deux, celles-ci se complètent. Les signes porteurs de sens accompagnent alors le discours.

Selon une étude américaine menée par les chercheurs de l'Université d'État de San Diego qui analyse l'influence de l'*American Sign Language* (ASL), en tant que deuxième langue sur les gestes (également appelés « *co-speech* ») qui sont utilisés lorsque l'on parle anglais. Le fait d'avoir des compétences en ASL augmente de manière significative le taux de gestes effectués durant le discours ; il s'agissait en particulier de gestes représentant les attributs, les actions, les relations des objets ou des personnages. Cette étude a alors été conclue par la citation suivante « Quelle que soit la raison, la signature influence définitivement la gestuelle dans le discours » (Grosjean, 2012, p.1).

### 3- Problématisation

La communication est au cœur du soin. Le concept identitaire des ergothérapeutes, qu'est l'approche centrée sur la personne place la communication en premier dans la création de la relation thérapeutique. Nous avons vu que la communication utilisée lors du processus d'intervention en ergothérapie est basée sur la théorie de Mehrabian. Dans l'expression de la langue de signes, l'on retrouve des paramètres analogues à ceux de la communication non-verbale : l'utilisation de signes homologués parallèlement aux gestes, l'occupation de l'espace pour la posture et l'expressivité qui fait référence aux attitudes que l'on peut adopter. Nous pouvons alors enquêter sur la réalité du terrain français et francophone afin de savoir comment la posture professionnelle des ergothérapeutes est influencée. Notre problématique est la suivante : « Quelle est l'influence des compétences en langue des signes française sur la posture professionnelle des ergothérapeutes exerçant en France ou en francophonie ? »

Nous pouvons réfléchir à quelques hypothèses pour y répondre :

Hypothèse 1 : Pour rester dans le cadre humaniste de la profession. Les compétences en LSF rendraient les ergothérapeutes plus attentifs permettant ainsi de tendre à une vision holistique, une prise en considération de la personne dans sa globalité.

Hypothèse 2 : Les compétences en LSF pourraient procurer aux ergothérapeutes des moyens de communication supplémentaires afin de veiller à l'accessibilité du discours. L'association de signes homologués et de pictogrammes que l'on retrouve dans le makaton, par exemple.

Hypothèses 3 : La LSF étant le socle de la culture sourde, les compétences en LSF permettraient une ouverture d'esprit, une évolution des valeurs personnelles capable d'influer sur les valeurs professionnelles. Cet accès à la culture sourde pourrait également servir dans le cas d'un processus d'intervention ergothérapique d'un déficient auditif car cette population souvent oubliée peut aussi être soumise à des problématiques occupationnelles.

## 4- Cadre expérimentale

### 4-1 Méthodologie

Notre méthodologie est qualitative, nous nous intéressons aux différentes perceptions de l'influence d'une communication signée dans la relation thérapeutique. Pour cela, nous utilisons dans notre phase expérimentale des entretiens semi-structurés qui permettront, d'orienter le dialogue tout en laissant place à l'expression de la subjectivité de la posture professionnelle dans ce contexte. Notre recherche est d'ordre constructiviste et interprétative. Notre position ontologique s'appuie sur le fait qu'il n'y ait pas de réalité ou vérité unique ; car la réalité est créée par des individus en groupe. Notre position épistémologique est que la réalité doit être interprétée pour découvrir les significations sous-jacentes afin d'être le plus exhaustif possible. Dans l'ensemble, nous usons d'une approche inductive en partant de notre expérience personnelle qui a permis de formuler nos hypothèses concernant la communication signée dans la pratique ergothérapique vers une généralisation de celle-ci.

#### 4-1-1 Méthode PICO

La méthode PICO nous a permis de formuler la question de recherche évoquée précédemment : « Quelle est l'influence des compétences en langue des signes française sur la posture professionnelle des ergothérapeutes exerçant en France ou Francophonie ? ». Mais elle a aussi participé au choix des mots-clés ayant pour but orienter les recherches de ressources bibliographiques.

En effet, nous avons pu déterminer : notre **population** qui se compose des ergothérapeutes exerçant en France ou en francophonie ayant des compétences en LSF. Notre **intervention** qui s'effectue sous forme d'entretien auprès de la population concernée, sans utiliser d'**élément de comparaison**. Notre **outcome** ou le résultat attendu qui, lui, est de pouvoir signifier l'influence des compétences en langue des signes française sur la posture professionnelle des ergothérapeutes exerçant en France ou en Francophonie.

## 4-1-2 Démarche d'exploration

### 4-1-2-1 Population ciblée

Dans le but de répondre au mieux à la question de recherche, nous avons établi comme critères d'inclusion des ergothérapeutes exerçant en France ou en francophonie ayant des compétences en LSF. Par déduction, nos critères d'exclusions sont dirigés vers les ergothérapeutes n'exerçant pas en France ou en francophonie et les ergothérapeutes n'ayant aucune compétence en LSF.

### 4-1-2-2 Outils d'investigation

Tenant compte de la subjectivité des termes employés, notre choix s'oriente vers des entretiens semi-structurés qui nous permettent d'orienter le dialogue tout en laissant place à l'expression des professionnels. Ces entretiens semi-structurés nous ont permis de recueillir des données sur les représentations de l'ergothérapie et de la posture professionnelle, mais aussi sur la communication et son importance dans les processus d'intervention. Des liens ont été effectués entre l'ergothérapie et la communication influencée par les compétences en LSF. Or, une influence est une action généralement continue, ce qui implique une notion de temporalité tout comme dans la construction et de l'identité professionnelle et de la posture professionnelle.

L'utilisation de ce type d'entretien permet d'avoir une trame de questions modulable en fonction des réponses de la personne (**annexe II**). Ainsi, l'interviewer est libre de demander de plus amples précisions sur certaines réponses. Étant donné qu'il s'agit ici d'une enquête pré-exploratoire et non d'une méthodologie de recherche, les questions posées peuvent ne pas être strictement identiques d'une personne à l'autre, et l'interviewer peut se permettre d'explorer plus en profondeur certaines thématiques en fonction de l'interlocuteur.

Afin de structurer ces rencontres, après quelques formalités, l'entretien a commencé par le fait de vérifier si la personne interrogée répond aux critères d'inclusions. Puis quelques informations complémentaires sur son identité professionnelle ont été recensées avant d'entrer dans le vif du sujet.

## 4-2 Présentation des résultats

### 4-2-1 Recensement des données

Plusieurs professionnels susceptibles d'avoir le profil recherché ont été contactés. Quatre ont donné leur accord pour contribuer à l'avancée de notre réflexion professionnelle en acceptant de répondre à nos questions. Pour présenter visuellement les données, nous avons décidé de détailler dans un tableau, les informations définissant le profil des ergothérapeutes interviewés:

Personne	E1	E2	E3	E4
Année d'obtention du diplôme d'État (DE)	2020	2011	2016	2016
Formation en langue des signes	Formée au collège (insertion en classe ULIS)	Langue maternelle (Enfant Entendante de Parents Sourds)	Formée avant d'entrer en IFE Niveau A1	Formée au lycée à un niveau intermédiaire
Lieu d'exercice	France	France	Suisse francophone	France
Expérience professionnelle après le diplôme	Travail depuis plus de 6 mois au sein d'un hôpital psychiatrique en hôpital de jour.	Travail depuis 10 ans auprès d'adultes dans différentes structures hospitalières, de rééducation, de SSIAD.	Travail depuis janvier 2017 en pédiatrie.	A travaillée en pédiatrie et en rééducation fonctionnelle, mais travail depuis 4 ans en rééducation gériatrique et hébergement
Durée de l'entretien	environ 27 min	21 min 59	21 min 49	31 min

La réalisation de nos entretiens qualitatifs a été orientée vers l'utilisation d'un dispositif de vidéoconférence (l'application Zoom) pour respecter l'actuelle situation sanitaire. L'objectif était de maintenir un accès visuel afin de recueillir le maximum de données lors de ces rencontres (Gray et al., 2020).

Les entretiens ont été doublement enregistrés (sur l'application zoom et via l'application « dictaphone » du téléphone), après accord oral et écrit des personnes concernées (formulaire de consentement, **annexe I**). Suite à cela, ces entretiens ont été retranscrits jusqu'au rire afin de pouvoir analyser leur contenu dans sa globalité.

## 4-3 Analyse des résultats

### 4-3-1 Méthode d'analyse

Les informations recueillies répondant aux questions ont été identifiées suite à la retranscription de nos entretiens. On constate une homogénéité des outils d'analyse qui sont centrés sur la recherche des mots utilisés. Or, l'étude menée ici vise à décrire l'ensemble du déroulement de l'entretien avec les mots mais aussi le comportement en se centrant sur le non-verbal et paraverbal également. Pour effectuer le traitement des verbatims, nous avons alors choisi d'utiliser dans un premier temps IRamuteq afin d'extraire les mots les plus récurrents et ainsi déterminer des thèmes. Puis, dans un second temps, nous avons décidé d'examiner les verbatims avec la méthode de l'analyse de contenu développée par Laurence Bardin (1977). Un même mot peut être dit différemment et donc exprimer deux choses différentes. Cette exploration qualitative est alors réalisée manuellement et vise à une lecture seconde pour substituer à l'interprétation intuitive (Bardin, 2013; Feller, 1977).

#### 4-3-1-1 IRamuteq

Le logiciel IRamuteq est un outil capable d'organiser les informations recueillies par le biais d'entretiens semi-structurés de façon crédible et sécurisée. Après retranscription, les corpus ont été préparés pour ne contenir que le discours de la personne interviewée. Une fois enregistré sous forme de texte brut, le verbatim est inséré dans le logiciel. Après traitement du corpus, l'outil affiche des classes qui sont des catégories thématiques. Ces classes peuvent être présentées sous des formes variées (Camargo & Justo, 2013).

On utilise le calcul suivant, pour déterminer le pourcentage de la récurrence de mot :

$$\frac{\text{Nombre de mot}}{\text{Nombre de mot sorti par IRamuteq}} \times 100$$

En considérant les pourcentages, on constate que trois classes de mots reviennent en premier dans chaque entretien. Il s'agit des mots autour de la langue des signes, ceux autour de la relation thérapeutique et ceux autour de la communication. Ce qui fait écho au déroulement évoqué lors de la problématisation, à savoir :

La langue des signes qui influe sur la communication qui est une action élémentaire dans la relation thérapeutique.



Schéma 2 : Lien établi entre la LDS, la communication et la relation thérapeutique par les ergothérapeutes interrogés

Dans tous les entretiens, c'est le système linguistique de la langue des signes qui ressort en premier à plus de 50 %. Puis, principalement, l'utilisation du mot « patient », « enfant » ou autres, à plus de 20 %, ce qui met en évidence l'importance de la personne pour le thérapeute. Cela renvoie à l'approche centrée sur la personne qui est un concept identitaire des ergothérapeutes. Nous avons vu, avec la citation de McWhinney (1989), que l'écoute active est la clé pour être centré sur la personne, ce qui pourrait expliquer l'intérêt également porté à la communication qui se veut au cœur du soin. Les pourcentages correspondant à la communication s'élèvent à environ 10 % et plus selon les entretiens. D'autres occurrences accompagnées de leur pourcentage et du nuage de mot correspondant à l'ensemble du corpus sont répertoriées à la suite de chaque retranscription (**annexe IV, VI, VIII, X**).

#### 4-3-1-2 Analyse de contenu

Notre enquête s'articulant autour de la variable axée sur la pratique professionnelle des ergothérapeutes ayant des compétences en LSF et exerçant en France ou en francophonie. Afin d'examiner les verbatims, nous avons établi un tableau en lien avec la trame d'entretien confectionnée. Ce tableau se compose d'une première colonne répertoriant les critères suivants : posture professionnelle, relation thérapeutique et communication. Puis d'une seconde colonne, classifiant les différents indicateurs qui en découlent. La dernière colonne a pour but de mettre en évidence le lien avec notre trame en liant ces éléments avec les questions posées aux professionnels (**annexe XI**).

Pour catégoriser les dires de nos experts, l'analyse flottante des corpus s'est effectuée par une extraction manuelle en trois temps. Le premier a permis de survoler les textes afin de vérifier l'exactitude de la retranscription. Le second s'est déroulé avec attention, dans l'objectif de repérer les différents thèmes et de les mettre en surbrillance avec des couleurs proposées par le logiciel de traitement de texte utilisé. Puis une dernière lecture a servi à relever les éléments et les insérer dans le tableau d'analyse (**annexe XI**). Cette méthode nous a donné accès à certaines indications supplémentaires d'ordre para-verbale et non-verbale perçus lors des entretiens (analyse comportementale).

À ce niveau, justement, certains éclats de rires faisaient écho à l'atmosphère détendue de ces rencontres. D'autres, plus gênés et silencieux pouvaient s'avérer nerveux. Pour signifier leur réflexion la « position du penseur » était de mise. Les questions vastes ou ergothérapie centrée ont généré des « coups de stress », par soucis de vouloir bien répondre. Ce qui peut faire écho à la notion de professionnalisme que nous interpréterons ultérieurement.

Dans le critère de la posture professionnelle, l'indicateur de l'identité professionnelle met en avant les connaissances, mais aussi les compétences développées lors de la construction identitaire. Le fait de pouvoir transmettre aux autres, que ce soit à l'entourage de la personne comme à ses pairs, renvoie à certains éléments répertoriés dans le référentiel des compétences de l'ergothérapeute (portfolio) (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2014).

La communication étant au centre de l'intervention ergothérapique. L'intégration de la LSF dans celle-ci peut être un recours pour : participer à l'encrage de stratégies, négocier des objectifs, favoriser l'ouverture d'esprit et pallier au verbal pour limiter la frustration par exemple (E1, l.122-124 ; E3, l.61 ; E3, l.107-109). Puis, au fil des entretiens, la même réaction faisait son apparition concernant les concepts communs entre l'ergothérapie et la LSF : des rires nerveux après un moment de flottement, dû à la confusion suscitée par le terme « concept ». Effectivement, celui-ci a d'emblée été assimilé aux modèles conceptuels en ergothérapie. Cependant, après avoir repris la question posée, ou en ayant remplacé le mot « concept » par le mot « critère » selon les besoins, les ergothérapeutes ont identifiés :

- L'**écoute** dite active, qui prend en compte l'observation et la considération de l'autre (E1, l.201-202 ; E2, l.148-149 ; E3, l.162 ; E4, l.166)
- Le rapport au corps, le toucher, cette proximité qu'il faut certaines fois moduler pour correspondre au mieux au besoin de la personne (E4, l.172 ; E4, l.225-228).

- L'équilibre occupationnel (E1, 1.184), un concept clé en ergothérapie faisant la jonction entre la santé et les occupations. Il s'agit d'un processus dynamique cherchant perpétuellement à se stabiliser impactant ainsi la qualité de vie (Martins, 2015).
- La justice occupationnelle (E1, 1.180), définie par Wilcock et Townsend en 2000, est un terme mettant l'accent sur les droits, les responsabilités et les libertés d'une personne dans l'accès à l'occupation (Wolf, et al., 2010).

## 4-4 Interprétation et discussion

Au regard de la théorie avancée, il semblait important de maintenir une forme de communication audio-visuelle afin de préserver l'accès aux différentes composantes de la communication. Cependant, le contexte sanitaire actuel s'est avéré limitant dans l'organisation de ces rencontres. C'est la raison pour laquelle, nous avons choisi de nous orienter sur un format de vidéoconférence via l'application zoom pour percevoir le plus d'éléments possibles. Cette contrainte a peut-être occulté l'évidence de certains paramètres, mais elle a aussi permis une autre forme d'engagement de la part des participants. Effectivement, le fait d'être à distance, mais surtout de choisir l'environnement dans lequel évoluer a été facilitateur. Les experts étaient dans une zone de confort et donc d'emblée disposés à partager une part de leur parcours professionnel. Nous pensons que les compétences communes en LSF avec les professionnels ont pareillement été facilitatrices. Certaines se sont senties libre de signer certains mots lors que la communication verbale semblait entravée (E2, 1.8).

« Nous », « On » : ces pronoms personnels qui ont été mentionnés par certains experts, signifiant la notion d'appartenance à un groupe (E1, 1.34-35,99 ; E1, 1.102 ; E3, 1.74-81). Faisant ainsi de leur propos une certaine généralité de la façon de penser des ergothérapeutes et de leur identité finalement.

Concernant la posture professionnelle, chaque expert interrogé avait ses propres représentations ce qui fait écho à la subjectivité liée à ce concept. Celle-ci dépend de l'identité personnelle, mais aussi de l'identité professionnelle commune, ce qui permet d'unifier la définition de ce concept par les participants de cette étude. Dans son premier sens, la posture professionnelle est synonyme de posture corporelle, déterminer la zone autour du patient à laquelle on peut accéder, la notion de « juste distance » (E1, 1.97-98 ; E4, 1.83). Être proche sans être intrusif, respecter l'autre afin qu'il se sente en confiance. Le professionnalisme demande de s'impliquer, d'être compétent, de se positionner en tant qu'expert et d'être reconnu comme tel.

L'engagement professionnel de l'ergothérapeute va jouer sur cette posture professionnelle et impacter la relation thérapeutique. La reconnaissance professionnelle revient à la reconnaissance de nos compétences. Elle contribue donc à la fortification de la posture professionnelle en renforçant l'estime de soi (E3, 1.76-78 ; 1.126-131). La collaboration avec ses pairs comme avec d'autres professionnels sollicite et module la posture professionnelle. Il faut certaines fois s'adapter à l'autre qui peut certes avoir des valeurs professionnelles communes mais avoir des valeurs personnelles différentes des nôtres. Il peut arriver que nos collaborateurs soient émotionnellement indisponibles, entravant ainsi les éventuels échanges. Être sensible aux diverses composantes de la communication aide alors à adopter la posture la plus judicieuse selon le contexte. (E4, 1.31-36)

Quand on utilise la LSF, on a accès à une partie de la culture sourde par le socle de celle-ci. Cette autre façon de communiquer, ce rapport au corps différent, cette ouverture sur une autre culture, sur un autre monde est décrit comme un atout non-négligeable en termes de communication non-verbale (E2, 1.60-62 ; E2, 1.103-105 ; E3, 1.93 ; E4, 128-132). Selon la théorie de Mehrabian, si la communication est soumise à l'expression d'émotions, en LSF les émotions sont claires, exprimées sans tabou et partagées à l'autre qui doit pouvoir être en mesure de les recevoir (E4, 1.216-219). Ces expressions sont importantes pour accompagner la gestualité, car elle nuance le propos. Un seul signe peut avoir un sens différent selon l'expression du visage qui y sera rattachée (E4, 1.212-213).

En ce qui concerne la notion de bilinguisme, en dehors des personnes maîtrisant la LSF, les professionnels statuent sur le fait qu'un usage partiel de cette langue suffit, les signes utilisés sont ceux porteurs de sens, ce sont généralement les plus simples et les plus intuitifs (E4, 1.64-66). D'après l'étude, se servir de la LSF favoriserait une communication efficace, claire et accessible. En plus d'accompagner le discours, l'utilisation de signes et d'autres paramètres attachés à cette langue permettent ainsi une proximité, une intimité et une relation de confiance qui peut s'avérer être un levier dans le processus d'intervention (E4, 1.98-113). La LSF peut également servir de moyen d'ancrage dans le développement de stratégie ou encore de communication alternative améliorée. (E3, 1.56-58, 1.120).

La LSF servirait de référence en termes de communication non-verbale. Il s'agirait d'une gestualité standardisée car il s'agit d'une langue reconnue. Ce n'est pas juste une gestuelle qui s'appliquerait à deux personnes en particulier comme un code secret qui ne serait pas transposable. Elle est connue en France et en francophonie, elle peut s'apprendre et se transférer.

Concernant les critères communs qu'elle possède avec l'ergothérapie, la confusion qu'il y a eu au cours de la dernière question liée au terme « concept », fait écho à la notion d'identité professionnelle. Effectivement, les ergothérapeutes ont la connaissance des modèles conceptuels autour des quels a pu s'articuler leur construction identitaire. Puis après réflexion, c'est le concept de l'écoute active qui a principalement été suggéré par tous nos experts. Quelques fois sous des appellations différentes, mais suite aux explications, ce qui en ressort est bien la définition de la compétence thérapeutique. Cette dernière qui au-delà de l'écoute, demande d'être attentif à l'autre dans sa globalité pour mieux se centrer sur lui (E1, 1.202-207), permettant ainsi, de comprendre l'autre, mais aussi de se faire comprendre à lui pour créer une relation thérapeutique de confiance.

Pour finir, il semble important de relever un souhait de plusieurs professionnels interrogés. Celui d'inclure l'apprentissage de la LSF dans le cursus de formation en ergothérapie. Ce projet serait un apport dans la construction identitaire des ergothérapeutes. En effet, comme démontré par l'existence de critères communs entre la LSF et l'ergothérapie, l'apprentissage de cette langue lors de la formation contribuerait au développement de certaines compétences professionnelles des futurs ergothérapeutes. Ces recommandations témoignent d'une véritable conviction quant à l'atout que peut-être la langue des signes française au sein de notre pratique.

On peut alors dire que l'ensemble des éléments développés contribuent à l'affirmation de nos hypothèses.

## 5- Conclusion

La segmentation de la communication indique qu'elle ne se limite pas au verbal. Nous retiendrons que c'est la multicanalité de celle-ci qui fait sa richesse. Tant de canaux à notre disposition pour nous permettre d'assouvir notre besoin de sociabiliser avec l'autre. Ce sont des éléments qu'il est important de saisir en tant que thérapeute afin de cadrer sa pratique et d'être compétent. Les fondements de la profession d'ergothérapeute qui ont été posés et reconnus permettent d'orienter notre intervention. Cependant, comme toute profession, l'ergothérapie évolue et les attentes qui en découlent aussi. Notre posture professionnelle se doit d'être la plus adéquate possible, mais aussi la plus efficace afin d'optimiser la qualité de notre intervention. Les retours de nos experts ont été sans appel, quant à la relation thérapeutique de confiance. Celle-ci a besoin d'être rythmée par nos échanges avec la personne, car il n'existe pas de

collaboration sans communication. Impliquant ainsi qu'il est nécessaire d'être capable de considérer et d'ajuster notre façon de communiquer.

La limite de cette étude est son caractère social, elle s'intéresse à des facteurs variables qui ne cessent d'évoluer. La communication qui diffère d'un individu à l'autre en fonction de l'identité personnelle, de la langue, de la culture ou encore de la relation. Le système linguistique qu'est la langue des signes française et la profession d'ergothérapeute qui évolue à travers le temps. La posture professionnelle qui se module et se développe au cours d'une carrière. Nonobstant, cette étude, basée sur le partage d'expérience, a permis d'obtenir et d'exploiter des témoignages. Mettant alors de façon très personnelle, l'accent sur l'apport considérable que serait l'introduction de la langue des signes française dans le cursus de formation des ergothérapeutes de France et de francophonie.

On peut alors dire que le bilinguisme Français/LSF, permet aux ergothérapeutes d'améliorer la qualité des soins qu'ils apportent. Les compétences relationnelles liées au bilinguisme favorisent également des interactions de qualité avec leurs pairs. Ces notions permettent dans une deuxième intention de limiter les situations de handicap partagées avec les déficients auditifs. Procurant par conséquent une ouverture sur le monde sourd. Une occasion de promouvoir notre profession qui serait dès lors accessible à cette population.

In fine, on comprend qu'au-delà de l'impact qu'elle peut avoir sur l'identité des professionnels, la langue des signes française influence la posture qui en découle, notifiant vraisemblablement, cette notion de temporalité où le thérapeute va évoluer avec la langue. Il va développer une sensibilité particulière aux choses qui ne s'entendent pas et va ainsi construire sa **signature professionnelle**.

## Références bibliographiques

- Adams, K., Hean, S., Sturgis, P., & Clark, J. M. (2006). Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students. *Learning in Health and Social Care*, 5(2), 55-68. <https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2006.00119.x>
- Argyle, M. (1973). *The syntaxes of bodily communication*. 11(112), 71-92. <https://doi.org/10.1515/ling.1973.11.112.71>
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*.
- Bedoin, D. (2018). *Sociologie du monde des sourds* (La découverte).
- Belissen, P., ANGELE, P., PUNSOLA, O., SNAGLA, J., VERGES, J., & DRION, B. (2018). *Paroles de sourds : À la découverte d'une autre culture* (La découverte).
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ : A free software for analysis of textual data. *Temas Em Psicologia*, 21(2), 513-518. <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- Cazeneuve, J. (1963). Qu'est-ce que la communication ? *Communication & Langages*, 5(1), 11-14. <https://doi.org/10.3406/colan.1963.4794>
- Collier, R. (2012). Professionalism : What is it? *Canadian Medical Association Journal*, 184(10), 1129-1130. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4211>
- Corballis, M. C. (2001a). *Le langage crée du lien social*. 341, 27.
- Corballis, M. C. (2001b). L'origine gestuelle du langage. *Recherche (La)*, 341, P35-P39.
- Cosnier, J. (1977). *Communication non verbal et langage*. Psychologie médicale. [http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/II-1\\_Com\\_Non\\_Verbale.pdf](http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/II-1_Com_Non_Verbale.pdf)
- Cosnier, J. (1996). Les gestes du dialogue, la communication non verbale. *Psychologie de la motivation*. Repéré à [http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/II-9\\_Les\\_gestes\\_communication.pdf](http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/II-9_Les_gestes_communication.pdf)
- Cuny, F., Dumont, A., & Mouren, M. C. (2004). Les techniques d'aide aux jeunes enfants sans langage. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52(7), 490-496. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.09.001>
- Cuxac, C. (2000). La langue des signes française (LSF). Les voies de l'iconicité. *La langue des signes française (LSF). Les voies de l'iconicité*, 15-16.
- De Lavergne, C. (2010). *REC-Communication non verbale*. <https://www.univ-montp3.fr/infocom/wp-content/REC-La-communication-non-verbale2.pdf>
- Devonshire, C. M., Stora, N., & Suhner, N. (2011). L'Approche centrée sur la personne et la communication interculturelle. *Approche Centree sur la Personne. Pratique et recherche*, n° 13(1), 23-55.

- Drolet, M.-J. (2014). De l'éthique à l'ergothérapie : La philosophie au service de la pratique ergothérapique. In *Presses de l'Université du Québec* (2ème édition). Presses de l'Université du Québec.
- Feller, J. (1977). L'Analyse du contenu, de L. Bardin. *Communication & Langages*, 35(1), 123-124.
- Galam, E. (2014). Carl Rogers : Une approche centrée sur la personne. *Médecine*, 408-412. <https://doi.org/10.1684/med.2014.1157>
- Gray, L., Wong-Wylie, G., Rempel, G., & Cook, K. (2020). Expanding Qualitative Research Interviewing Strategies : Zoom Video Communications. *The Qualitative Report*, 25(5), 1292-1301. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2020.4212>
- Grosjean, F. (1993). Le bilinguisme et le biculturalisme : Essai de définition. *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistique)*, 13-41. Repéré à [https://doc.rero.ch/record/20009/files/Grosjean\\_13-41.pdf](https://doc.rero.ch/record/20009/files/Grosjean_13-41.pdf)
- Grosjean, F. (2011a). Sign Language and Bilingualism. *Psychology Today*. Repéré à <http://www.psychologytoday.com/blog/life-bilingual/201103/sign-language-and-bilingualism>
- Grosjean, F. (2011b). What Is It Like to Be Bilingual? *Psychology Today*. Repéré à <http://www.psychologytoday.com/blog/life-bilingual/201110/what-is-it-be-bilingual>
- Grosjean, F. (2012). When Sign Language Influences Speech. *Psychology Today*. Repéré à <http://www.psychologytoday.com/blog/life-bilingual/201211/when-sign-language-influences-speech>
- Hernandez, H. (2010). L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30(4), 194-197. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2010.10.003>
- Kacperck, L. (1997). Non-verbal communication : The importance of listening. *British Journal of Nursing*, 6(5), 275-279. <https://doi.org/10.12968/bjon.1997.6.5.275>
- Kail, M. (2015). L'acquisition de plusieurs langues. In *Presses Universitaires de France* (Presses Universitaires de France).
- Kristeva, J. (1968). LE GESTE, PRATIQUE OU COMMUNICATION ? *Langages*, 10, 48-64.
- Law, M., Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Client-Centred Practice : What does it Mean and Does it Make a Difference? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 250-257. <https://doi.org/10.1177/000841749506200504>
- Martins, S. (2015). *Agissez...pour votre santé ! L'équilibre occupationnel : Un concept clé en ergothérapie* (De boeck).
- McCrudden, M. T., Schraw, G., Lehman, S., & Poliquin, A. (2007). The effect of causal diagrams on text learning. *Contemporary Educational Psychology*, 32(3), 367-388. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2005.11.002>

- Mehrabian, A. (1969). Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships. *Psychological Bulletin*, 71(5), 359-372. <https://doi.org/10.1037/h0027349>
- Mehrabian, Albert. (2007). *Nonverbal communication*. Aldine Transaction. Repéré à <http://www.myilibrary.com?id=1024392>
- Mheidly, N., Fares, M. Y., Zalzale, H., & Fares, J. (2020). Effect of Face Masks on Interpersonal Communication During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.582191>
- Mortensen, C. D. (2017). *Communication Theory* (Seconde édition). Routledge.
- Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : Entre alliance et distance. *Actualites en analyse transactionnelle*, N° 144(4), 12-40.
- Nicola-Richmond, K. M., Pépin, G., & Larkin, H. (2016). Transformation from student to occupational therapist : Using the Delphi technique to identify the threshold concepts of occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(2), 95-104. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12252>
- Robertson, K. (2005). Active listening : More than just paying attention. *Australian Family Physician*, 34(12), 1053. <https://doi.org/10.2267/0300-8495.34.12.1936>
- Rondal, J., Henrot, F., & Charlier, M. (1986). Le langage des signes : Aspects psycholinguistiques et éducatifs. In *Pierre Mardaga* (Pierre Mardaga).
- Royeen, C. B. (2003). Chaotic Occupational Therapy : Collective Wisdom for a Complex Profession. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(6), 609-624. <https://doi.org/10.5014/ajot.57.6.609>
- Rutger Bosker, H. (2021). How Our Hands Help Us Speak : Even simple flicks of the hands can help you get your message across. *Psychology Today*. Repéré à <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/chitchat-about-chatter/202101/how-our-hands-help-us-speak>
- Starck, S. (2016). La posture professionnelle : Entre corps propre et corps sociaux. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 32(32(3)), Article 3. <https://doi.org/10.4000/ripes.1124>
- Tan, C. P., Molen, H. T. V. der, & Schmidt, H. G. (2017). A measure of professional identity development for professional education. *Studies in Higher Education*, 42(8), 1504-1519. <https://doi.org/10.1080/03075079.2015.1111322>
- Tickle-Degnen, L. (2002). Client-Centered Practice, Therapeutic Relationship, and the Use of Research Evidence. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(4), 470-473.
- Timm, S., & Schroeder, B. L. (2000). Listening/Nonverbal Communication Training. *International Journal of Listening*, 14(1), 109-128. <https://doi.org/10.1080/10904018.2000.10499038>
- Tytgat, M.-G. (2014). Quand les méthodes alternatives se donnent la main. *Orthomagazine*, 111, 23-26.

- Weger Jr, H., Bell, G. C., Minei, E. M., & Robinson, M. C. (2014). The Relative Effectiveness of Active Listening in Initial Interactions. *International Journal of Listening*, 28(1), 13-31. <https://doi.org/10.1080/10904018.2013.813234>
- Wolf, L., Ripat, J., Davis, E., Becker, P., & MacSwiggan, J. (2010). Application d'un cadre relatif à la justice occupationnelle. *Actualités ergothérapeutiques*, 12(1), 15.

### **Sitographie :**

- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2021). *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* [Officiel]. ANFE. <http://bdpergothérapie.fr/ergotherapeute/>
- Mehanneche, S., & World Federation of Occupational Therapists. (2011, janvier). *La pratique de l'ergothérapie centrée sur le client (traduction française)* [Officiel]. World Federation of Occupational Therapists. <file:///C:/Users/lylly/AppData/Local/Temp/Client-centredness-in-Occupational-Therapy-French.pdf>

### **Autres :**

- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002-303 (2002).
- Maquet-Mauchien, V. (2019). *La communication : Outil central de la relation soignant-soigné* [Exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier]. <http://thesesante.ups-tlse.fr/2753/1/2019TOU33038.pdf>
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (2014). *Portfolio de l'étudiant en ergothérapie*. <https://www.sifef.fr/wp-content/uploads/2014/05/portfolio-annexe-vi-ergo-version-finale.pdf>
- Roustant, O. (2011). *L'écoute active : POSTURES, TECHNIQUES ET OUTILS AUSERVICEDÉ L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE, DE LA GESTION DE CONFLITET DE LA RELATION SAINE*. [https://www.ac-reunion.fr/fileadmin/ANNEXES-ACADEMIQUES/02-MISSIONS-ACADEMIQUES/mission-tutorat/livret-boi\\_\\_te\\_a\\_\\_outils\\_FO\\_E\\_\\_coute\\_Active.pdf](https://www.ac-reunion.fr/fileadmin/ANNEXES-ACADEMIQUES/02-MISSIONS-ACADEMIQUES/mission-tutorat/livret-boi__te_a__outils_FO_E__coute_Active.pdf)
- Thibault, C. (2018). *Le développement de l'identité professionnelle chez des étudiants et récents diplômés en ergothérapie* [Essai, Université du Québec à trois-rivières]. <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8527/1/032105932.pdf>

## Annexes

Annexe I : Formulaire de consentement .....	I
Annexe II : La trame d'entretien.....	III
Annexe III : Retranscription entretien du premier professionnel .....	V
Annexe IV : Occurrences principales repérées par le logiciel Iramuteq E1 .....	XII
Annexe V : Retranscription entretien du second professionnel.....	XII
Annexe VI : Occurrences principales repérées par le logiciel Iramuteq E2 .....	XIX
Annexe VII : Retranscription entretien du troisième professionnel .....	XIX
Annexe VIII : Occurrences principales repérées par le logiciel Iramuteq E3 .....	XXVII
Annexe IX : Retranscription entretien du quatrième professionnel.....	XXVII
Annexe X : Occurrences principales repérées par le logiciel Iramuteq E4 .....	XXXV
Annexe XI : Analyse de contenu des entretiens .....	XXXVI

**FEUILLET D'INFORMATION DE CONSENTEMENT A L'INTENTION DES INFORMATEURS CLES**

**Titre du mémoire d'initiation à la recherche Institut de Formation en Ergothérapie :**



**Etudiant institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de Toulouse :**

**Directeur mémoire :**

**Présentation du feuillet d'information**

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche portant sur .... Cependant, **avant d'accepter de participer** à ce projet de recherche, veuillez **prendre le temps de lire**, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

**Nature de l'étude**

**Objectifs de l'étude**

**Déroulement de la participation**

Vous êtes invité à collaborer à cette étude, car vous êtes **une personne qui connaît ...**

**Participation volontaire et droit de retrait**

Votre participation à ce projet est **volontaire**. Vous avez le droit de vous retirer du projet à tout moment sans subir de préjudice.

---

### **Confidentialité et gestion des données**

Les renseignements recueillis lors de cette recherche seront traités de façon strictement confidentielle. Aucun résultat ne sera nominatif, personne ne pourra vous identifier sauf si vous donnez votre accord dans le cadre d'entretien d'expert. Un système de codes sur les entretiens ou questionnaires sera utilisé à cette fin. Votre nom et tous les autres renseignements permettant de vous identifier ne seront pas mentionnés.

Les questionnaires seront conservés dans une source informatique à laquelle seuls le (a) chercheur (e) principale et l'IFE auront accès. Les bandes audio et vidéo seront conservés dans une source informatique à laquelle seuls le (a) chercheur (e) principale et l'IFE auront accès.

Les résultats seront utilisés exclusivement par l'étudiant pour élaborer son mémoire et éventuellement l'écriture d'un article scientifique.

### **Pour des informations supplémentaires**

Si vous avez besoin d'éclaircissements sur le projet et sur les implications de votre participation, ou encore, si vous voulez communiquer avec l'étudiant demandeur ou lui transmettre des documents, n'hésitez pas à contacter :

### **Signature**

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ (Votre nom en lettres majuscules) consens librement à participer à la recherche intitulée : « ... ».

J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature du projet de recherche.

Je suis satisfait (e) des explications, précisions et réponses que l'étudiant m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du participant ou de la participante

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiant

## Annexe II : La trame d'entretien

### **Début de l'entretien :**

« Bonjour, je m'appelle Michal Ophélie, suite à nos échanges, vous avez accepté de participer à cet entretien afin de faire avancer ma réflexion professionnelle. Je vous rappelle que mon mémoire s'intéresse à l'influence des compétences en LSF sur la posture professionnelle des ergothérapeutes exerçant en France et en francophonie. »

### ***Question pour vérifier les critères d'inclusion :***

- Êtes-vous ergothérapeute exerçant en France ou en Francophonie ?
- Avez-vous des compétences en langue des signes française ?

### ***Questions concernant l'identité de la personne dans le respect de l'anonymat :***

- Depuis combien d'années exercez-vous ?
- Dans quel domaine exercez-vous ? Depuis combien de temps ?
- Travaillez-vous seuls ou dans une équipe de plusieurs ergothérapeutes ?

### **Trame d'entretien**

Question 1 : Comment définiriez-vous l'ergothérapie ?

Question 2 : De façon générale, comment définiriez-vous la communication et son importance dans le processus d'intervention (PEC) ?

Question 3 : A quel moment et pourquoi vous êtes-vous intéressé à la LSF ? Comment avez-vous appris la LSF ?

Question 4 : Utilisez-vous des signes homologués par la LSF dans votre pratique professionnelle ? [SIOUI] Pourquoi et comment (à quel niveau, dans quel contexte) ?

Question 5 : Pour vous qu'est-ce que la posture professionnelle ?

Question 6 : Comment l'utilisation des signes de la LSF influencent-ils votre posture professionnelle ? La LSF fait-elle partie de votre gestuelle habituelle maintenant ou l'utilisez-vous dans des contextes bien précis ?

Question 7 : Depuis que vous utilisez la LSF, quels sont les changements que vous constatez dans votre pratique comme au niveau de votre posture professionnelle ? Pouvez-vous les décrire ?

Question 8 : Pensez-vous que vos connaissances en LSF vous procurent une sensibilité particulière en termes de communication lors de vos prises en charge mais aussi lors de vos échanges avec vos pairs (environnement professionnel) ? Avez-vous l'impression d'être plus attentive à la communication non verbale de vos interlocuteurs ? Racontez-moi une situation dans laquelle vous avez été fière d'avoir ces compétences.

Question 9 : Quels sont les critères communs que vous avez pu identifier entre la LSF et certains concepts en ergothérapie ? Pouvez-vous indiquer des concepts en ergothérapie qui font écho à votre façon de communiquer avec vos compétences en LSF ?

**Fin de l'entretien :**

« Cet entretien touche à sa fin, vous avez répondu à la dernière question. Merci pour votre engagement et votre participation de qualité ainsi que pour le temps accordé. Souhaitez-vous ajouter quelque chose, avez-vous des questions ? Souhaitez-vous que je vous transmette mon travail, à l'issue de celui-ci. [SIOUI] Pouvez-vous me communiquer votre (adresse mail, numéro de téléphone...), le biais qui vous conviendrait. Je vous remercie encore et vous souhaite une bonne... »

### Annexe III : Retranscription entretien du premier professionnel

1 O : Bonjour, je m'appelle Michal Ophélie et suite à nos échanges vous avez accepté de participer  
2 à cet entretien afin de faire avancer ma réflexion professionnelle. Donc je vous rappelle que  
3 mon mémoire s'intéresse à l'influence des compétences en langue des signes française sur la  
4 posture professionnelle des ergothérapeutes exerçant en France ou en Francophonie. Afin de  
5 vérifier que vous répondez bien à mes critères d'inclusion, je vais vous poser 2 questions pour  
6 vérifier que vous répondez à mes critères d'inclusion. La première est celle-ci : êtes-vous une  
7 ergothérapeute exerçant en France ou en Francophonie ?

8 E1 : Oui.

9 O : D'accord, et avez-vous des notions ou des compétences en langue des signes française ?

10 E1 : Oui.

11 O : Très bien alors si vous permettez nous allons débiter cet entretien par quelques questions  
12 sur votre identité. Bien entendu, votre anonymat ne sera pas remis en cause c'est juste pour  
13 savoir où vous vous situez dans votre carrière professionnelle.

14 E1 : D'accord.

15 O : Depuis combien d'années exercez-vous ?

16 E1 : Alors, moi j'ai été diplômée très récemment, en juillet 2020 et j'ai commencé à travailler  
17 sur mon premier poste à partir de la mi-août 2020 donc ça fait réellement un peu plus de 6 mois  
18 que je suis en poste, donc au sein d'un hôpital psychiatrique en hôpital de jour, voilà.

19 O : D'accord, bon bah vous avez déjà répondu à ma question d'après donc c'est parfait.

20 E1 : D'accord. \* rigole\*

21 O : Juste une dernière question sur votre identité, pouvez-vous me préciser si vous travaillez  
22 seule ou êtes-vous dans une équipe d'ergothérapeutes ?

23 E1 : Alors, en tant qu'ergo je suis seule, je suis la seule ergothérapeute sur le service mais par  
24 contre, voilà, je travaille dans une équipe pluridisciplinaire, une petite équipe parce que l'hôpital  
25 accueille à peu près une 30aine de patients. Après je ne sais pas si vous voulez que je vous en  
26 dise un peu plus sur l'équipe mais voilà globalement, il y a 4 infirmiers qui travaillent avec moi  
27 en binôme et puis une psychologue qui est là à mi-temps ainsi que le médecin qui est une  
28 psychiatre et le cadre du service.

29 O : D'accord, très bien. Bon, maintenant, nous allons passer aux questions qui rentrent  
30 davantage dans le cœur de mon sujet si vous voulez bien.

31 E1 : D'accord, bien sûr.

32 O : Première question, comment définiriez vous l'ergothérapie ?

33 E1 : Qu'est-ce-que l'ergothérapie ? \*rigole\* Alors, écoute, en fonction du domaine dans lequel  
34 on travaille l'ergothérapie pour moi est une discipline assez variée où l'on utilise plusieurs  
35 compétences. Par exemple en rééducation on va plus être sur des exercices analytiques, des  
36 mises en situation, des bilans ou encore la mise en place d'aides techniques. Sur un versant plus  
37 gériatrique, comme dans un lieu de vie, par exemple en EHPAD, on va être plus sur  
38 l'accompagnement, le bien-être et l'autonomie au quotidien même si on ne va rechercher les  
39 capacités peut-être d'une très haute performance. Et puis, dans un domaine que je connais un  
40 petit peu mieux, la psychiatrie, c'est très vaste aussi finalement car cela peut dépendre de la  
41 pathologie mais aussi de la personne et de ce qui peut être signifiant pour elle. Je pense par  
42 exemple à des objectifs mis en lien avec les humeurs, les émotions, le bien-être, l'estime de soi,  
43 la confiance en soi, mais aussi en lien avec l'activité physique parce que parfois ce sont des  
44 personnes qui sont plutôt apathiques ou apragmatiques.

45 O : D'accord et du coup de façon générale, comment définiriez-vous la communication et son  
46 importance dans le processus d'intervention (PEC) ?

47 E1 : Alors, la communication effectivement c'est la base pour moi, puisque c'est comme ça que  
48 l'on va rencontrer l'autre finalement. Après que cela soit une communication orale ou non, si  
49 la personne est en capacité ou pas de s'exprimer verbalement. Puisque la communication pour  
50 moi c'est à la fois l'aspect verbal mais aussi le non verbal, et les deux sont souvent en interaction  
51 et jouent énormément; notamment avec la situation actuelle le non verbal est parfois plus  
52 compliqué à percevoir, derrière le masque finalement on voit que les yeux donc parfois il faut  
53 insister avec le ton de la voix aussi pour faire comprendre une émotion ou une intention. En  
54 tout cas la communication pour moi est très importante dans la relation thérapeutique parce que  
55 finalement on fait passer des informations mais aussi notre ressenti, comment on se sent au  
56 travers du corps, donc du non verbal mais aussi des mots. La relation des échanges, des  
57 discussions qui peuvent avoir lieu au sein de la relation thérapeutique de confiance.

58 O : D'accord, est-ce que je peux vous demander à quel moment et pourquoi vous êtes-vous  
59 intéressée à la LSF ?

60 E1 : Alors la langue des signes, ça fait un petit moment à vrai dire, j'étais au collège en fait  
61 lorsque j'ai connu cette langue. Je faisais partie d'une classe ULIS avec insertion d'enfants en  
62 situation de handicap et plus particulièrement des enfants déficients auditifs donc sourds ou  
63 malentendants. Et en fait, lors de nos cours on avait un interprète qui était là et ces jeunes  
64 suivaient en plus du cursus lambda au collège des cours de langue des signes et ces cours ont  
65 été ouverts aux enfants entendants. Et moi j'ai décidé de m'y inscrire parce que ça m'a  
66 questionné et j'étais curieuse surtout lors des cours lorsque je voyais l'interprète signer et c'est

67 comme ça qu'a commencé cette découverte de la langue des signes. Donc j'en ai fait pendant 7  
68 ans, j'ai suivi tout le cursus au collège et ensuite avec le petit groupe que l'on formait on a  
69 demandé au rectorat de pouvoir continuer cette langue au lycée donc des cours ont été mis en  
70 place dans le lycée de secteur où je suis allée et c'est pour ça que j'ai eu la chance de passer  
71 cette langue comme option au baccalauréat. Donc 7 années d'apprentissage de langue des signes  
72 pendant le cursus scolaire malheureusement je n'ai pas pu continuer par la suite parce que trop  
73 prise par la suite de mes études. Mais, j'ai eu la chance de pouvoir réaliser un livre de langue  
74 des signes avec le professeur qui nous donnait les cours au lycée, et ça a vraiment été un plus  
75 pour moi parce qu'on a travaillé en collaboration avec ces jeunes de mon âge qui avaient une  
76 déficience donc un handicap, et ouais ça a été assez riche autant en émotion que culturellement  
77 et au niveau de mes connaissances. Et donc la langue des signes j'ai pu en refaire un petit peu  
78 lorsque je me suis rendue dans un café langue des signes proche de chez moi et lors de ma  
79 formation en ergothérapie donc en dernière année on a une UE optionnelle pour le dernier  
80 semestre et donc il y avait cette option langue des signes où j'ai pu en refaire un peu et être en  
81 contact avec un intervenant adulte déficient auditif avec qui j'ai pas échangé. Mais  
82 malheureusement, depuis je ne prend plus de cours même si j'aimerais, je me laisse aussi un  
83 peu de temps puisque je suis jeune diplômée et que j'attaque sur mon premier poste  
84 d'ergothérapeute donc je prends le temps et j'espère en tout cas oui j'aimerais pouvoir continuer  
85 ou reprendre des cours. Mais en tout cas avec la population accueillie là où je travaille pour  
86 l'instant je ne l'ai encore jamais mise en place, ni jamais utilisée.

87 O : Je vais vous demander maintenant par rapport à la deuxième partie de ma question de  
88 recherche, pour vous qu'est-ce qu'une posture professionnelle ? La posture professionnelle que  
89 doit avoir un ergothérapeute.

90 E1 : Large question. Pour moi, il n'y a pas de posture adéquate parfaite. Je pense que ça joue  
91 beaucoup en fonction de la personnalité de la personne. Bien entendu c'est pour moi un  
92 complément de la profession que l'on a puisqu'on apprend des grandes thématiques comme  
93 l'empathie, la confiance et la discrétion professionnelle et bien encore d'autres mais je pense  
94 que ça dépend avant tout de la personnalité de la personne aussi la posture professionnelle.  
95 Après je pense que voilà, discrétion, bienveillance et empathie sont vraiment les mots les plus  
96 importants qui peuvent caractériser la posture professionnelle ; je pense qu'être à l'écoute aussi  
97 pour le coup c'est important, c'est être dans une posture aussi avec une juste distance  
98 thérapeutique, être dans l'empathie oui mais ne pas trop donner de soi non plus et savoir se  
99 préserver. Enfin, je pense que l'on fait un métier qui demande beaucoup dans lequel il faut  
100 beaucoup donner de soi mais aussi dans lequel on reçoit beaucoup les problématiques des

101 personnes donc je pense qu'il faut aussi savoir se préserver et c'est pas tous les jours facile  
102 d'adopter une posture thérapeutique ça dépend aussi de nous de comment on se sent parce que  
103 des fois on a le droit aussi d'être moins bien mais il faut en avoir conscience parce que du coup  
104 ça peut biaiser cette posture mais aussi la relation thérapeutique à plus long terme je dirais.

105 Voilà. Je ne sais pas si je réponds à ta question, c'est une question très large je pense qu'on peut  
106 y associer plusieurs concepts en fait que là tout de suite je n'ai pas forcément en tête mais pour  
107 moi, voilà, c'est ceux que je t'ai cité juste avant qui sont les plus importants. J'en oublie  
108 sûrement mais voilà.

109 O : Il n'y a aucun problème, parce que c'est une question relativement subjective car la posture  
110 professionnelle est propre à chaque personne. Cependant, j'aimerais savoir comment la LSF  
111 influence-t-elle votre posture professionnelle ? Aujourd'hui même si vous ne pratiquez pas  
112 cette langue dans votre poste actuel.

113 E1 : Alors je crois que j'ai commencé déjà d'y répondre un peu. Donc j'ai eu la chance de  
114 pouvoir participer à l'élaboration d'un coffret dans lequel se trouve des CD et un livre. Cette  
115 première collaboration autour de la recherche, de mettre en place ce type d'outils pour faire  
116 connaître la langue des signes le fait d'avoir travailler avec des personnes déficientes auditives  
117 ça a été un premier pas je pense que ça m'a permis de m'ouvrir à une autre "population" avec  
118 un handicap parce que finalement avant cette étape là j'avais vraiment notion de ce que cela  
119 pouvait être. Ça a été enrichissant pour moi mais aussi pour le groupe qu'on formait on ne  
120 faisait plus la différence entre ces élèves qui avaient une déficience auditive et nous. Donc ça a  
121 vraiment été le premier pas vers la langue des signes , après effectivement je ne l'utilise pas  
122 dans mon quotidien mais je pense que c'est vraiment une ouverture d'esprit , finalement c'est  
123 comme une langue, comme l'espagnol, l'anglais d'apprendre une nouvelle langue c'est s'ouvrir  
124 à une autre culture et c'est clairement ce qui s'est passé pour moi avec la langue des signes c'est  
125 réellement un monde un peu à part dans lequel il y a une culture bien ancrée et les sourds la  
126 proclame et nous expliquent bien qu'ils y tiennent que ça leur tient à cœur cette culture sourde.

127 O : Pensez vous que votre façon d'échanger à changer ?

128 E1 : Peut-être. C'est une bonne question, en tout cas je pense que je réfléchis plus à comment  
129 je communique c'est à dire est-ce que la personne me comprend est-ce que ma manière de  
130 communiquer est adaptée à la situation et j'essaie aussi d'être plus calme lorsque je m'exprime  
131 prendre le temps peser les mots et le poids des mots et le poids des signes d'ailleurs. Oui je  
132 pense que ça m'a apporté effectivement, vis à vis de la communication être plus dans le regard  
133 aussi regarder l'autre essayer de comprendre quand il ne communique pas de manière verbale  
134 est-ce qu'il a compris ce que j'étais entrain de dire comment est-ce qu'il reçoit mon message ?

135 est-ce que ça lui plaît ? ou est-ce que au contraire non ? Et pour le coup avec la patientèle  
136 psychiatrique parfois c'est très important enfin c'est pas parfois c'est tout le temps d'ailleurs  
137 pour chacune des relations qu'on a avec les patients je me rend compte que la communication  
138 c'est la base en faite c'est la base de tout c'est ce qui va nous permettre de former la relation  
139 thérapeutique de confiance et donc nous permettre d'avoir accès à la bulle finalement du patient  
140 pour pouvoir travailler avec lui certains objectifs et mener à bien les séances avec des activités  
141 qui peuvent lui plaire.

142 O : D'accord, et bien aux vues de tout ce que vous me dites pensez-vous que vos connaissances  
143 en LSF vous procurent une sensibilité particulière en termes de communication lors de vos  
144 prises en charge mais également lors de vos échanges avec vos pairs ?

145 E1 : Oui, effectivement je pense qu'avoir pu avoir accès à cette langue des signes très tôt même  
146 avant mon cursus de formation finalement ça m'a ouvert l'esprit et ça m'a ouverte à d'autres  
147 horizons et j'avais une certaine fierté lorsque je me suis rendue à l'épreuve de langue des signes  
148 du bac parce que faut faire connaître cette langue je pense que c'est vraiment bénéfique de  
149 pouvoir la faire connaître que des gens puisse la découvrir parce que finalement avec quelques  
150 signes on peut très bien échanger. Et oui, effectivement je pense qu'il y a un impact de  
151 l'apprentissage de la LSF sur ma perception et ma vision du handicap de manière large.

152 O : Et bien c'est très drôle que vous me parliez de tout cela, parce que c'était justement la  
153 question suivante. Je comptais vous demander de me racontez une situation dans laquelle vous  
154 aviez été fière d'avoir ces compétences là. Mais du coup c'est l'épreuve du bac très bien.

155 E1 : Oui, il y a l'épreuve du bac mais j'en ai d'autres en tête. Il y a la fois où faire mes courses  
156 je me rendais dans un grand supermarché et il y a de plus en plus de caissières parfois  
157 malentendantes et bien de pouvoir simplement les saluer. Parce qu'il nous arrive quand même  
158 de dire bonjour aux gens de pouvoir saluer la personne de pouvoir échanger quelques phrases  
159 avec elle en langue des signes. Je pense que ça fait aussi plaisir à l'autre de voir qu'un entendant  
160 s'intéresse au monde de la surdité. Et puis lors de mon premier stage, avec des enfants, il y avait  
161 une activité expression, donc le but de cette activité, c'était en centre de rééducation, c'était de  
162 pouvoir pour les ergothérapeutes mettre en place des aides techniques adaptées pour la  
163 communication donc tablette, ordinateur, avec des logiciels bien particuliers. Même aussi une  
164 jeune fille, bon là c'était pas du handicap auditif, c'était une tablette qu'elle commandait avec  
165 ses yeux pour pouvoir parler en faite c'était une synthèse vocale. Et pour en revenir aux  
166 déficiences auditives, j'avais justement dans ce groupe un jeune qui appréciait utiliser la langue  
167 de signes et avec qui j'ai pu communiquer un peu donc j'ai vu son visage s'illuminer lorsqu'il

168 a pu me répondre en langue des signes parce qu'il avait aussi lui pour pouvoir suivre un cursus  
169 à l'école certaines aides techniques pour la communication.

170 O : D'accord et bien votre parcours est riche en expériences merci de les avoir partagées avec  
171 moi, pour clôturer cet entretien je vais vous poser une dernière question pouvez-vous  
172 m'indiquer des concepts en ergothérapie qui font écho à votre façon de communiquer avec vos  
173 compétences en LSF ? C'est-à-dire qu'avez-vous pu identifier des critères communs entre la  
174 LSF et certains concepts en l'ergothérapie ?

175 E1 : Je vais réfléchir un petit peu avant de répondre.... Vous pouvez simplifier la question ?

176 O : Auriez-vous des concepts en ergothérapie que vous auriez identifiés qui font écho à la LSF  
177 en termes de communication ?

178 E1 : Oui, alors il y a un terme qui me vient tout de suite et c'est la justice on parle souvent de  
179 **justice occupationnelle** alors moi je ne sais pas si c'est le terme adéquat mais le terme justice  
180 seul je pense que pour le coup c'est un mot qui peut lier les deux, à la fois notre pratique en  
181 ergothérapie et à la fois ce monde riche des sourds. La justice, je pense que c'est le mot, le  
182 grand concept en tout cas qui me vient là tout de suite en tête. Et puis peut être aussi un autre  
183 **concept des sciences de l'occupation je pense à l'équilibre occupationnel** effectivement je pense  
184 que signer ça peut être une occupation qui a du sens du coup pour la population cible de votre  
185 mémoire et pour moi cette activité est pleine de sens pour les personnes en questions et pour  
186 moi il ne faut pas les forcer à oraliser par exemple et bien leur dire de sauvegarder ces  
187 compétences et cette culture finalement qui fait que finalement c'est leur identité.

188 O : D'accord auriez-vous peut-être un autre concept, ou un critère de communication ?

189 E1 : Peut être à ce moment la communication non verbale parce que finalement c'est ce que je  
190 vous ai expliqué un peu plus haut pour moi ça fait partie de la communication de manière  
191 générale avec tous mes patients en ergothérapie et en **langue des signes on sait que l'aspect non**  
192 **verbal avec les mimiques du visage, la manière dont on va utiliser le corps, sont très importants**  
193 **parce que rien que ça, ça peut modifier le sens d'un des signes en faite. Et peut être aussi la**  
194 **communication non verbale je pense que ça c'est un concept clé aussi pour faire du lien entre**  
195 **l'ergothérapie et la langue des signes.**

196 O : Par rapport à cette communication non verbale, précédemment vous avez énoncé le fait  
197 d'être plus attentive, d'avoir développé une sensibilité, est-ce que cela vous fait penser à un  
198 dernier concept en ergothérapie vraiment axé sur la communication et l'approche que doit avoir  
199 l'ergothérapeute ?

200 E1 : C'est une bonne question, j'aurais envie de dire **l'écoute active**. Mais enfaite c'est pas  
201 l'écoute au premier sens du terme, c'est pas l'écoute verbale, c'est l'écoute de l'autre dans sa

202 globalité, c'est-à-dire l'attention qu'on va porter à l'autre le visuel en fait puisque finalement  
203 on a plein d'éléments quand quelqu'un en face de nous utilise la langue de signes on a beaucoup  
204 d'éléments que ça soit le visage ou le corps mais aussi les mains donc écoute active mais pas au  
205 premier sens du terme. C'est vraiment l'attention qu'on va porter à l'autre lorsqu'il est entrain  
206 de signer pour pouvoir le décoder.

207 O : Très bien, merci beaucoup cet entretien touche à sa fin, vous avez répondu à la dernière  
208 question. Merci pour votre engagement et votre participation de qualité ainsi que pour le temps  
209 accordé. Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ou avez-vous des questions ?

210 E1 : Écoutez, je n'ai pas de question, j'avais des appréhensions et puis finalement en fait ça va  
211 ça s'est bien passé je suis étonnée de ce sujet de mémoire mais de manière positive et je serais  
212 curieuse de le lire une fois qu'il sera terminé.

213 O : Souhaitez-vous que je vous le transmette après finalisation.

214 E1 : Eh bien, écoutez, pourquoi pas ?

215 O : D'accord, en tout cas je vous remercie encore et je vous souhaite une bonne soirée.

216 E1 : Merci Ophélie, merci à vous.



## Annexe V : Retranscription entretien du second professionnel

- 1 O : Bonjour, je m'appelle Michal Ophélie et suite à nos échanges vous avez accepté de participer  
2 à cet entretien afin de faire avancer ma réflexion professionnelle. Donc je vous rappelle que  
3 mon mémoire s'intéresse à l'influence des compétences en la langue des signes française sur la  
4 posture professionnelle des ergothérapeutes exerçant en France ou en Francophonie. Avant de  
5 débiter cet entretien, je vais vous poser 2 questions pour vérifier que vous répondez à mes  
6 critères d'inclusion. La première, êtes-vous une ergothérapeute exerçant en France ou en  
7 Francophonie ?
- 8 E2 : \*Signe le mot "oui"\*, je pense que ça va se faire comme ça l'entretien ! \*rigole\*
- 9 O : J'en ai bien l'impression \*rigole\*. Et la seconde question "avez-vous des connaissances ou  
10 des notions en langue des signes française ? Je pense que... \*rigole\*
- 11 E2 : Oui oui, j'en ai.
- 12 O : D'accord, bon avant de commencer à rentrer vraiment dans le cœur de mon exploration je  
13 vais juste vous poser quelques questions pour en savoir un peu plus sur vous bien sûr l'anonymat  
14 sera respecté c'est juste pour mieux vous situer dans l'étude.
- 15 Du coup, depuis combien d'années exercez-vous ?
- 16 E2 : Alors ça fait cette année 10ans que je suis ergothérapeute diplômée d'état de l'école de  
17 \*\*\*\* et donc 10 ans que j'exerce auprès d'adultes dans différentes structures ou hospitalier ou  
18 de rééducation ou de SSIAD.
- 19 O : D'accord, donc depuis 10 ans c'est toujours la même population, le même procédé et le  
20 même fonctionnement ?!
- 21 E2 : Oui, adultes, personnes âgées, je n'ai pas travaillé auprès d'enfants uniquement.
- 22 O : Très bien, et du coup est-ce que vous travaillez dans une équipe de plusieurs ergothérapeutes  
23 ou êtes-vous seule ?
- 24 E2 : Je travaille dans un centre de rééducation depuis 6 ans maintenant où nous sommes 13  
25 ergothérapeutes.
- 26 O : Ah oui ! C'est une grosse équipe.
- 27 E2 : Eh oui c'est une grosse équipe, mais je suis à mi-temps dans un centre de rééducation et à  
28 mi-temps dans un SSIAD et là je suis la seule ergo je travaille avec des infirmières et des aides-  
29 soignantes.
- 30 O : Donc si j'ai bien compris dans le SSIAD vous êtes seule et dans le centre de rééducation  
31 vous êtes 13 ergo ?

32 E2 : Oui.

33 O : Parfait, eh bien pour entrer dans le vif du sujet je vais commencer avec ma première question

34 qui est “comment définiriez-vous l’ergothérapie ?”

35 E2 : Aaaaaah ! Vaste question ! L’ergothérapie, bah c’est permettre aux personnes en situation

36 de handicap de vivre de la façon la plus autonome possible et sécuritaire dans leur vie de tous

37 les jours.

38 O : Et de façon plus générale, comment définiriez vous la communication et son importance

39 dans le processus d’intervention soit la prise en charge ?

40 E2 : Eh bien, elle prend une place très très importante donc la communication forcément orale

41 verbale et aussi gestuelle la communication non verbale prend une place très très importante

42 pour mettre en place une relation thérapeutique de confiance avec la personne que l’on prend

43 charge.

44 O : En parlant de communication gestuelle, à quel moment et pourquoi vous êtes vous intéressée

45 à la LSF ?

46 E2 : Alors, elle s’est un peu imposée à moi puisque je suis une fille entendante de parents sourds

47 donc c’est finalement ma langue maternelle. Donc je ne l’ai pas choisi mais elle s’est imposée

48 à moi dans ce sens là d’où mes connaissances sur la langue des signes. Et bah forcément, mon

49 métier d’ergo n’est pas venu un peu par hasard, c’est parce que je voulais travailler dans le

50 secteur du handicap, je ne savais pas quoi, et le métier d’ergothérapeute pour moi correspondait

51 à ce que j’aspirais de l’exercice professionnel que je m’imaginais.

52 O : Très bien, et donc du coup dans les différentes structures dans lesquelles vous exercez,

53 utilisez-vous des signes homologués par la LSF dans votre pratique professionnelle ?

54 E2 : Alors, j’ai deux cas de figure. J’ai pris en charge toute ma petite carrière, disons que je n’ai

55 rencontré que 3 personnes atteintes de surdité profonde qui communiquait par langue des signes

56 et pour faire l’interprète entre soit mes collègues ergo qui le prenait en charge soit l’équipe

57 soignante et médicale. Donc j’ai eu un patient qui avait eu un AVC qui a une hémiplégie et puis

58 2 autres qui sont dans un programme de réentraînement à l’effort lombaire qui ont des

59 lombalgies chroniques. Du coup là j’ai utilisé la langue des signes en guise de communication

60 entre le professionnel et le patient et autrement moi je la pratique assez facilement pour les

61 patients aphasiques/apraxiques. Comme exercice de rééducation je trouve ça assez intéressant,

62 c’est vraiment un petit plus que j’ai par rapport à mes collègues. Donc je suis très forte pour les

63 mimes, les devinettes et les praxies gestuelles.

64 O : \*rigole\* Ah d’accord, et pour vous qu’est-ce que la posture professionnelle ?

65 E2 : Hmm, la posture professionnelle c'est savoir mettre la juste distance entre le patient, la  
66 personne en situation de handicap, en tout cas la personne que l'on prend en charge et notre  
67 implication professionnelle et personnelle que demande chaque relation finalement.

68 O : Et comment l'utilisation de signes de la LSF influence votre posture professionnelle ?

69 E2 : Est ce qu'elle influence la posture professionnelle ? Je ne sais pas. Je sais que les patients  
70 dès que je leur fait un petit signe d'au revoir ou de bonjour, ils sont souriants, ils me renvoient  
71 aussi la pareille en me saluant de loin. Et je pense qu'ils apprécient ce genre de petites attentions  
72 après est-ce que ça impact véritablement sur la posture professionnelle vis à vis de quelqu'un  
73 d'autre. Comparativement à un autre collègue je ne sais pas. C'est vrai que c'est peut être à mes  
74 collègues que cette question devrait être posée pour savoir si eux estiment que ma posture  
75 professionnelle est différente de la leur.

76 O : Ah, mais ça, c'est pas possible... \*rigole\* Mais du coup ça peut s'expliquer par le fait que  
77 vous utilisez la langue des signes depuis toujours vu que c'est votre langue maternelle, du coup  
78 il n'y a pas de changement que vous ayez pu constater vu que vous avez grandi avec.

79 E2 : Effectivement, il n'y a pas de avant/après mon apprentissage de la LSF.

80 O : C'est vrai que comparativement parlant, c'est plus compliqué de se prononcer et je le  
81 comprends. Mais pensez-vous que vos compétences en LSF vous procurent une sensibilité  
82 particulière en termes de communication lors de vos prises en charge ou même lors de vos  
83 échanges avec vos pairs ?

84 E2 : Ouais, avec mes pairs, non. Parce que même quand je parle spontanément je ne pense pas  
85 utiliser beaucoup les mains. Mais par rapport aux patients je pense que ça me permet d'être plus  
86 expressive, je pense que j'ai un peu plus d'expressions du visage, alors en plus la maintenant  
87 on est masqué, c'est vrai que ça change aussi beaucoup les interactions avec les patients en  
88 particulier aphasiques. Et là je pense que c'est un petit plus, le fait d'être beaucoup plus  
89 expressive au niveau du visage, et là je peux utiliser les mains quand je m'exprime pour mieux  
90 me faire comprendre auprès des patients. Le fait d'avoir des parents sourds en situation de  
91 handicap et là en particulier la surdité, j'ai une très très bonne relation avec l'entourage familiale  
92 que ce soit les enfants ou les parents donc voilà je sais que je communique très facilement, en  
93 tout cas l'entourage familial, les aidants se confient très facilement à moi. C'est vrai que voilà,  
94 j'ai cette empathie qui s'est développée de par ma situation personnelle, parce-que j'ai des  
95 parents en situation de handicap qui fait que j'ai une grande tolérance, une grande écoute et une  
96 grande facilité d'accompagnement auprès de l'entourage.

97 O : Et au delà de la posture que vous adoptez, est ce que vous avez l'impression d'être plus  
98 attentive à la communication non verbale de vos interlocuteurs ? De ce que qui vous est renvoyé.

99 E2 : Je ne sais pas, je pense que je suis assez sensible aux expressions du visage, aux attitudes  
100 de lassitude ou de douleur ou de perte de motivation ou au contraire d'enthousiasme chez  
101 certains patients. Ou en tout cas je pense que je perçois très vite quand les patients ne  
102 comprennent pas. Je pense que j'ai ce petit plus que peut être mes collègues ne voient pas,  
103 j'arrive à percevoir quand il y a des quiproquos, ou des incompréhensions de la part des patients,  
104 plus que d'autres.

105 O : Permettez-moi de rebondir sur ce petit plus, est ce que vous auriez une situation à me  
106 raconter dans laquelle vous avez vraiment été fier d'avoir cette compétence linguistique?

107 E2 : Là comme ça je ne sais pas, c'est plutôt par rapport à mes patients aphasiques/apraxiques.  
108 Quand je perçois qu'ils n'ont pas compris ce qu'on a dit, ce qu'on veut faire, ce que l'on veut  
109 initier. C'est souvent avec les familles quand le parent est devenu aphasique, ne comprend pas  
110 la situation et essaie de communiquer, par exemple la dernière fois c'était une histoire de  
111 rendez-vous chez le médecin et le monsieur voulait savoir qui l'emmenait et voilà il fallait  
112 reposer les choses du coup pas nécessairement avec de la langue des signes mais avec de la  
113 démonstration et la fille a pu comprendre ce que son père lui demandait. Mais de là à utiliser la  
114 LSF pour ça, non. Je réfléchis à une situation un peu plus parlante par rapport à ça, non, après  
115 c'est par rapport à la prise en charge de patient sourd que j'ai pu avoir, c'est vrai que c'était  
116 assez agréable d'être sollicitée par l'infirmière quand le médecin passait en chambre d'un  
117 patient qui comprenait pas pourquoi il avait des fuites urinaires par exemple ou un étui pénien.  
118 L'infirmière était obligée de rentrer dans son intimité et pour mettre en place l'étui pénien il  
119 fallait qu'une personne lui explique, on avait pas le temps d'appeler un interprète pour ça,  
120 l'équipe soignante était contente d'avoir quelqu'un sous le coude qui puisse lui expliquer  
121 pourquoi on mettait en place un étui pénien pour les troubles de la continence, plutôt que  
122 d'écrire ou de dessiner ce qui peut être un peu gênant ou porter à confusion.

123 O : Ah bah oui je comprends. Maintenant, je vais vous poser la dernière question de cet  
124 entretien, pouvez-vous m'indiquer des concepts en ergothérapie qui font écho à votre façon de  
125 communiquer avec vos compétences en LSF ? C'est-à-dire des critères communs que vous avez  
126 pu identifier entre la LSF et certains concepts en ergothérapie.

127 E2 : Ah ! Les fameux modèles conceptuels. Bah je ne sais pas trop, l'atout de notre équipe c'est  
128 que nous sommes formés à la MCRO, après je ne peux pas dire que je peux le lier à ce modèle  
129 conceptuel. Plutôt je dirais, alors est-ce que c'est un modèle conceptuel je ne sais plus vous me  
130 corrigerez mais le bottom-up dans l'approche coop, je crois que c'est cela.

131 O : Ce que je demande ce ne sont pas nécessairement des modèles conceptuels ce sont plus des  
132 concepts clés en ergothérapie ou des critères par rapport à l'approche qu'on a en termes de  
133 communication.

134 E2 : Ouais, bah c'est l'écoute ?! C'est vrai, c'est étonnant mais dans la langue des signes, on  
135 est dans l'écoute, la compréhension de l'autre, l'accompagnement. Je vous vois sourire mais je  
136 ne sais pas si j'ai les bonnes réponses. Et oui, l'écoute ça crée la relation qui est un peu plus  
137 intimiste quand on arrive à se dire bah là j'ai une petite brèche dans laquelle m'immiscer. Je  
138 sais que moi j'ai une relation très particulière avec ce patient là que les autres n'ont pas et même  
139 les orthophonistes qui normalement sont en mesure de pouvoir apporter le maximum de moyens  
140 pour les personnes avec un trouble du langage quel qu'il soit ou sensoriel, c'est vrai que c'est  
141 un petit plus que j'ai moi, par rapport à ces autres professionnel de santé.

142 O : Hormis l'écoute, est-ce que vous auriez un autre critère ou concept clé qui vous viendrait?

143 E2 : Grâce à ma connaissance en LSF, non, parce que moi je ne travaille pas avec ce public  
144 concerné. A moins que je ne minimise peut-être ce que je renvoie vis à vis des patients ou de  
145 mes collègues. C'est compliqué d'avoir cette objectivité par rapport à moi comme vous l'avez  
146 dit avant, je n'ai pas été changé parce que j'ai appris la langue des signes, j'ai grandi comme ça  
147 mais bon après à part l'écoute, la compréhension de l'autre et un peu plus de sensibilité face  
148 aux situations, au ressenti de la personne. Est-ce-que cela m'apporte un peu plus? Je ne sais pas.

149 O : Cet entretien touche à sa fin, vous avez répondu à la dernière question. Merci pour votre  
150 engagement et votre participation de qualité ainsi que pour le temps accordé. Souhaitez-vous  
151 ajouter quelque chose, avez-vous des questions ?

152 E2 : Oui, j'ai pleins de questions ! Vous serait-il possible de m'envoyer votre mémoire ?  
153 Histoire que je le lise quand même, il m'intéresse, je serais curieuse.

154 O : Avec plaisir, je vous le communiquerai par mail dès qu'il sera finalisé.

155 E2 : Vous avez réussi à interroger combien d'ergo ?

156 O : Alors pour l'instant, vous êtes ma deuxième ergo.

157 E2 : D'accord.

158 O : Et j'en ai encore deux autres de prévus.

159 E2 : Ok, dans des structures qui accompagnent des personnes sourdes ou ?

160 O : Non. C'est vraiment la particularité de mon étude. Parce que je ne voulais pas que ce soit  
161 centré avec une population sourde, je suis persuadée que les compétences qu'on peut avoir  
162 grâce à l'apprentissage de la langue des signes sont tout à fait transposable dans notre pratique.  
163 Et ce peu importe où l'on exerce parce que justement c'est tout ce qui touche à l'écoute, à la  
164 considération de l'autre, et c'est pour ça qu'il n'y avait aucune attente particulière par rapport

165 à la population sourde. C'est vraiment, en tant qu'ergothérapeute comment on se sent avec cette  
166 sensibilité particulière.

167 E2 : D'accord. D'accord. Ah ouais, donc ce que vous cherchez c'est des ergos qui pratiquent la  
168 LSF dans le cadre de leur travail ? Ou LPC, le makaton auprès d'enfants.

169 O : Non, juste des ergos qui ont des notions et des compétences en LSF. Pour qu'ils aient cette  
170 connaissance par exemple des différents paramètres comme l'expression du visage, les  
171 mimiques, la zone où l'on doit faire les gestes pour que ce soit perçu par l'autre. C'est plus, ces  
172 petits détails la pour montrer comment améliorer la communication qui est au cœur du soin.  
173 C'est plus ça l'objectif, c'est pour cela que je parle de posture professionnelle.

174 E2 : Très bien, j'ai hâte de vous lire alors.

175 O : Je vous remercie encore et vous souhaite une bonne fin de journée.

176 E2 : Oh, mais de rien. Bonne fin de journée à vous aussi.



## Annexe VII : Retranscription entretien du troisième professionnel

- 1 O : Bonjour je m'appelle Michal Ophélie, suite à nos échanges vous avez accepté de participer  
2 à cet entretien afin de faire avancer ma réflexion professionnelle. Je vous rappelle que mon  
3 mémoire s'intéresse à l'influence des compétences en langue des signes française sur la posture  
4 professionnelle des ergothérapeutes exerçant en France ou en francophonie.  
5 Donc pour cela je vais d'abord vous poser 2 questions pour vérifier que vous répondez bien à  
6 mes critères d'inclusion. Donc la première, êtes-vous une ergothérapeute exerçant en France ou  
7 en Francophonie ?  
8 E3 : Oui, j'exerce en Suisse (partie française).  
9 O : Et la deuxième, avez-vous des connaissances ou des notions en langue des signes française ?  
10 E3 : Alors oui, j'ai le niveau A1.  
11 O : Très bien. Maintenant, je vais poursuivre avec quelques questions pour en savoir davantage  
12 sur vous. Bien sûr, la question de l'anonymat sera toujours respectée. Donc depuis combien  
13 d'années exercez-vous ? Que ce soit en France ou en Francophonie.  
14 E3 : Depuis juillet 2016, donc ça fait 4ans et demi.  
15 O : D'accord et dans quel domaine exercez-vous ? Et depuis combien de temps ?  
16 E3 : Eh bien, du coup, j'ai toujours travaillé en pédiatrie. Donc là je suis en libéral depuis janvier  
17 2017.  
18 O : D'accord, est-ce que vous travaillez du coup seule ou dans une équipe de plusieurs  
19 ergothérapeutes ?  
20 E3 : Alors, on est dans un cabinet, pour l'instant, on est deux ergothérapeutes et il y a 4 kinés.  
21 O : D'accord, très bien. Bon, bah je pense que maintenant, nous pouvons entrer dans le vif du  
22 sujet. Du coup, je vais commencer par vous demander comment définiriez vous l'ergothérapie?  
23 E3 : Ok **\*rigole\***. Alors, moi, je le perçois comme, enfin j'essaie de **rendre les enfants le plus**  
24 **autonome possible dans leur vie quotidienne et je m'adapte aux besoins à l'instant t des enfants,**  
25 **de la famille, et des intervenants qui englobent la situation de l'enfant.**  
26 O : Très bien et de façon plus générale, comment définiriez vous la communication et son  
27 importance dans le processus d'intervention soit la prise en charge ?  
28 E3 : Je trouve que **la communication non verbale est aussi importante que la communication**  
29 **verbale** et je la trouve **essentielle rien que dans la relation, dès l'entrée en relation, que ce soit,**  
30 **l'enfant, les parents, les enseignants, tous.** Je la trouve essentielle pour le **bon déroulement des**  
31 **objectifs thérapeutiques.**

32 O : Juste pour préciser, quand vous dites que vous la trouvez essentielle, vous parlez de la  
33 communication dans sa globalité ou vraiment la composante non verbale ? Pour être sûre que  
34 j'ai compris.

35 E3 : Non, non, je parle de la communication dans la partie globale. Même si je trouve que **les**  
36 **deux se valent**, je pense que c'est hyper important, pas de savoir l'utiliser mais de **s'adapter en**  
37 **fonction de chaque personne** et autant s'adapter à l'enfant mais aussi indépendamment des  
38 autres personnes et de pouvoir *switcher* entre les besoins des enfants, les besoins des parents,  
39 surtout s'ils ne parlent pas français ou s'ils ont d'autres difficultés.

40 O : Du coup, je me permets de vous demander à quel moment et pourquoi vous-êtes vous  
41 intéressée à la LSF ?

42 E3 : Ah ! Bonne question. Je l'ai faite avant de rentrer en ergo, je l'ai fait lors de mon année de  
43 fac de bio en même temps que de passer les concours. Mais, je pense que c'est une langue qui  
44 m'a vraiment toujours intéressée quand on voyait en dessous un interprète à la télé quand il y  
45 avait des débats des trucs comme ça et c'est vrai que toute cette partie personne en situation de  
46 handicap etc ou je me disais « eh bien voilà c'est toujours intéressant de pouvoir aider quelqu'un  
47 avec d'autres démarches que le français » ou voilà et du coup je me suis un peu lancée dans ça  
48 en disant bah voilà « qu'est-ce que je peux faire de mon temps libre ? Et qu'est ce que ça peut  
49 m'apporter ? Et qu'est ce que ça pourrait m'apporter en ergo? »

50 O : Et dans votre pratique professionnelle actuelle, vous utilisez des signes homologués par la  
51 langue des signes française ?

52 E3 : Exactement, tous les jours.

53 O : D'accord, à quel niveau ? Dans quel contexte ? Pour quelle utilisation ?

54 E3 : En fait, j'essaie de faire des phrases assez courtes pour que la retranscription soit plus facile  
55 pour toi. **\*rigole\***. En fait, je l'utilise franchement pour tout, tout, tout, c'est à dire rien que le  
56 "bonjour", rien que les salutations, je l'utilise pour ancrer des stratégies ou les conseils que je  
57 **peux proposer aux enfants**. Ça peut être aussi, le respect des consignes genre « interdit »,  
58 « fini », « encore », des choses comme ça où je sens que par exemple pour des enfants avec des  
59 troubles autistiques où le verbal est assez compliqué si au moins je peux leur **transmettre**  
60 **l'information autrement que le verbal ou que l'auditif en tout cas**. **Je le transmets aux parents**  
61 **pour qu'il l'utilise aussi, qu'il le réutilise à la maison**. Moi, la LSF, je l'utilise vraiment, ça peut  
62 être dans un jeu ou dans une chanson, pour capter l'attention. Voilà.

63 O : Très bien. Pour vous qu'est-ce que la posture professionnelle ?

64 E3 : Ah ! Pour moi la posture professionnelle, je dirais que c'est comment **faire valoir sa**  
65 **spécialisation, son métier et tous les atouts, tous les bénéfices que ça peut apporter**. Pour moi,

66 un ergo qui a une posture fonctionnelle, enfin en tout cas optimale, c'est dans un groupe, dans  
67 une discussion, il se fait écouter, il se fait entendre et les conseils qu'il peut proposer sont  
68 acceptés facilement par les parents, par l'entourage, etc. Est-ce que ça correspond un peu à ce  
69 que tu voyais ?

70 O : Cela correspond. Du coup, aux vues de la définition que vous venez de me donner, comment  
71 l'utilisation des signes de la LSF influent-ils votre posture professionnelle ? Est-ce que votre  
72 façon de travailler et d'échanger est différente ?

73 E3 : Je pense justement que d'apporter, enfin, de montrer aux parents, enfin pas de montrer  
74 parce que je n'ai rien à prouver mais d'adapter en utilisant un outil qui est accessible à l'enfant  
75 ou aux intervenants. Ça permet aux parents de se dire « Ok, elle a bien compris les besoins de  
76 mon enfant, et elle est plus à même de pouvoir l'aider dans ses besoins et dans ses difficultés  
77 au quotidien ». C'est sûr que si on a un enfant, enfin, tu sais un enfant qui est malentendant qui  
78 a des implants et qui utilise la langue des signes dans son quotidien et qui a un intervenant qui  
79 ne sait pas utiliser un seul mot en langue des signes ; eh bah je trouve qu'on est vite bloqué sur  
80 un sujet et puis du coup on ne peut pas répondre aux besoins de l'enfant et des parents etc.

81 O : C'est sûr. D'ailleurs, étant donné que vous avez eu une formation antérieure à celle  
82 d'ergothérapeute, je ne sais pas si vous avez commencé à étudier la langue des signes  
83 directement, mais en tout cas depuis que vous utilisez cette langue, avez-vous constatez des  
84 changements dans votre pratique. Enfin, cela fait écho à ce que vous étiez en train de dire  
85 précédemment et pouvez-vous les décrire ? Vraiment des changements au niveau de votre  
86 posture professionnelle.

87 E3 : Le problème c'est que même en stage je l'utilisais déjà en stage et je trouvais que c'était  
88 intéressant parce que du coup on pouvait aussi en tant que stage la on prouve, on a quand même  
89 des preuves à faire en tant que stagiaire. Et donc, du coup je trouvais que ça apportait un peu  
90 plus de poids lors des stages. Je me disais « Bah voilà, j'ai quelques mots, je peux rentrer en  
91 contact avec l'enfant, la relation se fait plus facilement » et donc du coup voilà, c'est un atout  
92 qui n'est pas négligeable. Après, aujourd'hui je sais que j'utilise l'application « Elix » quand je  
93 ne sais pas un mot, et du coup je trouve que d'avoir déjà des bases de langue des signes je suis  
94 plus à l'aise du coup à aller chercher, à faire les signes, à me tromper, à expliquer aux parents,  
95 à aller chercher des infos etc. Et du coup, je pense que le fait de l'utiliser me permet aussi de le  
96 proposer aux parents. Je ne suis pas en train de dire « bah voilà, il existe la langue des signes,  
97 le makaton, les pictos etc » en lâchant ça comme ça sans proposer quelque chose. Là je leur  
98 montre l'application et je dis « bah regarde, ce mot là il est comme ça, vraiment avec la  
99 gestuelle, comme ça, comme ça, comme ça, est-ce que ça vous va ? » Voilà.

100 O : Pensez-vous que vos connaissances en LSF vous procurent une sensibilité particulière en  
101 termes de communication lors de vos prises en charge mais aussi lors de vos échanges avec vos  
102 pairs ?

103 E3 : Qu'est-ce que ? Enfin, qu'est ce que ça veut dire sensibilité ?

104 O : Avez-vous l'impression d'être plus attentive à la communication non verbale de vos  
105 interlocuteurs ?

106 E3 : Ah oui, Bah oui parce que du coup il y a des fois où je ne comprends pas verbalement ce  
107 que l'enfant me dit et du coup je lui demande de répéter et instinctivement il y en a qui me font  
108 le signe et du coup je sais que ce sont des signes assez basiques vu que ce sont des enfants en  
109 bas âges donc c'est potentiellement des signes que je suis à même de connaître, les couleurs, la  
110 famille, voilà certaines choses, les jours de la semaine des choses comme ça du coup moi ça  
111 peut me permettre de comprendre ce que veut l'enfant puis du coup on baisse la frustration.

112 O : Est-ce que vous pourriez partager avec moi une situation dans laquelle vous avez été  
113 particulièrement fière d'avoir ces compétences linguistiques ?

114 E3 : Est-ce que ça compte le mémoire ou pas ? \*rigole\*

115 O : Tout compte. Je suis ouverte à toute proposition.

116 E3 : Bah je sais pas parce que la première situation où concrètement ça a été bénéfique c'est  
117 quand j'ai fait mon mémoire sur la langue des signes et que j'ai fait une étude test avec enfants,  
118 avec langue des signes pour certains enfants et sans langue des signes pour d'autres dans  
119 l'apprentissage des lacets. Et avec langue des signes l'apprentissage des lacets a été 10 fois  
120 plus, enfin je ne suis pas sûre qu'il y ait un chiffre exact mais a été significativement plus  
121 intéressant avec langue des signes que non ; sur un objectif concret et sur des populations  
122 équivalentes avec le même objectif, il y a eu des résultats plus intéressants avec langue des  
123 signes que sans donc du coup ce qui me permet de me dire que voilà quoi. C'est cool que grâce  
124 à l'apprentissage de la langue des signes j'ai pu proposer quelque chose qui est pertinent et donc  
125 l'objectif de l'apprentissage des lacets ait été validé. Après dans la situation professionnelle  
126 actuelle, c'est plus le retour aux parents qui est intéressant c'est-à-dire que enfin voilà j'ai montré  
127 certains signes aux parents bah par exemple tout ce qui est « interdit », « fini », des petites  
128 choses comme ça pour les transitions et du coup quand les parents viennent me voir en disant  
129 « j'ai fait votre signe, j'ai fait le signe « interdit » et du coup il n'a pas jeté ses affaires par  
130 terre » ou « il n'a pas cassé le truc » ou « il n'est pas partie en crise ». Donc, ouais je disais que  
131 c'est plus le retour aux parents.

132 O : Eh bien du coup je vais terminer avec cette question qui est : pouvez-vous indiquer des  
133 concepts en ergothérapie qui font écho à votre façon de communiquer avec vos compétences  
134 en LSF ?

135 E3 : Ok ! Les concepts c'est les modèles conceptuels ?

136 O : Alors, ici ce que j'attends c'est des concepts clés ou des critères communs que vous avez  
137 pu identifier entre la LSF et l'ergothérapie.

138 E3 : Je ne sais pas quoi te répondre... Non je n'ai pas d'idée je ne vois pas du tout ce que tu  
139 attends comme réponse, je ne comprends pas. Comme tu ne peux pas me donner les réponses,  
140 enfin, m'aiguiller, du j'essaie de réfléchir à ce que tu attends. \*rigole\*

141 O : Oui c'est sûr que je ne peux pas biaiser l'entretien \*rigole\*

142 E3 : Tu peux répéter du coup ? Quels concepts ?

143 O : Pouvez-vous indiquer des concepts clés en ergothérapie qui font écho à votre façon de  
144 communiquer avec vos compétences en LSF ?

145 E3 : Les autres ergos, ils ont répondu ou pas ? \*rigole\*

146 O : Ils ont eu la même réaction au début et puis finalement c'est venu. Mais ça ne me choque  
147 pas, ils ont tous fait ça au début, dès que ça parle de concepts on pense aux modèles conceptuels  
148 donc y'a aucun souci, vous avez tout le temps de réfléchir.

149 E3 : Non mais c'est vrai, de dire sur quel modèle conceptuel on se base je sais que ça ne me  
150 correspond pas c'est à dire que je ne fais pas un seul modèle. Enfin, oui c'est logique en  
151 pédiatrie, on est sur le modèle ludique etc mais en général, je ne me dis pas « Ok, je veux être  
152 le modèle MACRO donc je fais comme ça, comme ça ma pratique ». Moi franchement je  
153 m'adapte c'est de la bidouille la pédiatrie donc je ne sais pas quoi te répondre, je t'avoue que  
154 je ne sais pas si t'as le droit de noter que je ne sais pas quoi te répondre.

155 O : Mais je sais que vous savez et que c'est juste une question hyper stressante, parce que moi  
156 je pense que j'aurais stressé mais c'est très simple là on parle en termes de communication et il  
157 y a un concept clé ou plusieurs qui peuvent intervenir dans l'approche que l'on adopte parce  
158 qu'on est plus attentif justement.

159 E3 : L'écoute ?

160 O : Pouvez-vous développer ?

161 E3 : L'écoute des besoins est peut-être plus réfléchie et plus approfondie que si on se basait que  
162 sur... Je pense que c'est quelque chose aussi qui nous... peut être qu'il fait peur aux gens  
163 d'utiliser une langue qu'on ne connaît pas et qui n'est pas maternelle et du coup le fait de  
164 l'utiliser dans notre pratique ça permet une écoute plus attentive des besoins et des difficultés  
165 que peut avoir la personne. Et du coup ça veut dire que si on est plus à même d'écouter les

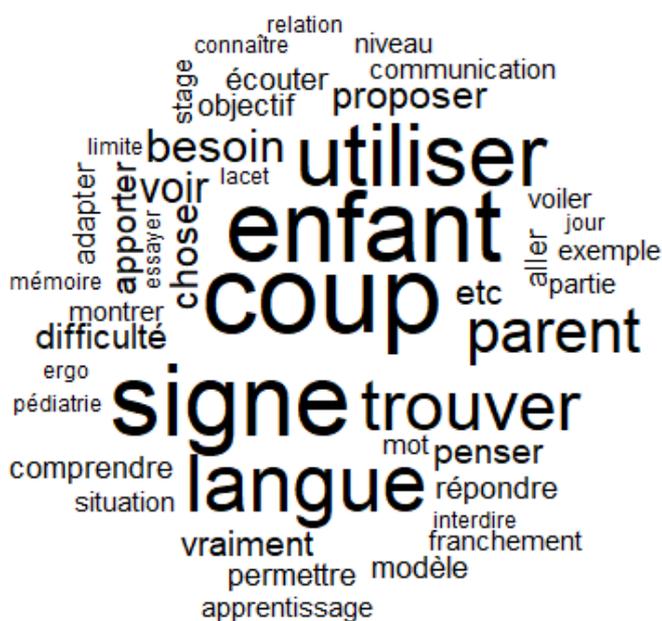
166 difficultés de la personne du coup on va plus intensément dans la difficulté du coup peut être  
167 qu'on peut en trouve d'autres alors qu'on ne serait peut-être pas aller dans ces difficultés là.  
168 O : Voyez-vous d'autres critères que vous voudriez exposer ?  
169 E3 : Non. \*rigole\*  
170 O : Très bien. Écoutez cet entretien touche à sa fin, vous avez répondu à la dernière question.  
171 Merci pour votre engagement et pour votre participation de qualité ainsi que pour le temps  
172 accordé. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ou avez-vous des questions ?  
173 E3 : Non, après je pense que comme on se disait, ce serait vraiment intéressant de développer  
174 la langue des signes, parce que c'est cool de l'utiliser en tant que mémoire et tout. Je trouve ça  
175 super intéressant, parce que je l'ai fait aussi mais du coup je trouve que les professionnels de  
176 santé hors orthophoniste, je trouve qu'on n'est pas aiguillé sur les communications alternatives  
177 en formation. Après, certes on survole tout dans les IFE, mais, je trouve que ça apporte tellement  
178 de l'utiliser, moi je te dis, je l'utilise tous les jours. Alors, je ne peux pas dire que je l'utilise  
179 pour chaque enfant mais tu vois par exemple là, mercredi, je l'ai utilisé pour les trois enfants  
180 que j'ai eu mercredi matin. Et du coup je me dis « mais si je ne l'avais pas utilisé, si je n'avais  
181 pas connaissance de ça », parce que, par exemple, j'ai des collègues qui ne connaissent pas du  
182 tout. Mais du coup je me dis « comment tu peux, demander à l'enfant de travailler sur tel  
183 objectif s'il n'y comprend rien quoi ». Donc je me dis qu'au-delà de ça je trouve que c'est  
184 vraiment intéressant, après la langue des signes je ne suis pas sûre qu'elle soit intéressante pour  
185 tout type de domaine en ergothérapie. Après, en soit je me dis "est-ce que ça pourrait être  
186 intéressant de le proposer en supplément dans nos formations" tu vois ? Limite ça peut être  
187 soulevé aussi ça, de le proposer en plus, d'être subventionné par l'IFE ou je ne sais qui pour  
188 pouvoir nous en tant qu'étudiant pouvoir le faire de notre perso parce que bon étudiant= pas  
189 beaucoup d'argent donc tu vois ça nous limite aussi. Franchement, le financement de la langue  
190 des signes je trouve que ça nous limite quand même pas mal dans l'utilisation quoi.  
191 O : C'est vrai.  
192 E3 : Parce que je ne sais pas combien de niveaux tu as, ou si tu as un niveau en langue des  
193 signes ou pas mais franchement rien que le niveau A1, je crois que je l'avais payé... enfin c'est  
194 cher quoi.  
195 O : Oui très cher.  
196 E3 : Donc voilà.  
197 O : Souhaitez-vous que je vous transmette mon travail à l'issue de celui-ci ?  
198 E3 : Bah oui, j'en serais vraiment ravie ouais.

199 O : D'accord, bon bah je vous le transmettrai par mail. Je vous remercie encore et je vous  
200 souhaite une bonne soirée.  
201 E3 : Merci toi aussi et n'hésite pas si besoin.

### Entretien 3

Pourcentage significatif de mot sur un total de 45 mots:

- Langue des signes 86.67 % (utilisé 39 fois)
- Enfant 48.89 % (utilisé 22 fois)
- Parent 28.89 % (utilisé 13 fois)
- Besoin 20 % (utilisé 9 fois) → Expression des besoins et réponses aux besoins
- Adapter 11.11 % (utilisé 5 fois)
- Comprendre 11.11 % (utilisé 5 fois)
- Ecoute 11.11 % (utilisé 5 fois)
- Communication 8.89 % (utilisé 4 fois)
- Apprentissage 8.89 % (utilisé 4 fois)



## Annexe IX : Retranscription entretien du quatrième professionnel

1 O : Bonjour je m'appelle Michal Ophélie, suite à nos échanges vous avez accepté de participer  
2 à cet entretien afin de faire avancer ma réflexion professionnelle. Je vous rappelle que mon  
3 mémoire s'intéresse à l'influence des compétences en LSF sur la posture professionnelle des  
4 ergothérapeutes exerçant en France et en francophonie. Donc pour cela j'aimerais vous poser  
5 deux questions afin de vérifier que vous répondez à mes critères d'inclusion.

6 E4 : Oui, d'accord.

7 O : Êtes- vous ergothérapeute exerçant en France ou en francophonie ?

8 E4 : Oui, ergothérapeute diplômée en France et exerçant en France.

9 O : Avez-vous des notions/connaissances en LSF ?

10 E4 : Oui, j'ai été formée, j'ai un niveau intermédiaire. J'ai fait partie d'une association et je  
11 l'utilise ponctuellement dans ma pratique personnelle et professionnelle.

12 O : D'accord. Si vous le permettez, je vais maintenant poursuivre avec des questions sur votre  
13 identité. Bien entendu dans le respect de l'anonymat, car il s'agit de questions très générales.  
14 Depuis combien de temps exercez-vous ?

15 E4 : Cela fait 5ans que j'ai mon diplôme et que j'exerce.

16 O : Dans quel domaine exercez-vous et ce depuis combien de temps ?

17 E4 : J'ai fait un peu de pédiatrie et de rééducation fonctionnelle, mais depuis 4ans je fais  
18 essentiellement de la gériatrie en rééducation et en hébergement.

19 O : D'accord, et vous travaillez seule ou dans une équipe de plusieurs ergothérapeutes ?

20 E4 : Je fais partie d'un CHU et j'agis sur plusieurs services donc je peux soit être seule soit  
21 jusqu'en équipe de 4 ergos.

22 O : D'accord, très bien. Nous allons maintenant entrer dans le vif du sujet avec cette question :  
23 " Comment définiriez-vous l'ergothérapie ?"

24 E4 : C'est toujours cette question tellement vaste. Ce n'est jamais facile d'y répondre **\*rigole\***.  
25 **L'ergothérapie, de ma définition, c'est une manière d'aborder la problématique d'une personne**  
26 **et d'y répondre en trois intentions soit en prévention, en rééducation et en palliatif. C'est**  
27 **tellement complexe que je pense que selon le domaine où on exerce on n'a pas la même**  
28 **définition parce qu'on ne fait pas du tout les mêmes choses. Pour moi ça reste auprès de la**  
29 **gériatrie, mon domaine de prédilection, une manière de prévenir des troubles, de rééduquer des**  
30 **troubles et d'arriver en palliatif avec des troubles mais ces troubles étant vraiment les troubles**  
31 **les plus importants pour la personne autant significatifs que signifiant.** Voilà, je pense que c'est  
32 la définition la plus courte que je puisse faire.

33 O : D'accord, et de façon générale comment définiriez-vous la communication et son  
34 importance dans le processus d'intervention soit la prise en charge ?

35 E4 : Il n'y a pas possibilité d'avoir une quelconque prise en charge sans avoir un minimum de  
36 canal de communication avec les autres professionnels mais surtout avec les patients. C'est  
37 quelque chose qui est fondamental dans la communication : elle est de plusieurs abords, elle est  
38 visuelle, auditive mais elle est aussi tactile. On a besoin d'avoir au moins un de ses canaux là  
39 pour entrer en communication avec l'autre et pour pouvoir travailler. Nous, dans mon travail  
40 on a besoin de savoir ce que la personne pense, on a besoin de savoir ce qu'elle ressent, il faut  
41 un minimum de communication c'est essentiel.

42 O : Et du coup à quel moment et pourquoi vous êtes-vous intéressée à la LSF ?

43 E4 : Très particulièrement parce qu'à mon lycée on avait la possibilité en entrant en seconde de  
44 prendre la langue des signes comme option LV3. Je suis déjà polyglotte, je parle déjà plusieurs  
45 langues couramment mais c'était pour moi un intérêt personnel d'ajouter cette corde à mon arc.  
46 Je ne pensais peut-être pas que cela me serait autant utile hors contexte associatif que ça l'est  
47 finalement au quotidien mais bon voilà je m'y suis intéressée à ce moment-là et j'ai eu des  
48 facilités dans cette langue donc j'ai perduré, je me suis faite un réseau et voilà je continue encore  
49 à l'utiliser aujourd'hui.

50 O : Très bien. Et vous aviez indiqué précédemment que vous utilisez des signes homologués  
51 par la langue des signes française dans votre pratique professionnelle actuelle. Du coup,  
52 j'aimerais savoir comment, à quel niveau et dans quel contexte vous exploitez cette  
53 compétence.

54 E4 : Dans deux contextes particuliers. Le premier est que ponctuellement il nous arrive de  
55 recevoir des personnes sourdes ou issues de famille sourdes c'est déjà arrivé plusieurs fois  
56 comme il nous arrive de recevoir des personnes étrangères donc oui j'ai dû pratiquer parce que  
57 du coup on va chercher la seule intervenante qui pratique la langue des signes de tout le service  
58 donc moi. On me demande vite fait des formations aux soignants pour au moins les signes du  
59 quotidien, pour permettre la meilleure inclusion et la meilleure résilience du patient dans son  
60 parcours de soin et puis pour moi, pour communiquer avec mon patient, pour faire mes  
61 évaluations. Et après plus quotidien, moins de manière exceptionnelle les personnes âgées sont  
62 souvent déficientes auditives, elles perdent l'audition, elles sont plus ou moins bien appareillées  
63 mais du coup la communication verbale reste un canal de communication souvent altéré avec  
64 l'âge. Je me sers souvent de mes connaissances en langue des signes avec des signes qui sont  
65 parfois très basiques que les gens connaissent sans avoir à les apprendre car ils sont très intuitifs  
66 pour communiquer comme se mettre debout, s'asseoir, manger, les formes... Souvent on utilise

67 les signes peut être plus comme on va utiliser les signes avec un bébé mais je vais utiliser les  
68 signes pour mieux me faire comprendre et mieux communiquer avec mes patients.

69 O : D'accord. Et pour vous qu'est-ce qu'une posture professionnelle ?

70 E4 : La posture professionnelle, pour moi, si je ne fais pas erreur \*rigole\*, ce serait la manière  
71 d'être de manière professionnelle, autant auprès d'autres professionnels qu'auprès des patients,  
72 de l'entourage. La manière de se comporter, d'agir, et d'observer.

73 O : Selon vous, comment l'utilisation des signes de la LSF influence-t-elle votre posture  
74 professionnelle ?

75 E4 : La LSF à la particularité d'utiliser un canal de communication unique qui va être le visuel.  
76 Mais ce n'est pas seulement la manière de bouger des mains autour de soi, ça va être aussi  
77 énormément d'expressions faciales, de postures du corps qui fait qu'on va rentrer dans une  
78 communication qui est souvent plus sensible, plus proche. Quand on communique par la langue  
79 des signes surtout avec une personne déficiente auditive, on va plus facilement arriver à toucher  
80 la personne pour l'arrêter, pour la prévenir, pour lui indiquer quelque chose en particulier. On  
81 va rentrer dans une communication qui est plus intime, on travaille beaucoup plus l'expression  
82 donc dans un cadre où je vais parler avec un patient il va y avoir une certaine distance physique  
83 je vais peut-être articuler mais je vais moins montrer d'émotions que quand j'utilise la langue  
84 des signes avec un patient ou avec une famille où je vais être plus expressive montrer beaucoup  
85 plus mes émotions et ça ça va jouer sur ma posture professionnelle.

86 O : Depuis que vous utilisez la LSF quels sont les changements que vous avez pu constater dans  
87 votre pratique au niveau de votre posture professionnelle ? Parce que vous venez de m'en  
88 décrire certains au niveau de la sensibilité, de la proximité que l'on peut avoir, et de la  
89 profondeur de la communication et donc de la relation que l'on pourra créer avec la personne

90 E4 : Moi je peux effectuer une comparaison entre les patients avec qui je ne vais pas l'utiliser  
91 et le même type de patients avec qui je vais l'utiliser. Ma posture est différente, le relationnel  
92 que je vais avoir avec les patients est différent et il sera aussi différent en fonction de si c'est  
93 une personne issue ou non de la communauté sourde tout simplement. Les personnes qui sont  
94 issues de la communauté sourde n'ont pas la même posture par rapport aux autres, les personnes  
95 nées dans une communauté entendant. Ce sont des personnes qui vont être beaucoup plus  
96 ouvertes, plus tactiles, qui vont beaucoup montrer leurs émotions qui vont être peut-être plus  
97 naturelles que quelqu'un issu d'un milieu entendant. Moi quand j'interagis avec des personnes  
98 avec qui j'utilise la langue des signes, c'est vrai que c'est des patients avec qui on va  
99 sympathiser un peu plus vite, des patients avec qui on va devenir beaucoup plus intime  
100 rapidement parce que la communication elle est comme ça. Parce qu'on donne vite un surnom

101 pour éviter d'épeler le nom à chaque fois, on décrit les personnes plus facilement et avec moins  
102 de tabous que de manière verbale. On arrive à une intimité et des fois on ne s'en rend pas compte  
103 mais cette intimité permet de faire un bond dans la rééducation, dans les prises en charge, parce  
104 que une fois qu'on arrive à ce niveau d'intimité c'est plus facile d'aborder certains sujets qui  
105 parfois sont pas forcément agréables. Moi, dans mon métier, on parle de tout ce qui se passe  
106 dans la salle de bain, la salle de bain, on touche quand même à l'intimité corporelle de la  
107 personne et avec les personnes sourdes c'est quelque chose qui va être plus facile parce que ce  
108 n'est pas le même rapport au corps et elles n'ont pas le même rapport avec la communication à  
109 travers leur corps. Quand je pratique la langue des signes c'est forcément avec quelqu'un qui  
110 en est un minimum sensible ou très exercé et quand on en arrive à passer par la communication  
111 physique, des signes, les expressions du visage, on arrive plus vite à de l'intimité et souvent  
112 plus vite à aborder des sujets plus complexes.

113 O : Pensez-vous que vos connaissances en LSF vous procurent une sensibilité particulière en  
114 termes de communication lors de vos prises en charge mais aussi lors de vos échanges avec vos  
115 pairs ?

116 E4 : Lors des prises en charge oui. On nous apprend... Enfin c'est comme ça que j'ai appris et  
117 que j'ai moi-même transmis. Quand on commence à apprendre la langue des signes, on apprend  
118 à être observateur, chose que j'ai retrouvé en entrant à l'école d'ergothérapie, on nous apprend  
119 en numéro un à observer et à déduire. Donc c'était quelque chose qu'il y avait en commun mais  
120 je pense que cet œil sur tout ce qui va être expressions faciales, gestes, en pratiquant la langue  
121 des signes j'y suis plus sensible. Je vais peut-être même être plus sensible à ça que des  
122 infirmières ou les aides-soignantes quand il va s'agir de dire si la personne est douloureuse, si  
123 c'est de l'anxiété, si c'est de la colère, si c'est de la peur, parce que ces expressions là on les  
124 exagère en langue des signes quand on communique pour justement être clair. Mais du fait de  
125 les exagérer on les montre souvent, donc pour un œil comme moi qui pratique depuis trop  
126 longtemps, parce que je n'ai pas envie de mettre un chiffre dessus ça va me déprimer \*rigole\*.  
127 Depuis mes années lycée, à force de pratiquer, je pense que j'ai un œil un peu plus aguerris pour  
128 identifier des choses, ce qui est un plus tant dans ma pratique que dans ce que je vais pouvoir  
129 apporter à mes collègues. Après par rapport aux collègues, d'un point de vue professionnel, je  
130 vois moins ce que cela peut m'apporter. Après d'un point de vue relationnel, oui, parce que ce  
131 que je vais identifier chez mes patients en termes de colère, de fatigue, de douleur ou autres, je  
132 vais l'identifier chez mes collègues. Ce qui fait que des fois je vais voir un peu plus que les  
133 autres que la personne n'est pas forcément bien, que mon collègue a peut-être un peu plus  
134 besoin de moi que d'habitude ou au contraire qu'il a besoin que je le laisse tranquille. Donc

135 d'un point de vue purement professionnel non, mais au niveau des interactions je dirais un petit  
136 peu quand même.

137 O : Est-ce que vous auriez une situation dans laquelle vous avez été fière d'avoir ces  
138 compétences là à me raconter ?

139 E4 : Oui. Alors quand j'étais en SSR, la dernière fois que j'ai eu un patient sourd ayant fait un  
140 AVC qui est arrivé, avec une hémiplégié du membre supérieur. Là d'un coup on arrive chez  
141 quelqu'un qui n'a quasiment plus de moyen de communication, on arrive chez quelqu'un chez  
142 qui on est obligé de dire "bon voilà c'est une personne sourde, née sourde, qui a grandi dans  
143 une famille sourde et qui d'un coup est capable de penser, de réfléchir, de mettre les mots dans  
144 l'ordre on va dire sans pouvoir les exprimer" comme une dans le cas d'une aphasie sans que ça  
145 en soit une mais ça impacte énormément sa communication et en fait, j'ai été à ce moment-là  
146 fière et alors ma tête elle a gonflé je ne passais plus les portes **\*rigole\***. Mais de dire au final  
147 que moi en ergothérapeute, en plus d'être là pour le travail habituel post AVC chez un patient  
148 hémiplégié, j'allais pouvoir l'aider à récupérer un minimum de communication en travaillant  
149 autant avec sa famille sourde que sa famille entendante parce que son épouse était entendante  
150 et ses enfants étaient entendants. Mes collègues seraient peut-être passés et sont passés  
151 d'ailleurs assez vite par l'écrit ou par les pictogrammes et moi j'ai réussi à lui redonner un peu  
152 de ce qu'il avait avant c'est à dire cette communication spontanée sans matériel qu'il a toujours  
153 connu étant une personne sourde née dans une famille utilisant les signes. **On a travaillé**  
154 **comment modifier un peu sa communication, comment modifier les signes pour qu'il puisse au**  
155 **moins arriver à entrer en communication avec sa famille, au moins exprimer ses idées, ses**  
156 **émotions de manière spontanée.** Ça a été long, ça a été fastidieux, ça m'a demandé énormément  
157 d'énergie, ça m'a demandé énormément de travail à la maison parce qu'il fallait que je trouve  
158 de moi-même des idées sur comment adapter les signes bimanuels en plus de son côté non  
159 dominant, mais au final quand mon patient est sorti et a pu me dire "je vous remercie de votre  
160 aide et je vous en remercierai toute ma vie" avec une seule main, ça m'a fait plaisir.

161 O : Ah bah ça, je n'en doute pas ! C'est une histoire très émouvante, vraiment un plaisir. Mais  
162 du coup juste avant vous aviez un petit peu parler des atouts que vous avait procuré la LSF que  
163 vous avez pu retrouver également lors de votre formation en ergothérapie. Pourriez-vous me  
164 citer des critères communs entre la LSF et certains concepts en l'ergothérapie ?

165 E4 : **L'observation** est la chose la plus élémentaire parce que c'est une base élémentaire des  
166 deux, autant en LSF qu'en ergothérapie : Leçon 1 épisode 1- comment observer ? Après cela  
167 fait tellement longtemps que je pratique que c'est devenu naturel et du coup je conceptualise  
168 un petit peu moins ce qui concerne la LSF comme l'ergothérapie d'ailleurs maintenant c'est

169 devenu une habitude. Je dirais peut-être même si c'est plus spécifique à la gériatrie, le recours  
170 à la **communication tactile, le fait de rentrer en contact physiquement avec son patient**. Moi, de  
171 mon temps, on nous apprenait aussi à l'école **l'importance de toucher les gens**. Quand on va  
172 rééduquer un corps, même si maintenant c'est particulier avec le covid et tout, nous on nous  
173 apprenait à ne pas mettre de gants et à entrer directement en contact avec la peau des gens. **C'est**  
174 **parfois intrusif pour certaines personnes mais pourtant au temps nous ça va nous aider à évaluer,**  
175 **à comprendre, autant les personnes ça va les recentrer sur elles-mêmes, par la proprioception et**  
176 **émotionnellement**. Dans la langue des signes, il ne faut pas avoir peur de toucher les gens, il ne  
177 faut pas avoir peur d'être proche des gens, d'interagir physiquement avec les gens, quelque  
178 chose que de base dans notre culture on n'a pas. On parle à une certaine distance, on se touche  
179 peut-être un petit peu, ça dépend après des cultures mais nous ce n'est pas quelque chose qu'on  
180 a énormément. Quand j'allais faire de la traduction bénévole, le nombre de fois où l'on se touche  
181 entre nous c'est énorme et en fait de ne pas avoir peur de toucher les gens c'est quelque chose  
182 qu'il y a en commun en LSF où on apprend qu'on peut toucher les gens et que c'est parfois  
183 nécessaire comme en ergothérapie.

184 O : Auriez-vous des concepts en ergothérapie qui font écho à votre façon de communiquer ?

185 E4 : Ça va être dur, parce que les concepts c'est très loin pour moi. **\*rigole\***

186 O : Je parle vraiment de concepts ou de critères communs, ça n'a rien à voir avec les modèles  
187 conceptuels par exemple.

188 E4 : AH ! Là à froid, j'avoue que c'est compliqué.

189 O : En termes de communication par rapport à l'approche qu'on peut avoir en ergothérapie est  
190 ce qu'il y a par rapport à vos compétences en LSF des critères qui vous viennent ?

191 E4 : Là je pense que je ne serai pas d'une grande aide sur cette question, je ne vois pas vraiment  
192 quoi dire en plus de cette histoire **d'observation et de toucher** mais je ne sais pas si c'est parce  
193 qu'on intervient beaucoup physiquement en gériatrie et peut être moins dans d'autre domaine.  
194 Non, là, je ne vois pas, désolé.

195 O : Je me permets d'insister un peu parce qu'au fil de cet entretien vous avez sous-entendus  
196 certaines notions, à commencer par cette sensibilité, le fait que vous étiez plus attentive, et je  
197 sais que vous savez qu'en ergothérapie ça fait partie de notre approche

198 E4 : Ah, je commence à piger le truc. Oui, c'est vrai que je l'ai dit mais pour moi c'est peut-  
199 être un peu plus minime. Oui on nous demande en ergothérapie de travailler sur des choses très  
200 personnelles, on va partir de quelque chose qui est important pour la personne. **\*rigole\*** C'est  
201 vrai que maintenant oui je vois, enfin de mon point de vue, on va vraiment toucher à quelque  
202 chose qui est important pour la personne, quelque chose qui va être propre à la personne,

203 comparé aux kinés par exemple qui vont travailler la marche et des fonctions très physiques  
204 mais qu'on va avoir tous en communs. Alors, qu'en ergo on va s'approcher de vraiment, toutes  
205 ces petites choses qui font la personne, et du coup on y met beaucoup émotionnellement, on y  
206 met de nous dans cette interaction que l'on va avoir avec nos patients, parce qu'on essaie de  
207 comprendre. Pour mieux intervenir, on essaie de mieux comprendre et on met beaucoup  
208 d'émotion et beaucoup d'empathie dans cette communication. Et c'est vrai que ça fait tellement  
209 longtemps que je pratique que c'est devenu des automatismes parce qu'en LSF on est obligé  
210 d'utiliser nos émotions, parce qu'on a un vocabulaire qui est moins précis, on a moins de  
211 vocabulaire en général. Je regardais dernièrement une vidéo qui expliquait que pour un même  
212 sentiment on avait 15 mots pour l'exprimer, ce n'est pas forcément le cas en langue des signes.  
213 Donc on va vraiment devoir exprimer physiquement ses émotions, je pense qu'il faut être à l'aise  
214 avec ses émotions dans les deux cas, être capable de les identifier, être capable de mettre un  
215 mot dessus et il faut être capable de savoir comment il faut y réagir. Voilà, en LSF, quand  
216 quelqu'un m'exprime une émotion, j'ai vraiment du mal à passer à côté, c'est un panneau que  
217 l'on se prend dans la face, c'est très très clair, c'est très expressif et puis en ergothérapie même  
218 des fois aussi on a droit à ces panneaux dans la figure, de détresse, de joie, d'autres choses...  
219 Et il faut qu'on soit capable de répondre, il faut qu'on fasse preuve de sensibilité, qu'on sache  
220 comment l'identifier, la gérer et y répondre. J'espère avoir été clair, j'ai pas l'impression d'être  
221 clair \*rigole\*...

222 O : \*rigole\* Je verrais à la retranscription.

223 E4 : Désolée, désolée \*rigole\*. Je pense que 15h, ce n'était pas la meilleure heure en fait, sur la  
224 digestion, c'est dur là. L'observation, la sensibilité, le rapport au corps ce sont des choses en  
225 ergothérapie et en langue des signes qui s'approchent et d'être expérimenté dans les deux  
226 domaines soit en tant que praticien de la langue des signes et en tant qu'ergothérapeute, cela va  
227 faciliter l'accès à l'autre. Je suis ergothérapeute, si je suis à l'aise avec ces trois notions là, je  
228 considère que j'ai déjà fait un énorme pas dans la communication non verbale, la  
229 communication gestuelle, et si je suis praticien de la langue des signes je peux mieux  
230 comprendre le travail d'ergothérapeute parce que ces trois canaux là je les comprends et je les  
231 maîtrise globalement ça va être ça ma réponse. Désolée.

232 O : Auriez-vous un autre critère ou c'est bon pour vous ?

233 E4 : Je pense que je ne ferais pas mieux désolée \*rigole\*.

234 O : D'accord. Cet entretien touche à sa fin, vous avez répondu à la dernière question. Merci  
235 pour votre engagement et votre participation de qualité ainsi que pour le temps accordé. Est-ce-  
236 que vous souhaitez ajouter quelque chose ou avez-vous des questions ?

237 E4 : Moi j'ai une question qui m'est venue au moment où j'ai lancé la conversation. Je me suis  
238 demandé combien d'ergothérapeutes tu avais pu rentrer dans tes critères d'inclusion justement  
239 actuellement ?  
240 O : 4 ergothérapeutes.  
241 E4 : 4 sur France et pays francophone ? C'est bien cela ?  
242 O : Oui !  
243 E4 : Non parce que, j'ai travaillé avec d'autres ergothérapeutes qui pratiquent la langue des  
244 signes mais j'ai l'impression qu'on est une *infirmité*. Et c'est bien dommage au final, je trouve  
245 que la langue des signes devrait faire partie intégrante de notre cursus ou en tout cas plus que  
246 ce que l'on peut. Nous on a eu deux petites heures à l'école, lorsque j'étais en deuxième année,  
247 pour moi c'était limite révoltant à quel point c'était bas niveau. Mais bon ça c'est mon avis  
248 personnel, du coup je me demandais si c'était de l'ordre de 5 ou 6, de 10, de 20, de 30. Voilà,  
249 curiosité purement d'ergothérapeute.  
250 O : Après il y en a peut-être plus mais comme je savais que je m'orienterais vers des entretiens.  
251 Et que du coup, je n'aurais pas pu interroger plus de 4 personnes. On va dire que je ne me suis  
252 pas plus renseignée pour éventuellement savoir s'il y en avait davantage.  
253 E4 : Mais déjà ça veut dire que ça a été assez facile et que ça n'a pas été une longue recherche?!  
254 O : Non.  
255 E4 : Donc c'est un peu motivant dans le sens où on peut se dire qu'on est peut-être de plus en  
256 plus. Moi pendant mes études c'était très très compliqué de rencontrer un autre ergothérapeute  
257 pratiquant la langue des signes, pour avoir fait moi-même des recherches. Je crois que j'étais  
258 tombé sur même pas 10 ergothérapeutes en France. Et il y a de ça plus de 5 ans maintenant mais  
259 bon. Du coup voilà, ça fait plaisir de savoir que cela se démocratise un petit peu.  
260 O : Souhaitez-vous que je vous transmette mon travail à l'issu de celui-ci ?  
261 E4 : Ah mais c'est non négociable. Je demande toujours à avoir le petit "bébé" des étudiants  
262 quand vous avez terminé parce que si je prends la peine de prendre du temps pour répondre aux  
263 questionnaires c'est que le sujet m'intéresse et que j'y vois un intérêt professionnel. Donc, oui,  
264 je veux ce mémoire terminé par mail si possible.  
265 O : Très bien. Ce sera fait. Je vous remercie encore et je vous souhaite une bonne fin de journée.



Annexe XI : Tableau de l'analyse de contenu des entretiens

**Matrice d'analyse**

Variable → La pratique professionnelle des ergothérapeutes compétents en LSF exerçant en France ou en francophonie

Critères	Indicateurs	Questions
Posture professionnelle de l'ergothérapeute	Identité professionnelle	1,4,5,6,7,8,9
	Appartenance à un groupe, valeur professionnelle	
	Rôles et missions Délimitation des champs d'action des ergothérapeutes, demandes et attentes des collaborateurs	
	Attitudes Posture adopter, compétences, professionnalisme	
	Concepts identitaires (Nicola-Richmond et al., 2016)	
Relation thérapeutique	Importance de la communication Place dans la relation de soin, le type de communication utilisé dans la relation	2,4,7,8
	Rapport à l'autre / Proxémie Distance thérapeutique	
Communication	Communication verbale et non verbale	2,3,4,7,9
	Utilisation de signes homologués / Bilinguisme	
	Exploitation des compétences en LSF	

**Code couleur :**

Identité ergothérapeute, posture professionnelle, relation thérapeutique, communication, LSF, émotions, attentes & paramètres non-verbaux

### Tableau d'analyse matricielle des verbatims

Variable → La pratique professionnelle des ergothérapeutes compétents en LSF exerçant en France ou en francophonie

Critère	Indicateur	Citations
Posture professionnelle de l'ergothérapeute	Identité professionnelle : Appartenance au groupe, valeur professionnelle	« On » (E1, 1.34-35,99 ; E3, 1.74-81) « Nous » (E1, 1.102) La posture professionnelle est « un complément de la profession que l'on a puisqu'on apprend des grandes thématiques comme l'empathie, la confiance et la discrétion professionnelle » (E1, 1.91-93) La connaissance des « modèles conceptuels » (E2, 1.128 ; E3, 1.136) « En pédiatrie, on est sur le modèle ludique » (E3, 1.152) « Quand on commence à apprendre la langue des signes, on apprend à être observateur, chose que j'ai retrouvé en entrant à l'école d'ergothérapie » (E4, 1.118-119)
	Rôles et missions : Délimitation des champs d'action des ergothérapeutes, demandes et attentes des collaborateurs	« Exercices analytiques, des mises en situation, des bilans ou encore la mise en place d'aides techniques. » « L'accompagnement, le bien-être et l'autonomie au quotidien même si on ne va rechercher les capacités peut-être d'une très haute performance. » « Dépend de la pathologie mais aussi de la personne et de ce qui peut être signifiant pour elle. » (E1, 1.35-41)

		<p>« Permettre aux personnes en situation de handicap de vivre de la façon la plus autonome possible et sécuritaire dans leur vie de tous les jours. » E2, 1.35-37)</p> <p>« Rendre les enfants le plus autonome possible dans leur vie quotidienne et je m'adapte aux besoins à l'instant t des enfants, de la famille, et des intervenants qui englobent la situation de l'enfant. [...] adapter en utilisant un outil qui est accessible à l'enfant ou aux intervenants » (E3, 1.24-26, 1.38, 1.75)</p> <p>« Je le transmets aux parents pour qu'il l'utilise aussi, qu'il le réutilise à la maison [...] expliquer aux parents » (E3, 1.62, 1.95)</p> <p>« Aborder la problématique d'une personne et d'y répondre en trois intentions soit en prévention, en rééducation et en palliatif » (E4, 1.25-26)</p> <p>« Au près de la gériatrie, mon domaine de prédilection, une manière de prévenir des troubles, de réduire des troubles et d'arriver en palliatif avec des troubles mais ces troubles étant vraiment les troubles les plus importants pour la personne autant significatifs que signifiant » (E4, 1.28-31)</p>
--	--	---

		<p>« On me demande vite fait des formations aux soignants pour au moins les signes du quotidien » (E4, 1.58-59)</p>
	<p>Attitudes : Posture adopter, compétences, professionnalisme</p>	<p>« On fait passer des informations [...] au travers du corps » (E1, 1.55-56)</p> <p>« Il n’y a pas de posture adéquate parfaite. Je pense que ça joue beaucoup en fonction de la personnalité de la personne » (E1, 1.90-91)</p> <p>« C’est être dans une posture aussi avec une juste distance thérapeutique » (E1, 1.97-98)</p> <p>« [...] adopter une posture thérapeutique ça dépend aussi de nous de comment on se sent parce que des fois on a le droit aussi d’être moins bien mais il faut en avoir conscience parce que du coup ça peut biaiser cette posture mais aussi la relation thérapeutique » (E1, 1.99-104)</p> <p>« Ma manière de communiquer est adaptée à la situation et j’essaie aussi d’être plus calme lorsque je m’exprime prendre le temps peser les mots et le poids des mots et le poids des signes d’ailleurs » (E1, 1.30-34)</p> <p>« Implication professionnelle et personnelle que demande chaque relation finalement » (E2, 1.67)</p> <p>« faire valoir sa spécialisation, son métier et tous les atouts, tous les</p>

		<p>bénéfices que ça peut apporter [...] dans un groupe, dans une discussion, il se fait écouter, il se fait entendre et les conseils qu'il peut proposer sont acceptés facilement par les parents, par l'entourage, etc» (E3, 1.66, 1.67-69)</p> <p>« La manière d'être de manière professionnelle, autant auprès d'autres professionnels qu'auprès des patients, de l'entourage. La manière de se comporter, d'agir, et d'observer » (E4, 1.71-73)</p> <p>« Distance physique » (E4, 1.83)</p> <p>« Quand j'utilise la langue des signes avec un patient ou avec une famille où je vais être plus expressive montrer beaucoup plus mes émotions et ça ça va jouer sur ma posture professionnelle » (E4, 1.84-86)</p> <p>« Ma posture est différente, le relationnel que je vais avoir avec les patients est différent et il sera aussi différent en fonction de si c'est une personne issue ou non de la communauté sourde tout simplement » (E4, 1.92-94)</p> <p>« on va vraiment devoir exprimer physiquement ses émotions, je pense qu'il faut être à l'aise avec ses émotions dans les deux cas, être capable de les identifier, être capable de mettre un mot dessus et il faut être</p>
--	--	--

		capable de savoir comment il faut y réagir » (E4, l. 214-216)
	Concepts identitaires	<p>« Après je pense que voilà, discrétion, bienveillance et empathie sont vraiment les mots les plus importants qui peuvent caractériser la posture professionnelle ; je pense qu’être à l’écoute aussi pour le coup c’est important, [...] être dans l’empathie oui mais ne pas trop donner de soi non plus et savoir se préserver. » (E1, l.95-99)</p> <p>« Justice occupationnelle » (E1, l.180)</p> <p>« Concept des sciences de l’occupation » : « équilibre occupationnel » (E1, l.184)</p> <p>« L’écoute active [...] c’est l’écoute de l’autre dans sa globalité, c’est-à-dire l’attention qu’on va porter à l’autre » (E1, l.201-202)</p> <p>« Empathie » (E2, l.94) « une grande tolérance, une grande écoute et une grande facilité d’accompagnement auprès de l’entourage » (E2, l.95-96)</p> <p>« L’écoute » (E2, l.135) « l’écoute, la compréhension de l’autre et un peu plus de sensibilité face aux situations, au ressenti de la personne » (E2, l.148-149)</p> <p>« L’écoute des besoins est peut-être plus réfléchi et plus approfondie » (E3, l.162)</p>

		<p>« L'observation » (E4, 1.166)</p> <p>« L'importance de toucher les gens » (E4, 1.172)</p> <p>« L'observation, la sensibilité, le rapport au corps [...] en tant que praticien de la langue des signes et en tant qu'ergothérapeute, cela va faciliter l'accès à l'autre » (E4, 1.225-228)</p> <p>« Pour mieux intervenir, on essaie de mieux comprendre et on met beaucoup d'émotion et beaucoup d'empathie dans cette communication » (E4, 1.205-209)</p>
Relation thérapeutique	<p>Importance de la communication :</p> <p>Place dans la relation de soin, le type de communication utilisé dans la relation</p>	<p>« C'est la base pour moi, puisque c'est comme ça que l'on va rencontrer l'autre finalement. » (E1, 1.47-48)</p> <p>« C'est la base de tout c'est ce qui va nous permettre de former la relation thérapeutique de confiance et donc nous permettre d'avoir accès à la bulle finalement du patient pour pouvoir travailler avec lui certains objectifs et mener à bien les séances avec des activités qui peuvent lui plaire » (E1, 1.139-142)</p> <p>Que ce soit « une communication orale ou non, si la personne est en capacité ou pas de s'exprimer verbalement. » (E1, 1.47-49)</p> <p>« On fait passer des informations mais aussi notre ressenti, comment on se sent au travers du corps, donc du</p>

		<p>non verbal mais aussi des mots » (E1, 1.55-56)</p> <p>« La relation des échanges, des discussions » (E1, 1.56)</p> <p>« La communication forcément orale verbale et aussi gestuelle la communication non verbale prend une place très très importante pour mettre en place une relation thérapeutique de confiance avec la personne » (E2, 1.40-42)</p> <p>« L'écoute ça crée la relation qui est un peu plus intimiste » (E2, 1.137)</p> <p>« Essentielle rien que dans la relation, dès l'entrée en relation, que ce soit, l'enfant, les parents, les enseignants, tous [...] pour le bon déroulement des objectifs thérapeutiques. » (E3, 1.30-32)</p> <p>« Il n'y a pas possibilité d'avoir une quelconque prise en charge sans avoir un minimum de canal de communication avec les autres professionnels mais surtout avec les patient » (E4, 1.35-36)</p> <p>« je vais utiliser les signes pour mieux me faire comprendre et mieux communiquer avec mes patients » (E4, 1.68)</p>
	<p>Rapport à l'autre / Proxémie : Distance thérapeutique</p>	<p>« Juste distance thérapeutique » (E1, 1.97 ; E2, 1.65) « [...] adopter une posture thérapeutique ça dépend aussi de nous de comment on se sent parce</p>

		<p>que des fois on a le droit aussi d'être moins bien mais il faut en avoir conscience parce que du coup ça peut biaiser cette posture mais aussi la relation thérapeutique » (E1, 1.99-104)</p> <p>« Moi quand j'interagis avec des personnes avec qui j'utilise la langue des signes, c'est vrai que c'est des patients avec qui on va sympathiser un peu plus vite, des patients avec qui on va devenir beaucoup plus intime rapidement [...] On arrive à une intimité et des fois on ne s'en rend pas compte mais cette intimité permet de faire un bond dans la rééducation, dans les prises en charge, parce que une fois qu'on arrive à ce niveau d'intimité c'est plus facile d'aborder certains sujets qui parfois sont pas forcément agréables [...] Quand je pratique la langue des signes c'est forcément avec quelqu'un qui en est un minimum sensible ou très exercé et quand on en arrive à passer par la communication physique, des signes, les expressions du visage, on arrive plus vite à de l'intimité et souvent plus vite à aborder des sujets plus complexes »(E4, 1.98-113)</p>
Communication	Communication verbale et non verbale : Expression des émotions, Gestes,	« Puisque la communication pour moi c'est à la fois l'aspect verbal mais

	<p>Mouvements, Posture, Position /Attitude  Démarche /  Déplacements  Vêtements et Chevelure</p>	<p>aussi le non verbal, et les deux sont souvent en interaction »</p> <p>« [...] il faut insister avec le ton de la voix aussi pour faire comprendre une émotion ou une intention. » (E1, 1.49-53)</p> <p>« Je peux utiliser les mains quand je m'exprime pour mieux me faire comprendre auprès des patients » (E2, 1.89-90)</p> <p>« Je suis assez sensible aux expressions du visage, aux attitudes de lassitude ou de douleur ou de perte de motivation ou au contraire d'enthousiasme chez certains patients. » (E2, 1.100-102)</p> <p>Utilisation de la « démonstration » pour se faire comprendre (E2, 1.114)</p> <p>« La communication non verbale est aussi importante que la communication verbale [...] les deux se valent » (E3, 1.29-30, 1.37)</p> <p>« Elle est de plusieurs abords, elle est visuelle, auditive mais elle est aussi tactile » (E4, 1.37-38)</p> <p>« communication tactile, le fait de rentrer en contact physiquement avec son patient » (E4, 1.171, 1.175-177)</p>
	<p>Bilinguisme français-LSF :  Exploitation des compétences en LSF, apport de la langue</p>	<p>« C'est vraiment une ouverture d'esprit [...] c'est s'ouvrir à une autre culture » (E1, 1.122-124)</p> <p>« Regarder l'autre essayer de comprendre quand il ne communique</p>

		<p>pas de manière verbale est-ce qu'il a compris ce que j'étais en train de dire comment est-ce qu'il reçoit mon message ? est-ce que ça lui plaît ? ou est-ce que au contraire non ? » (E1, l.134-136)</p> <p>« Ça m'a ouvert l'esprit et ça m'a ouverte à d'autres horizons » (E1, l.147-148)</p> <p>« En langue des signes on sait que l'aspect non verbal avec les mimiques du visage, la manière dont on va utiliser le corps, sont très importants parce que rien que ça, ça peut modifier le sens d'un des signes » (E1, l.192-194)</p> <p>« Je la pratique (LSF) assez facilement pour les patients aphasiques/apraxiques. Comme exercice de rééducation je trouve ça assez intéressant, c'est vraiment un petit plus que j'ai par rapport à mes collègues » (E2, l.60-62)</p> <p>« Être plus expressive, [...] plus d'expressions du visage » (E2, l.85-86)</p> <p>« Dans la langue des signes, on est dans l'écoute, la compréhension de l'autre, l'accompagnement » (E2, l.135-136)</p> <p>« Je l'utilise franchement pour tout, tout, tout, c'est à dire rien que le "bonjour", rien que les salutations, je</p>
--	--	--

		<p>l'utilise pour ancrer des stratégies ou les conseils que je peux proposer aux enfants [...] avec langue des signes l'apprentissage des lacets a été 10 fois plus...» (E3, 1.56-58, 1.120)</p> <p>« Transmettre l'information autrement que le verbal ou que l'auditif en tout cas » (E3, 1.61)</p> <p>« Atout qui n'est pas négligeable » (E3, 1.93)</p> <p>« Ça peut me permettre de comprendre ce que veut l'enfant puis du coup on baisse la frustration. » (E3, 1.112)</p> <p>Utile au quotidien (E4, 1.46-47)</p> <p>Usage « de signes qui sont parfois très basiques que les gens connaissent sans avoir à les apprendre car ils sont très intuitifs pour communiquer [...] » (E4, 1.64-66)</p> <p>« La LSF a la particularité d'utiliser un canal de communication unique qui va être le visuel. Mais ce n'est pas seulement la manière de bouger des mains autour de soi, ça va être aussi énormément d'expressions faciales, de postures du corps qui fait qu'on va rentrer dans une communication qui est souvent plus sensible, plus proche [...] » (E4, 1.76-86)</p> <p>« Les personnes qui sont issues de la communauté sourde n'ont pas la même posture par rapport aux autres,</p>
--	--	--

		<p>les personnes nées dans une communauté entendante. Ce sont des personnes qui vont être beaucoup plus ouvertes, plus tactiles, qui vont beaucoup montrer leurs émotions qui vont être peut-être plus naturelles que quelqu'un issu d'un milieu entendant » (E4, 1.94-98)</p> <p>Identifier des émotions (E4, 1.132-133)</p> <p>« Dans la langue des signes, il ne faut pas avoir peur de toucher les gens, il ne faut pas avoir peur d'être proche des gens, d'interagir physiquement avec les gens » (E4, 1.177-179)</p> <p>« en LSF, quand quelqu'un m'exprime une émotion, j'ai vraiment du mal à passer à côté, c'est un panneau que l'on se prend dans la face [...] » (E4, 1.216-219)</p>
--	--	---

## Des signes homologués pour communiquer :

L'influence de la langue des signes française sur la posture professionnelle des ergothérapeutes exerçant en France ou en francophonie.

### Résumé

**Introduction :** Le langage est l'élément premier qui constitue l'humanité. Les êtres humains sont des êtres sociaux, qui ont besoin d'entrer en contact avec l'autre et de pouvoir communiquer avec lui par différents canaux. Dans le processus d'intervention en ergothérapie, la multicanalité de la communication s'avère nécessaire à la création de la relation de confiance. Elle se base sur l'expression des émotions et se segmente en 3 composantes (le verbal, le para-verbal et le non-verbal). La langue des signes utilise principalement le canal visuel et possède des paramètres similaires à la communication non-verbale. Or, la posture professionnelle des ergothérapeutes bilingues (français/LSF) semble être impactée par le maniement de ces paramètres non-verbaux. **Objectif :** Déterminer l'influence des compétences en langue des signes française (LSF) sur la posture professionnelle des ergothérapeutes. **Méthodologie :** Une approche inductive, en partant d'une expérience personnelle vers une généralisation, est appliquée. Cette étude qualitative s'appuie sur l'utilisation d'entretiens semi-dirigés avec des ergothérapeutes ayant des compétences en LSF et exerçant en France ou en francophonie. Une analyse de verbatim via le logiciel IRamuteq couplée à une analyse de contenu, nous a permis d'exposer les récurrences de mots tout en soulignant les paramètres non-verbaux signifiants. **Résultats :** Ces entretiens ont permis d'identifier des concepts communs entre l'ergothérapie et la LSF, justifiant ainsi l'utilisation de cette langue dans la composante non-verbale de la communication. **Conclusion :** Cette étude met en évidence les apports et l'influence de cette langue visuo-gestuelle sur la posture professionnelle des ergothérapeutes exerçant en France ou en francophonie.

Mots clés : Ergothérapie, posture professionnelle, communication, langue des signes, bilinguisme

Ophélie MICHAL

## Approved signs to communicate:

The influence of French sign language on the professional posture of occupational therapists practicing in France or French-Speaking countries.

### Abstract

**Introduction :** The language is the first element of humanity. The human beings are social beings, who need to get in touch with others and be able to communicate with them through different modes. During the care intervention in occupational therapy, the multimodal nature of communication is necessary to create a relationship of trust. Communication is based on the expression of emotions and is divided into 3 components (verbal, para-verbal and non-verbal). Sign language mainly uses the visual mode and has similar parameters with the non-verbal communication. The professional posture of bilingual (French/FSL) occupational therapists seems to be impacted by the handling of these non-verbal parameters. **Objectives :** To determine the influence of French sign language (FSL) skills for occupational therapists on their professional posture. **Approach :** By applying an inductive approach, starting with a personal experience towards a more general one. This qualitative study is based on exploitation of semi-structured interviews with occupational therapists with FSL skills practicing in France or French-Speaking countries. An analysis of verbatim via the IRamuteq software coupled with a content analysis allowed us to expose words recurrences while highlighting significant non-verbal parameters. **Outcomes :** These interviews identified common concepts between occupational therapy and french sign language justifying the use of this language in the non-verbal component of communication. **Conclusion :** This study highlights the contributions and influence of this visual-gestural language on the professional posture of occupational therapists practicing in France or French-Speaking countries.

Key words : Occupational therapy, professional posture, communication, sign language, bilingualism

**Ophélie MICHAL**