



Institut de Formation

En

Ergothérapie

- TOULOUSE -



La posture professionnelle de l'ergothérapeute travaillant en brûlologie pédiatrie :

L'utilisation de l'intelligence émotionnelle

Professional position of occupational therapists working in
pediatric burns services : the use of emotional intelligence

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 (S6) et
en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'Ergothérapeute

Directeur de mémoire : Florent DESTRUHAUT

Lisa Bonzom
Promotion 2019-2022

Engagement et autorisation

Je soussignée Lisa BONZOM, 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, ou partielle, de ce mémoire requiert son autorisation.

(Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle).

Fait à Toulouse,

Le lundi 9 mai 2022,

Signature du candidat : Lisa BONZOM



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 Boeterf, 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

Je tiens à remercier les nombreuses personnes qui m'ont permis de réaliser ce mémoire pour leur disponibilité, leurs conseils, leur gentillesse et leur soutien.

Je tiens avant tout à remercier Florent DESTRUHAUT, mon référent méthodologique, pour son aide, son accompagnement, et les discussions productives que nous avons pu avoir.

Je remercie également tous les enseignants et intervenants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse pour toute l'aide qu'ils m'ont apportée, le partage de leurs savoirs et expériences pour me permettre de progresser et d'évoluer au cours de la réalisation de ce mémoire.

Un grand merci aux ergothérapeutes qui m'ont accueilli en stage et permis d'acquérir une réflexion et une pratique de l'ergothérapie.

Je voudrais ensuite remercier les deux ergothérapeutes qui ont accepté de répondre à cette étude et d'y apporter une richesse supplémentaire, elles ont rendu ce travail de recherche possible, avec enthousiasme et sérieux.

Pour finir, je remercie grandement ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements constants et inconditionnels.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. État des lieux, cadre théorique et revue de littérature	3
1.1. La brûlologie.....	3
1.1.1. Définition, épidémiologie.....	3
1.1.2. Parcours de soins et spécificités de la prise en soins des brûlures	5
1.1.3. Les enfants brûlés : des soins adaptés	6
1.2. La place de l'ergothérapeute dans le parcours de soins des enfants brûlés	8
1.2.1. Le choix d'un modèle de référence : Modèle systémique.....	8
1.2.2. La posture professionnelle de l'ergothérapeute	9
1.2.3. Focus sur un acteur du système : l'ergothérapeute dans le parcours de soins des enfants brûlés	12
1.3. L'intelligence émotionnelle	14
1.3.1. L'évolution des définitions au cours du temps.....	14
1.3.2. Les modèles de l'intelligence émotionnelle	15
1.3.2.1. Le modèle à quatre branches de l'intelligence émotionnelle (Mayer et Salovey, 1997).....	15
1.3.2.2. Le modèle de Bar-On.....	16
1.3.3. Les instruments de mesure de l'intelligence émotionnelle	17
1.3.3.1. MSCEIT	17
1.3.3.2. Bar-On test	18
2. Objectif de recherche : hypothèses et questionnement de départ	19
3. Méthodologie exploratoire : l'influence de l'utilisation de l'intelligence émotionnelle des ergothérapeutes en brûlologie pédiatrie	20
3.1. L'approche ethnographique	20
3.1.1. Définition et utilisation.....	20

3.1.2.	Limites et difficultés de l'approche ethnographique	20
3.2.	La population visée : Le centre Roquetaillade	20
3.2.1.	Les ergothérapeutes du centre Roquetaillade	20
3.2.2.	Sélection des participants à l'enquête	21
3.3.	Le choix d'une méthode : l'entretien semi-directif	22
3.3.1.	Pourquoi ce type d'entretien ?	22
3.3.2.	Construction et création de la trame de l'entretien	22
3.3.2.1.	But recherché par l'entretien	22
3.3.2.2.	Guide / trame d'entretien	22
3.3.2.3.	Spécificités de ce guide d'entretien	23
3.3.2.4.	Phase de test	23
4.	Analyse des résultats de l'enquête exploratoire et question de recherche.....	24
4.1.	Elaboration des matrices de l'entretien	24
4.2.	Recueil des données et retranscription	25
4.3.	Méthodes d'analyse des données.....	25
4.4.	Présentation et analyse des résultats	25
4.4.1.	Analyse des résultats : tableau synthétique	25
4.4.2.	Interprétation des résultats : tableaux et schémas synthétiques, liens avec les concepts théoriques (matrices).....	27
5.	Discussion et projection professionnelle	29
5.1.	Au sujet des résultats	29
5.2.	Critiques et biais de l'étude exploratoire	29
5.3.	Projection professionnelle et question de recherche.....	30
	Conclusion.....	31
	Références	33
	ANNEXES.....	39

Introduction

Selon Santé publique France, les patients hospitalisés pour brûlures sont majoritairement des hommes et des enfants de moins de 5 ans. La prise en soins de ces patients est longue et engage plusieurs corps de métiers. Les conséquences des brûlures sont multiples et durables dans le temps avec une forte incidence sur le quotidien de ces patients. Les ergothérapeutes détiennent un rôle majeur dans l'accompagnement de ces personnes, notamment avec comme objectif de les accompagner dans leurs activités quotidiennes en vue d'une autonomie et d'une indépendance la plus optimale possible tout en visant une meilleure qualité de vie. Les prises en soins en brûlologie sont particulièrement spécifiques, notamment en pédiatrie. Elles impliquent de prendre en compte la croissance de l'enfant et de s'intéresser aux différentes sphères du quotidien, tant au niveau scolaire, qu'au niveau social ou à la maison, tout en intégrant la famille au processus de prise en soins. Cette intégration des parents dans le processus d'intervention en ergothérapie implique d'adopter une posture professionnelle adaptée aux besoins, attentes et spécificités de l'enfant et de sa famille. La posture professionnelle est définie comme « *une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donné. C'est une attitude 'de corps et d'esprit'* » (Maela, 2012). La brûlure est une pathologie ayant des conséquences physiques et psychologiques apparentes et pouvant être impressionnantes. Lors de situations de prises en soins en brûlologie les émotions sont inévitablement mises en jeu, ce qui demande à l'ergothérapeute d'adapter sa posture professionnelle en permanence. L'émotion peut être définie comme « *un phénomène ou un état relativement bref, [...] de quelques secondes à quelques minutes [...] provoqué par un stimulus ou par une situation spécifique [et accompagné de] modifications cognitives, physiologiques et comportementales, [...] variables dans leur intensité.* » (Brasseur, 2013 ; Luminet, 2008).

Les spécificités de ces prises en soins m'ont interrogé sur la posture de l'ergothérapeute en pédiatrie et plus particulièrement sur le rôle des émotions dans ces interventions. La relation entre le patient, le thérapeute et la famille est un enjeu primordial pour la réussite et le bon déroulement de la prise en soins.

Afin de cerner si la posture et les émotions des ergothérapeutes ont une influence sur la prise en soins des enfants en brûlologie, la présente étude vise, en premier lieu, à effectuer une recension des écrits. Cette première partie présentera le cadre théorique et la spécificité de la brûlure en pédiatrie ainsi que son impact sur le quotidien des enfants et leurs familles, mais elle abordera également la posture professionnelle de l'ergothérapeute ainsi que le concept de

l'intelligence émotionnelle. Afin de répondre aux interrogations, hypothèses et questionnements, une enquête exploratoire auprès d'ergothérapeutes sera réalisée. Cette enquête aura pour objectif de répondre à plusieurs hypothèses et de poser une problématique de recherche pertinente et précise.

1. État des lieux, cadre théorique et revue de littérature

1.1. La brûlologie

1.1.1. Définition, épidémiologie

La brûlure peut être définie comme une lésion du revêtement cutané pouvant s'étendre aux tissus sous-jacents (Jault, Bargues, Leclerc et Le Bever, 2010). Les étiologies sont multiples et d'origine intentionnelle ou accidentelle. Il faut souligner qu'une part non-négligeable (8%) des brûlures d'enfants sont dues à des sévices¹ (Descamps, Baze Delecroix et Jauffret E., 2001). Elles peuvent être classées en quatre catégories. Tout d'abord les brûlures thermiques sont les plus fréquentes. Elles représentent 90% des brûlures et l'étendue des lésions dépendra alors du temps d'exposition et de la température. Ensuite, on retrouve les brûlures électriques qui représentent 5 à 7% des brûlures. Lors de ces expositions, des troubles cardiaques associés peuvent être présents et sont un signe de gravité important. La troisième catégorie regroupe les brûlures liées à des agents chimiques et représentent 3 à 5% des brûlures. Les brûlures mécaniques constituent la dernière catégorie spécifique de brûlures et correspondent à 3% des brûlures. Elles sont définies par un décollement cutané traumatique, profond et étendu (Jault et al., 2010).

Les critères de gravité d'une brûlure doivent être définis au plus tôt pour permettre la mise en place de soins adaptés à leurs conséquences. Les critères donnés par Wassermann (2002) sont les suivants (Wassermann, 2002) :

- La surface de la brûlure : elle est donnée en pourcentage de la surface corporelle totale. Ce pourcentage peut être identifié grâce à des outils spécifiques comme la règle des neuf de Wallace (annexe n°1) chez l'adulte ou le schéma de Lund et Browder (annexe n°2) chez l'enfant (Jault et al. 2010).
- La profondeur de la brûlure : elle est définie par trois degrés allant de la couche superficielle de l'épiderme jusqu'à la brûlure du derme (annexe n°3) :
 - 1^{er} degré qui correspond à un coup de soleil, sans conséquences majeures et qui cicatrise naturellement.
 - 2^{ème} degré superficiel qui est une atteinte du derme (sans séquelle) ; profond avec présence systématique de phlyctène² qui correspond à une atteinte du derme.

¹ Mauvais traitements corporels exercés sur quelqu'un qu'on a sous son autorité, sous sa garde (Larousse, 2022).

² Une phlyctène désigne en langage médical une ampoule, une cloque. Il s'agit d'une bulle sur la peau, remplie de sérosité transparente (Le Robert, 2022).

- 3^{ème} degré où on retrouve une perte de la sensibilité et où les phlyctènes ne sont plus présentes. Dans ces cas-là, la greffe est une étape obligatoire car la reconstruction naturelle est impossible.
- L'âge de la victime : le plus souvent, c'est aux âges extrêmes (enfants et personnes âgées) de la vie que le pronostic vital des victimes est engagé.
- Le terrain pathologique de la victime doit être pris en compte et peut avoir des conséquences sur la gravité de la brûlure.
- La localisation de la brûlure peut avoir un impact fonctionnel important, notamment si les brûlures sont au niveau de la main par exemple, ou encore avoir un retentissement esthétique important si la personne est brûlée au niveau du visage.
- Lors des brûlures par le feu il peut y avoir des lésions pulmonaires avec les inhalations possibles de fumées.

La Société Française d'Étude et de Traitement des Brûlures (SFETB) fait part de critères différents et permet de définir qu'une brûlure doit être considérée comme grave si elle répond à au-moins un des critères suivants (Echinard et Latarjet, 2010) :

- *« Une brûlure profonde du troisième degré.*
- *Une brûlure atteignant plus de 10% de la surface corporelle.*
- *Une brûlure localisée à la tête, au cou, aux mains, ou aux parties génitales.*
- *Une brûlure électrique ou chimique.*
- *Une brûlure consécutive à une explosion, un accident de la voie publique ou un incendie en milieu clos.*
- *Une brûlure associée à une pathologie préexistante.*
- *Une brûlure chez l'enfant de moins de 3 ans, ou la personne âgée de plus de 60 ans.*
- *Une brûlure associée à une suspicion de maltraitance ou de toxicomanie. »*

Tous ces paramètres, étiologiques et critères de gravité, amènent à définir les conséquences des brûlures et plus précisément les séquelles cutanées possibles. Les cicatrices peuvent être dysesthésiques ou hypertrophiques et chéloïdes¹ par exemple (Chekaroua et Foyatier, 2005). Une cicatrice dysesthésique signifie une perte de la sensibilité, souvent transitoire lors de la cicatrisation. Cette perte de sensibilité est liée aux lésions des terminaisons nerveuses lors de la brûlure. Les cicatrices hypertrophiques sont des cicatrices qui présentent

¹ Bourrelet fibreux développé sur une cicatrice (Larousse, 2022).

une augmentation anormale de leur volume. Dans la partie suivante seront détaillées les spécificités de prise en soin de ces cicatrices.

1.1.2. Parcours de soins et spécificités de la prise en soins des brûlures

La première étape dans la prise en charge d'une personne brûlée est la prise en soins par les secours qui permet une orientation vers les établissements et services adaptés en fonction des conséquences de l'incident (inhalation de fumée, urgence vitale, brûlure superficielle). L'un des critères principaux lors de cette première phase de prise en soins est la prise en compte de la douleur qui peut être très intense (Echinard et Latarjet, 2010).

La seconde grande étape, une fois que le pronostic vital n'est plus engagé, est le début de la rééducation comprenant des suivis somatiques mais aussi psychologiques et diététiques. La prise en soins des brûlures est complexe et durable dans le temps. Elle nécessite une intervention interdisciplinaire avec des axes de travail complémentaires. Les principaux actes dépendent de chaque patient et lésions mais sont généralement autour des étapes suivantes :

- L'immobilisation,
- La compression,
- La mobilisation passive puis active,
- Les différents massages,
- La chirurgie réparatrice.

La diversité des soins à procurer à l'enfant demande l'intervention d'équipes pluriprofessionnelles. Ces équipes de professionnels qui gravitent autour du patient pour permettre ces soins sont composées de médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychologues. La mise en place de certains soins, comme la compression, nécessite l'intervention de professionnels spécifiques (couturières) pour la confection des vêtements compressifs.

La brûlure est donc un incident très bref, survenant brusquement et ayant des conséquences importantes sur le long terme qui impliquent un suivi médical et paramédical de longue durée. Lorsque cet incident apparaît lors de l'enfance, les conséquences sont multiples, notamment sur l'image et le développement de l'enfant, autant au niveau social que familial ou physique.

1.1.3. Les enfants brûlés : des soins adaptés

En France, le taux d'incidence par classe d'âge met en avant de manière évidente que les enfants de moins de 15 ans sont beaucoup plus touchés par les brûlures avec hospitalisation que le reste de la population, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes. La figure présentée en annexe n°4, permet de se rendre compte de ces chiffres. L'enfant âgé de 0 à 4 ans se brûle en moyenne trois fois plus souvent que tous les autres âges de la vie (Plancq, Goffinet et Duquennoy-Martinot, 2016). La brûlure chez l'enfant est donc plus fréquente et plus grave que chez l'adulte (Descamps et al., 2001). Elle est considérée plus grave car les séquelles évoluent régulièrement vers des cicatrices hypertrophiques et rétractiles. Cette évolution est liée à la croissance et à l'inflammation plus importante chez les enfants. Une cicatrice hypertrophique est une cicatrice qui s'épaissit, c'est-à-dire qu'elle prend du relief en adoptant un aspect dur et cartonné. Concernant l'aspect fonctionnel, ce type de cicatrice peut se situer au niveau d'une articulation où elle empêchera alors une certaine amplitude de mouvement. Une cicatrice hypertrophique peut devenir une cicatrice chéloïde, elle devient alors pathologique avec parfois une étendue plus importante que celle présente au début des séquelles. Avec ces évolutions possibles, et la présence des phases inflammatoires, la cicatrisation complète peut prendre plusieurs années. Elle dure en moyenne deux ans. Chez l'enfant, ces cicatrices ont des conséquences importantes avec un impact possible de la croissance et des capacités fonctionnelles. Par conséquent, elles demandent des soins particuliers pour évoluer de manière favorable en impactant le moins possible le quotidien et la croissance de l'enfant. Tout d'abord, la prise en soins spécifiques en pédiatrie brûlologie constitue à une éducation du patient avec deux soins essentiels à adopter au quotidien (Edgar et Brereton, 2004) :

- L'hydratation de la cicatrice pour maintenir la souplesse de la peau,
- La protection contre les rayons du soleil avec une crème 50 à appliquer pour chaque exposition au soleil.

En plus de ces auto-soins, le patient devra suivre des séances de kinésithérapie régulières pour réaliser des massages de la cicatrice et lui permettre de conserver une mobilité essentielle. Ces massages sont également complétés avec des étirements pour permettre à la peau de garder au maximum son élasticité lors des mouvements. Aussi, la méthode de pressothérapie, à l'aide de vêtements compressifs ou de bandes est utilisée pour lutter contre le développement de ces cicatrices (Descamps et al., 2001). Ces vêtements doivent être portés en permanence, avec un retrait uniquement pour la toilette. Ils nécessitent donc une éducation de l'enfant et de la famille sur les gestes à adopter pour le port de ces vêtements (techniques de lavage, séchage, que faire

en cas de dégradation, comment mettre et enlever ces vêtements sans altérer leur efficacité) (Plancq, Goffinet et Duquennoy-Martinot, 2016). Enfin, associé aux techniques présentées ci-dessus, le port d'orthèses rigides pour permettre la mise en tension cutanée maximale permanente est préconisée pour limiter au maximum les rétractions cutanées qui entraînent des limitations fonctionnelles majeures (Rienmeyer et Rochet, 2011).

La spécificité de la prise en charge pédiatrique est l'inclusion des familles, notamment des parents, dans le parcours de soins. Le rôle de la famille dans l'observance des soins est un élément clé permettant à l'enfant une récupération la plus optimale possible. Les causes des brûlures constituent souvent des accidents domestiques, les parents peuvent ressentir de la culpabilité, mais aussi une angoisse face à la complexité de la prise en soins de leur enfant. Les émotions ressenties par les parents peuvent se répercuter sur les enfants. Le rôle de l'ergothérapeute et des autres professionnels de soins sera la prise en compte de l'environnement humain et social de l'enfant et ses occupations (sa famille, son école, ses activités scolaires et extra-scolaires) (Alexandre et al. 2015). La prise en soins des enfants brûlés comprend de plus en plus régulièrement un suivi par une équipe éducative et scolaire pour faire le lien avec les apprentissages de l'enfant en s'adaptant à ses besoins et limitations d'activités dans sa scolarité (Rousseau, 2018).

Les conséquences de brûlures sont somatiques mais aussi psychologiques. En effet, la période de l'enfance est celle où l'être humain construit son image, ses croyances et ce à travers la découverte de ses environnements physiques, humains (entourage familial et construction des apprentissages autour de la scolarisation). La brûlure, accident survenant brutalement et de façon inattendue, a des conséquences sur cette construction du « soi » et demande à l'enfant de s'adapter sans cesse à de nouveaux environnements physiques et humains centrés autour de sa prise en soins, lors de l'hospitalisation par exemple (Descamps et al., 2001). Le contexte de la brûlure chez l'enfant est d'autant plus traumatisant psychologiquement car il est souvent dû à des accidents liés à des imprudences domestiques, ou encore à des violences avec des actes de maltraitance entraînant des brûlures (Descamps et al., 2001).

Une des particularités de la prise en charge pédiatrique est la prise en compte de l'âge de cette population. L'enfant, en plein développement physique mais aussi cognitif et social, n'est pas toujours en capacité de comprendre la situation dans laquelle il se trouve à la suite de l'accident ou encore d'exprimer son ressenti face à cette situation brutale et nouvelle. La particularité de la prise en soins en ergothérapie est que les professionnels sont amenés à faire de l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage pour s'assurer de la continuité des prises en soins, les parents deviennent acteurs dans les soins des enfants et ils constituent un

point d'appui majeur pour le bon déroulement de la rééducation avec une continuité des soins à domicile (Alexandre et al., 2015).

Les spécificités de la prise en soins pédiatrique en brûlologie sont nombreuses. Elles peuvent être liées à différents facteurs comme les circonstances de l'accident qui entraînent la brûlure, les attentes de la famille vis-à-vis des soins prodigués à l'enfant et aux conséquences physiques possibles à la suite de la brûlure. Elles peuvent également être liées à l'aspect psychologique mais aussi aux attendus scolaires en lien avec l'arrêt des apprentissages durant la phase aiguë de la brûlure. La croissance de l'enfant est un élément qui diffère la prise en soins par rapport à celle de l'adulte ce qui nécessite une adaptation permanente de l'accompagnement des professionnels de santé. Ces derniers se retrouvent face à des situations complexes et spécifiques à chaque patient qui impliquent la mise en œuvre d'une posture adaptée aux besoins de l'enfant et de sa famille. Tous les acteurs et leurs interactions de ce système de soins peuvent être étudiés à travers le modèle systémique.

1.2. La place de l'ergothérapeute dans le parcours de soins des enfants brûlés

1.2.1. Le choix d'un modèle de référence : Modèle systémique

Les prises en soins en brûlologie sont complexes et la présence de différents acteurs est essentielle pour la mise en place de soins adaptés, notamment dans la prise en soins des enfants. Pour faciliter la compréhension de la présente étude, le choix d'un modèle conceptuel de référence en ergothérapie est effectué. Le modèle systémique, décrit par Caire et Morel-Bracq (2017) permet d'avoir une vision d'ensemble sur le système qui entoure la prise en soins des enfants victimes de brûlures (Caire et Morel-Bracq, 2017). La définition d'un système est donnée par Caire et Morel-Bracq (2017) comme étant « *un ensemble d'unités en interaction : c'est une totalité organisée* » (Caire et Morel-Bracq, 2017). Ce modèle présente les individus comme des acteurs du système en interaction et en relation entre eux et avec le système auquel ils appartiennent. Dans le domaine du soin, l'approche systémique permet d'avoir une vision centrée sur le système familial où les interactions entre les acteurs (patient, enfant, famille et équipe de soins) sont essentielles pour le bon déroulement de la prise en soins. En brûlologie, certaines situations sont complexes et mettent en lumière des problématiques en lien avec la communication des familles, l'acceptation des soins ou encore les conflits d'intérêts entre les membres de l'équipe de professionnels de santé. Le thérapeute, acteur du système, a pour rôle de faciliter la communication entre le patient, sa famille et son entourage pour permettre le

fonctionnement du système. Chaque acteur du système doit favoriser cette communication en plus de ses missions de prises en soins.

Le modèle systémique permet la prise en compte de tous les acteurs du soin autour de l'enfant et les modalités d'interactions les rendant interdépendants. L'analyse de la posture professionnelle de l'ergothérapeute peut mettre en avant ces interactions et les critères de leur réalisation.

1.2.2. La posture professionnelle de l'ergothérapeute

« *La capacité de prendre soin des autres est liée à la capacité de prendre soin de soi, et cette capacité est façonnée par toutes nos expériences de vie* » (Devereaux, 1984). Cette citation nous permet de comprendre qu'il est essentiel pour le professionnel de développer sa pratique en y intégrant une démarche de remise en question de ses savoirs et savoir-faire et parfois ses savoirs-être en fonction des situations rencontrées. Pour cela, le thérapeute doit adopter sa posture professionnelle pour l'adapter aux situations qu'il rencontre.

L'ergothérapeute est un des acteurs essentiels dans la prise en soins des enfants brûlés. Les brûlures sont une pathologie complexe avec un impact non-négligeable sur les occupations de la vie quotidienne. L'ergothérapeute peut être face à des situations qui peuvent mettre à mal sa posture professionnelle. La posture professionnelle est un processus complexe qui met en jeu différents critères que nous allons détailler ci-après.

Tout d'abord, qu'est-ce que le professionnalisme dans le domaine médical ?

Selon Collier (2012), le professionnalisme médical comprend cinq éléments essentiels. Le premier concerne l'adhésion aux principes de la pratique éthique. Cela correspond au respect de la confidentialité et à l'honnêteté du thérapeute. Le second concerne la communication qui doit être respectueuse et efficace envers les patients et leur entourage. Le troisième concerne le travail en équipe pluriprofessionnelle et la communication au sein de l'équipe qui gravite autour du patient. Le quatrième est la fiabilité du professionnel de santé qui doit respecter les horaires, les organisations et assumer ses responsabilités. Le dernier concerne l'analyse de la pratique professionnelle avec une amélioration continue des compétences à travers des formations et de nouveaux apprentissages (Collier, 2012).

L'établissement d'un cadre thérapeutique est aussi un des éléments qui permet à l'ergothérapeute de maintenir le bon déroulement d'une prise en soins. Le respect de ce cadre permet au thérapeute d'avoir accès aux forces du patient, appelés leviers thérapeutiques (Salomon Nasielski, 2012/14). Simonnet-Guéréau (2014) nous dit également que le

« *maintien du cadre est réalisé par le thérapeute et il en est le reflet de sa personnalité à travers son organisation, ses interactions et ses limites personnelles* » (Simonnet-Guériau, 2014). Le cadre posé par le thérapeute doit être stable et solide mais une souplesse dans l'organisation et les soins est nécessaire pour l'adhésion de certaines familles. En effet, il est indispensable de s'adapter aux patients, à leur personnalité et leurs besoins spécifiques en lien avec les brûlures tout en s'ajustant aux demandes des familles et de la structure dans laquelle l'ergothérapeute exerce (Salomon Nasielski, 2012/14).

La posture quant à elle est définie par Maela (2012) comme « *une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donné. C'est une attitude 'de corps et d'esprit'* ». Cela signifie que le thérapeute change de posture en fonction des situations avec des changements physiques et/ou psychiques. La relation constitue un élément central de la posture professionnelle. Ce terme est défini par le dictionnaire Larousse (2022) comme « *l'ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles* » (Larousse, 2022). Cette définition peut être complétée par celle de Manoukian (2014) qui indique que « *c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » (Manoukian, 2014). La création d'une relation est donc un processus complexe qui comprend de multiples facteurs mis en avant par Manoukian (2014) comme les facteurs psychologiques (les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés mais aussi les émotions et les désirs), les facteurs sociaux (les catégories socio-professionnelles, les classes d'âge) et les facteurs physiques (l'aspect physique, les perceptions).

La notion de professionnalisme met également en avant le concept d'alliance thérapeutique. Cette notion est définie par Salomon Nasielski (2012/14) comme « *la combinaison suffisante de proximité et de similitude que le thérapeute affiche avec le client pour que ce dernier lui accorde la confiance nécessaire à la réduction de ses résistances naturelles à changer son cadre de référence* ». Bioy et al. (2012) définissent l'alliance thérapeutique comme « *la collaboration mutuelle, un partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés* ». Ces définitions permettent de mettre en avant la collaboration entre le patient et le thérapeute. Il est évident que lors de la prise en soins des enfants, la place de la famille dans cette alliance thérapeutique est primordiale. Aussi, cette alliance thérapeutique se forme grâce aux échanges et en particulier par la communication entre tous les acteurs du système (Caire et Morel-Bracq, 2017). Cette communication peut être limitée avec les enfants en bas âge, le thérapeute devra alors faire preuve de davantage d'adaptations pour permettre une meilleure compréhension de l'enfant et la création de cette alliance thérapeutique.

Les habiletés relationnelles du thérapeute sont indispensables et peuvent permettre la résolution de problèmes. Le livre de Manoukian intitulé *La relation soignant-soigné* nous dit « *perfectionner ses propres aptitudes à la communication donnera au soignant les moyens d'améliorer les situations à problèmes* » (Manoukian, 2014).

Nous nous demandons alors quelle est la juste distance et proximité à avoir et quelles en sont les limites ?

Il existe quatre types de distance permettant « *La distance intime (15 à 45 cm) : zone qui s'accompagne d'une grande implication physique et d'un échange sensoriel élevé ; la distance personnelle (45 à 125 cm) : est utilisée dans les conversations particulières ; la distance sociale (1,20 à 3,60 m) : est utilisée au cours de l'interaction avec des amis et des collègues de travail ; la distance publique (supérieur à 3,70 m) : est utilisée lorsqu'on parle à des groupes* » (Deswarte, 2016). L'ergothérapeute intervient auprès des patients et en particulier sur leurs occupations quotidiennes. Il est parfois amené à travailler sur des situations dans un cadre intime et personnel du patient. Ces situations demandent une adaptation et une utilisation des connaissances théoriques et leur application à travers les savoir-faire. Ces compétences se développent tout au long de la pratique et des expériences professionnelles (Sureau, 2018).

Nous savons que le thérapeute doit, lors des prises en soins, établir une relation de confiance et créer une alliance thérapeutique avec le patient et son entourage tout en maintenant un cadre thérapeutique adapté. L'établissement de ce cadre thérapeutique permet au thérapeute d'atteindre les objectifs fixés pour la rééducation de l'enfant. Il doit également adopter une posture professionnelle adéquate afin de répondre aux missions qu'il doit remplir en tant qu'acteur de la prise en soins des brûlures chez les enfants. Un des éléments clés pour une prise en charge adaptée en brûlologie pédiatrie est la prise en compte des émotions. Pour cela, le thérapeute doit commencer par identifier ses propres émotions et affects pour ensuite aider le patient à reconnaître les siens. Cette vision permet d'aborder le patient dans sa globalité. Ceci peut être assimilé à une des valeurs fondamentales de l'ergothérapie que nous pouvons retrouver à travers cette citation de Rondeau-Boulanger et Drolet : « *la valeur qu'est l'holisme¹ constitue une part importante de l'essence de l'ergothérapie* » (Rondeau- Boulanger et Drolet, 2016).

La posture professionnelle met en jeu plusieurs critères portant sur les relations entre les différents acteurs du système. Les ergothérapeutes, qui exercent auprès d'un public pédiatrique ayant vécu des expériences difficiles voire traumatisantes comme les brûlures, doivent alors

¹ Théorie selon laquelle l'homme est un tout indivisible qui ne peut être expliqué par ses différentes composantes (physique, physiologique, psychique) considérées séparément.

gérer leurs réactions émotionnelles tout en permettant la mise en place d'une alliance thérapeutique efficace pour les prises en soins (McKenna, Mellson, 2013).

1.2.3. Focus sur un acteur du système : l'ergothérapeute dans le parcours de soins des enfants brûlés

L'ergothérapeute a pour objectif d'accompagner la personne afin qu'elle s'engage et s'investisse dans ses occupations (Kielhofner, 2008 ; Morel-Bracq, 2009).

Nous savons que le parcours de soin d'un enfant brûlé est long et complexe. En effet, les projets de rééducation doivent être individualisés, comme pour l'adulte, avec la prise en compte des réactions inflammatoires et du retardement de la maturation cicatricielle souvent présentes chez les enfants en pleine croissance (Descamps et al., 2001). La prise en soins des enfants brûlés nécessite la présence d'équipes pluriprofessionnelles. Les professionnels gravitant autour de la prise en soins de l'enfant doivent communiquer, échanger et se coordonner sur les objectifs et les axes d'intervention. Ce système est composé des acteurs suivants, en plus de l'enfant : les équipes de soins, comprenant tous les professionnels médicaux et paramédicaux ; les équipes éducatives et scolaires, pour adapter la scolarisation et sa reprise ; la famille et l'entourage de l'enfant. En effet, ces derniers ont une influence et un impact non-négligeable dans les soins et le suivi de l'enfant.

L'ergothérapeute fait donc partie intégrante de ce système et intervient à plusieurs niveaux au travers de différentes actions auprès de l'enfant lors de son parcours de soins et scolaire. L'objectif de l'ergothérapeute lors de la prise en soins des brûlures est d'obtenir une gestuelle fonctionnelle permettant la participation à toutes les activités de la vie quotidienne et aux activités de scolarisation, ainsi qu'une croissance dans les meilleures conditions possibles (Edgar et Brereton, 2004).

Dans un premier temps, l'action de l'ergothérapeute sera centrée sur l'aide au processus de cicatrisation. Son rôle sera de préconiser, mettre en place et ajuster des aides techniques. Il réalisera différents appareillages pour permettre l'immobilisation en extension des zones atteintes lors de la phase inflammatoire. Il participe également à la mise en place de vêtements compressifs qui ont pour but de lutter contre l'hypertrophie (Descamps et al., 2001). Aussi, il adapte l'environnement en fonction des capacités fonctionnelles de l'enfant pour lui permettre, lui et sa famille, d'être indépendant dans tous les actes de la vie quotidienne (aide au repas, à la toilette, à l'habillage par exemple). Ensuite, l'ergothérapeute met en place des exercices permettant de travailler sur les amplitudes articulaires, souvent touchées et limitées si les brûlures sont proches ou au niveau des articulations (Rienmeyer et Rochet, 2011). Les effets

rétractiles de la cicatrisation limitent fortement les amplitudes articulaires et impactent le quotidien de l'enfant et sa participation occupationnelle. La mise en place des appareillages dans la première phase d'intervention de l'ergothérapeute a également pour but de limiter ces diminutions d'amplitudes articulaires en immobilisant les membres en position d'extension à l'aide d'orthèses (Rousseau, 2018). Enfin, l'ergothérapeute intervient lors de la sortie des centres de rééducation avec des actions centrées sur la réinsertion scolaire des enfants. Il préconise des aides techniques adaptées aux capacités des enfants pour leur permettre de reprendre une scolarité et suivre le rythme des enseignants (ordinateurs, claviers adaptés, synthèses vocales, outils scolaires adaptés, stylos adaptés) (Plancq, Goffinet et Duquennoy-Martinot, 2016).

La prise en soins en ergothérapie pédiatrique est différente de celle auprès d'adultes. Les conséquences des brûlures sont nombreuses avec des impacts sur les occupations du quotidien qui limitent la participation des victimes de brûlure. Cependant les enfants peuvent avoir des difficultés pour se rendre compte de l'impact de leurs lésions, du temps de la rééducation sur leur scolarisation ou leurs apprentissages quotidiens. L'ergothérapeute a un rôle important dans la réinsertion proposée à l'enfant, tant dans le domaine scolaire que dans les domaines des activités de la vie quotidienne. Afin que la prise en soins soit optimale, les activités et exercices doivent être abordés de manière ludique et adaptés aux besoins, capacités et envies de l'enfant. Les prises en soins en brûlologie sont régulièrement de très longue durée avec une présence quasi-constante au centre de rééducation. Cette démarche ludique permet à l'enfant de vivre les soins comme un moment de divertissement et non comme une contrainte (Alexandre et al., 2015).

Enfin, la prise en soins en pédiatrie demande aux équipes de soins de travailler en partenariat avec la famille ou l'entourage de l'enfant, notamment pour la continuité des soins à domicile. Pour des raisons de respect de la justice, le responsable légal de l'enfant doit être informé des soins reçus par l'enfant mais il est aussi un soutien très important dans la prise en soins des brûlures tout particulièrement. Il est indispensable que cet entourage familial ou tout autre accompagnant participe à la constitution du projet de soins et comprenne les objectifs et les axes du suivi. Le partenariat entre l'enfant, la famille ou les accompagnants et l'équipe de soins est alors essentiel pour une prise en soins dans les meilleures conditions possibles pour l'enfant (Alexandre et Lefèvre, 2012).

Les spécificités de ces prises en soins pédiatriques placent régulièrement l'ergothérapeute face à des situations de prises en soins complexes. Certaines difficultés peuvent être rencontrées face aux domaines spécifiques de la rééducation de la brûlure mais aussi face aux différentes

situations liées à l'histoire de la brûlure et les répercussions sur les émotions du thérapeute. Il doit alors faire appel à ses savoirs et savoir-faire pour gérer au mieux ces situations en tant que praticien et être humain.

1.3. L'intelligence émotionnelle

Les émotions peuvent être définies comme « *une réaction affective brusque et momentanée agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques* » (Formarier et Jovic, 2012). L'intelligence émotionnelle, concept décrit ci-après, semble être un concept permettant de comprendre et d'analyser les situations complexes liées aux émotions des ergothérapeutes lors des prises en soins d'enfants brûlés.

1.3.1. L'évolution des définitions au cours du temps

La première définition de l'intelligence émotionnelle est apparue en 1990 par Mayer et Salovey. Une seconde version revisitée par ces mêmes auteurs en 1997 est encore utilisée aujourd'hui. Ils définissent l'intelligence émotionnelle comme « *la capacité de percevoir et d'exprimer l'émotion, d'assimiler l'émotion dans la pensée, de comprendre et de raisonner avec l'émotion, et de régir l'émotion chez soi et chez les autres* » (Mayer, Salovey et Caruso, 2000, p. 396 ; Mayer et Salovey, 1997). Salovey et Grewal (2005) décrivent l'intelligence émotionnelle par les interactions entre les émotions et la cognition qui permet la mise en place d'un fonctionnement adaptatif dans les différents contextes rencontrés par la personne dans son quotidien.

Pour comprendre cette définition il est important de définir dans un premier temps les termes « émotion » et « intelligence ». Dans la classe fondamentale des opérations mentales décrite par Mayer et Salovey (1997) on retrouve quatre paramètres :

- La motivation,
- Les émotions,
- La cognition,
- La conscience.

Dans ce contexte, les émotions sont définies comme un signal permettant de mettre en place une réponse à un changement dans une relation. Une émotion permet donc la mise en place de plusieurs réponses comportementales essentielles à la relation de base (Mayer, Salovey, Caruso et Cherkasskiy, 2011). La cognition permet quant à elle d'apprendre de l'environnement et de mettre en place des réponses adaptées pour résoudre un problème. Elle

met également en jeu la mémoire des individus. L'intelligence émotionnelle est un concept que l'on peut définir comme les interactions entre les émotions et la cognition pour permettre la mise en place d'un fonctionnement adaptatif à une situation spécifique (Salovey et Grewal, 2005).

Selon Mayer et Salovey l'intelligence émotionnelle comprend deux dimensions : la première dite expérientielle correspond aux capacités des individus à manipuler, percevoir et réagir face aux informations émotionnelles transmises sans pour autant les comprendre ; la seconde appelée dimension stratégique quant à elle reprend les capacités des individus à comprendre et gérer les émotions sans percevoir ou éprouver des sentiments.

Pour comprendre ce concept d'intelligence émotionnelle, les auteurs ont élaboré plusieurs modèles décrivant les différentes composantes de ce concept.

1.3.2. Les modèles de l'intelligence émotionnelle

1.3.2.1. Le modèle à quatre branches de l'intelligence émotionnelle (Mayer et Salovey, 1997)

Le modèle à quatre branches est un modèle élaboré par Mayer et Salovey datant de 1997. Il est en réalité l'évolution du modèle à trois branches élaboré par ces mêmes auteurs lors de la première tentative de définition en 1990.

Ce modèle reprend les deux dimensions (expérientielles et stratégiques) définies précédemment pour ensuite les diviser. Elles sont organisées de manière croissante avec en première position les processus psychologiques simples et en dernière position l'inclusion de l'émotion et de la cognition.

Le modèle met en avant le principe que l'intelligence émotionnelle nécessite quatre capacités (Mayer, Salovey et Caruso, 2004) (annexe n°5) :

- La perception des émotions chez soi et chez les autres, qui peut être définie comme la conscientisation de ses propres émotions et celles des autres, ainsi que ses besoins, en ayant la capacité de les exprimer à autrui de la manière la plus juste possible.
- L'intégration des émotions, correspondant à l'assimilation des émotions avec la capacité de distinction des émotions que l'on ressent. Ces capacités permettent de faciliter la prise de décision et influencent les processus de pensées.
- La compréhension des émotions complexes et les capacités à comprendre plusieurs émotions simultanées ou à comprendre les changements d'émotions.

- La régulation des émotions chez soi et chez les autres, permettant la prise en compte des émotions avec une utilisation ou un abandon en fonction des situations et de son utilité.

1.3.2.2. Le modèle de Bar-On

Le modèle de Bar-On, élaboré par Reuven Bar-On, est un des modèles permettant la définition de l'intelligence émotionnelle. Il s'oriente vers la compréhension du potentiel de rendement de succès plutôt que le succès en lui-même. Ce modèle permet l'analyse d'un rendement plutôt que celle d'un résultat (Bar-On, 2000).

Il permet de décrire l'ensemble des compétences émotionnelles et sociales de la population de manière interdépendante. Les premières définitions de l'intelligence émotionnelle ont été influencées par les définitions de l'intelligence sociale, ces deux concepts sont considérés comme interdépendants et liés. Ces compétences émotionnelles et sociales peuvent être évaluées à l'aide d'une auto-évaluation, le Bar-On Test, qui sera présenté par la suite.

Le modèle de Bar-On est centré sur les performances de fonctionnement des domaines émotionnel et social, il reprend cinq familles de compétences décomposées en quinze compétences précises (annexe n°6). Les cinq familles de compétences sont les suivantes :

- Perception de soi,
- Expression individuelle,
- Relations humaines,
- Prise de décisions,
- Gestion du stress.

A travers le modèle de Bar-On l'intelligence émotionnelle constitue un ensemble de compétences interconnectées qui forment des aptitudes et des éléments facilitateurs pour les individus vis-à-vis des relations sociales et de la reconnaissance et la gestion de ses propres émotions. Ces compétences permettent également de faciliter la résolution de problèmes et de répondre aux exigences des missions du poste d'ergothérapeute en brûlologie pédiatrie par exemple (Bar-On, 2006).

1.3.3. Les instruments de mesure de l'intelligence émotionnelle

L'intelligence émotionnelle est définie à travers différents modèles comme ceux présentés ci-dessus. Pour mieux comprendre les enjeux liés à ce concept et son application dans les domaines quotidiens il est possible de la mesurer et la quantifier à l'aide de tests basés sur ces modèles.

1.3.3.1. MSCEIT

Le MSCEIT (Mayer - Salovey - Caruso Emotional Intelligence Test) est basé sur le modèle à quatre branches de l'intelligence émotionnelle.

Historiquement, le MSCEIT a été construit pour vérifier la validité du modèle à quatre branches. Sa mesure actuelle, différente des premiers essais non-concluants, est élaborée pour mesurer les quatre capacités décrites dans le modèle de Mayer et Salovey. Ces capacités sont mesurées grâce à des tâches précises. L'échantillonnage de ce test a été réalisé auprès de 5 000 personnes. Il a été élaboré pour des personnes de 17 ans et plus. Le test MSCEIT permet de mesurer la capacité à percevoir et à identifier les émotions à l'aide de visages et de dessins. La mesure de l'utilisation des émotions passe par la description des sensations émotionnelles et les autres modalités sensorielles parallèles. La compréhension des émotions passe par la description de la combinaison des émotions et leurs évolutions dans le temps. La dernière mesure concerne la gestion des émotions à travers le choix des émotions les plus adaptées pour répondre à des situations émotionnelles privées et interpersonnelles (Brackett, Mayer et Warner, 2004).

Ce test permet de produire plusieurs scores exprimés par un score moyen de 100 (score moyen obtenu dans la population générale) avec un écart-type de 15. Le premier score correspond à un score d'intelligence émotionnelle globale, deux autres scores sont répartis en domaines (l'intelligence émotionnelle expérientielle ou QIEE et le quotient d'intelligence émotionnelle stratégique ou QIES). Enfin, quatre scores correspondent aux quatre branches du modèle de l'intelligence émotionnelle décrit par Mayer et Salovey. Dans le manuel de Mayer, Salovey et Caruso (2002) les scores sont associés à des cotes qualitatives permettant de décrire le score obtenu. Par exemple, une personne avec un score d'environ 130 est jugée d'une « grande force ».

1.3.3.2. Bar-On test

Basé sur le modèle de Bar-On, le Bar-On test permet d'établir un quotient émotionnel (QE) : Bar-On EQ-i2.0 de Bar-On. Ce test est une auto-évaluation reconnue comme fiable et valide par rapport à une population normée. Il comprend des échelles et des sous-échelles qui reprennent le fonctionnement émotionnel en quinze compétences réparties en cinq branches toutes liées les unes aux autres. Toutes ces compétences classées en plusieurs catégories sont présentées en annexe n°6. Cette figure sous forme de roue permet de mettre en avant la dynamique et les relations entre les diverses compétences. Il est nécessaire d'avoir suivi une formation pour faire passer et analyser les résultats de ce test. Les résultats sont tout aussi importants que les différences de résultats entre plusieurs sous-échelles.

Selon les résultats Reuven Bar-On émet l'hypothèse que : si les résultats du QE sont supérieurs à la moyenne il sera plus aisé de s'adapter à un milieu, à ses exigences et à ses contraintes ; par ailleurs, si les résultats mettent en avant une déficience de l'intelligence émotionnelle, il est plus probable que des difficultés d'adaptation soient présentes. Par exemple, selon Reuven Bar-On, les difficultés d'adaptation à un milieu sont plus présentes pour les personnes dont les résultats mettent en avant des déficiences sur les sous-échelles de l'épreuve de la réalité, de la résolution de problèmes, de la tolérance au stress et du contrôle des impulsions (Bar-On, 2006).

Le cadre de cette étude est centré autour de la brûlure, pathologie complexe et qui met en jeu différents acteurs au sein d'un système. Cette pathologie est étudiée dans le cadre de la prise en charge pédiatrique par les ergothérapeutes. Ces professionnels de soins interviennent quotidiennement auprès de ce public et mettent en jeu leur posture professionnelle lors de toutes les situations rencontrées. La posture professionnelle est décrite comme un processus complexe mettant en jeu différents critères. L'intelligence émotionnelle est décrite ci-dessus car elle semble être un concept intéressant pour comprendre et analyser les enjeux de la posture professionnelle des ergothérapeutes, lors des prises en soins, dans la gestion des situations complexes.

2. Objectif de recherche : hypothèses et questionnement de départ

Le travail de recherche s'est déroulé sur plusieurs mois autour de la prise en soins des enfants brûlés par les ergothérapeutes et leur posture professionnelle lors de leurs pratiques. Cette prise en soins spécifique découverte lors du troisième stage m'a amené à me poser de nombreux questionnements sur la place et l'utilisation des émotions durant des situations professionnelles complexes. En effet, durant ce stage, lors de certaines prises en soins, j'ai pu ressentir ou observer chez les patients et les professionnels la présence de certaines relations et émotions. Je me suis alors demandée quel pouvait être l'impact de ces relations et émotions sur les prises en soins et le suivi de l'enfant. J'ai alors fait un rapprochement avec la notion de l'intelligence émotionnelle, concept permettant de quantifier et d'expliquer le repérage, la compréhension et l'utilisation des émotions pour la résolution de situations problématiques. Mon questionnement s'est alors centré sur la posture professionnelle des ergothérapeutes travaillant auprès des enfants brûlés et les éléments facilitateurs et obstacles pour la prise en soins de ces patients.

La question de départ est alors :

Comment la posture professionnelle des ergothérapeutes en brûlologie pédiatrie permet de répondre à des situations complexes ?

Pour répondre à cette question et envisager une recherche expérimentale, une enquête à visée exploratoire est réalisée auprès d'ergothérapeutes pour s'assurer de la pertinence de ces questionnements et vous est présentée ci-dessous.

3. Méthodologie exploratoire : l'influence de l'utilisation de l'intelligence émotionnelle des ergothérapeutes en brûlologie pédiatrie

3.1. L'approche ethnographique

3.1.1. Définition et utilisation

Selon Tremblay (2005), l'approche ethnographique est une approche exploratoire visant à interroger une population préalablement définie pour répondre à certains questionnements. Cette approche est centrée sur le domaine des sciences sociales au travers d'études réalisées le plus souvent sur le terrain pour observer le comportement de personnes et de groupes dans leur quotidien sur une problématique précise. Ici, les personnes interrogées sont des ergothérapeutes travaillant auprès d'enfants brûlés. Avant cette recherche, des observations ont pu être réalisées en contexte de stage, entraînant le questionnement précédent.

3.1.2. Limites et difficultés de l'approche ethnographique

Les études ethnographiques visent à analyser le comportement et dans le cas de cette étude l'utilisation de l'intelligence émotionnelle à laquelle les ergothérapeutes ont recours durant leur pratique sur le terrain. Cette approche vise donc à interroger ces ergothérapeutes au travers d'entretiens. Nous savons que le recueil de données au travers d'entretiens met en jeu une part de subjectivité, d'autant plus que cette part de subjectivité est accentuée par le sujet central qui touche aux émotions.

Le rôle du chercheur est, autant lors de la passation des entretiens que durant l'analyse, d'être le plus égalitaire sans apporter de jugement en outrepassant aucun détail lors de l'analyse. Une analyse doit être complète en reprenant tous les propos de la personne interrogée tout en restant le plus objectif possible. Cette analyse étant réalisée par l'humain, certains biais peuvent être présents comme le jugement moral, des interprétations erronées ou encore des observations superficielles. Ces biais peuvent être contrés par l'utilisation de logiciels permettant d'analyser l'occurrence des mots dans chacun des entretiens. Ces logiciels seront présentés par la suite.

3.2. La population visée : Le centre Roquetaillade

3.2.1. Les ergothérapeutes du centre Roquetaillade

La population choisie est une cohorte d'ergothérapeutes qui exercent dans le centre pédiatrique de médecine physique et de réadaptation (CPMPR) de Roquetaillade situé dans le Gers. Ce centre accueille des enfants et adolescents de 0 à 18 ans. Il comprend différents

services comprenant la prise en soins des enfants brûlés au sein d'équipes pluridisciplinaires. Une prise de contact a également été réalisée avec les ergothérapeutes travaillant dans l'hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion situé dans le département des Yvelines.

Durant mon parcours d'études à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, j'ai réalisé un stage dans le centre Roquetaillade. Lors de ce stage, j'ai eu l'occasion de travailler et collaborer avec des ergothérapeutes faisant partie intégrante des équipes pluridisciplinaire de soins dans la prise en charge des enfants brûlés. Ce stage m'a permis de découvrir le rôle et les compétences des ergothérapeutes dans la prise en soins des enfants avec toutes les spécificités associées à la brûlologie pédiatrique. Le centre de Roquetaillade prend en charge des enfants avec des nécessités de soins très variés. L'équipe de professionnels met en place les suivis prescrits par les médecins en fonction des emplois du temps personnalisés de chaque enfant. En effet, les enfants ont accès à la scolarisation dans le cadre de ce centre et les soins tout comme les activités physiques adaptées sont dispensés de manière adaptée à chaque enfant.

3.2.2. Sélection des participants à l'enquête

La sélection des participants à l'enquête exploratoire s'est réalisée en fonction du lieu d'exercice des ergothérapeutes et avec la prise en compte de leurs spécificités de pratique auprès des enfants brûlés. À la suite du stage à Roquetaillade, orientant mon sujet de mémoire de fin d'études sur cette population, j'ai exposé mon sujet de travail aux ergothérapeutes du centre. Lors de ce stage, le contact avec les ergothérapeutes m'a permis de découvrir l'hôpital Bullion. La sélection des ergothérapeutes étant déjà très restrictive, j'ai donc décidé de contacter les ergothérapeutes travaillant dans ces deux centres. Lors de la période de contact j'ai volontairement sélectionné des ergothérapeutes avec une diversité de niveaux hiérarchiques en vue d'obtenir une diversité optimale dans l'analyse des entretiens. Malheureusement, n'ayant pas eu de retour positif du Centre Bullion, je n'ai pas eu l'occasion de réaliser des entretiens auprès de ces professionnels. Deux ergothérapeutes du centre de Roquetaillade m'ont répondu favorablement pour la réalisation des entretiens. Parmi ces ergothérapeutes, il y a un cadre de santé ayant pour fonction adjoint de direction dans la structure ainsi qu'un ergothérapeute exerçant dans le service de prise en soins des enfants brûlés. Les différences de hiérarchie des ergothérapeutes interrogés seront une richesse pour les diversités des réponses aux entretiens.

3.3. Le choix d'une méthode : l'entretien semi-directif

3.3.1. Pourquoi ce type d'entretien ?

Le type d'entretien choisi pour répondre à la question de départ est l'entretien semi-directif. Ces entretiens permettent de réaliser, lors de la phase exploratoire, un recueil de données à analyser. Lors de ces entretiens, l'objectif sera centré sur des thèmes et des questions sur le sujet défini au préalable. Malgré l'orientation des questions sur le thème choisi, ce type d'entretien, composé d'une série d'interrogations ouvertes, permet de laisser la liberté aux interviewés d'aborder des sujets complémentaires. Cela favorise une liberté de réponse et des possibilités de relance pour le chercheur avec l'ajout d'interrogations supplémentaires, toujours en lien avec le thème principal.

3.3.2. Construction et création de la trame de l'entretien

3.3.2.1. But recherché par l'entretien

L'objectif de ces entretiens est de répondre aux interrogations de départ et de vérifier ou infirmer les hypothèses. Lors des entretiens, l'objectif sera d'interroger les ergothérapeutes sur leurs ressentis vis-à-vis de leurs émotions et celles perçues chez les patients lors de leur pratique. L'analyse de ces entretiens permettra d'en faire ressortir une question de recherche pertinente et plus précise sur les concepts de l'intelligence émotionnelle et son utilisation en brûlologie pédiatrie.

3.3.2.2. Guide / trame d'entretien

L'entretien semi-directif est un style d'entretien qui nécessite la création d'un guide d'entretien au préalable. Ce guide doit représenter un panel de questions sur le thème général et les différents thèmes qu'il est nécessaire d'évoquer pour le recueil de données. Ces questions doivent être hiérarchisées, de la question la plus générale à la question la plus précise, et classées par sous-thème. Les questions présentes dans le guide d'entretien sont basées sur les questionnements ayant émergés lors des recherches bibliographiques. Elles sont aussi basées sur les observations réalisées lors du stage avec la prise en compte de la connaissance du parcours de soins d'un enfant brûlé. La trame d'entretien définitive utilisée pour interroger les ergothérapeutes est présentée en annexe n°7.

Le premier thème abordé dans cette trame est celui du parcours professionnel des ergothérapeutes. L'objectif est de s'intéresser au parcours de formation et les formations

complémentaires de chacun pour ensuite faire le lien avec la partie suivante. La seconde partie de l'entretien porte sur les situations professionnelles rencontrées. L'objectif est de faire ressortir les éléments facilitateurs et obstacles pour les prises en soins auprès des enfants brûlés. Après avoir identifié ces éléments la troisième partie porte sur le processus de la posture professionnelle. L'objectif est alors de faire ressortir à travers les questions des critères et éléments clés de cette posture professionnelle en constante adaptation face aux situations complexes. Pour finir, la dernière question porte sur la description d'une prise en soins « idéale » pour permettre aux ergothérapeutes de citer tous les éléments essentiels à une prise en soins en fonction de n'importe quelle situation. Cet entretien comporte quelques spécificités décrites ci-après.

3.3.2.3. Spécificités de ce guide d'entretien

Dans ce guide, la question de la prise en compte de la famille, acteur essentiel dans la pratique en pédiatrie, n'est pas abordée de manière intentionnelle. En effet, l'objectif est d'identifier si les professionnels comprennent la famille comme acteur à part entière ayant un impact sur leurs émotions et/ou les émotions de l'enfant pris en soins. Aussi, les questions ne comprennent pas de vocabulaire spécifique, retrouvé lors des recherches, intentionnellement. En effet, pour anticiper l'analyse des réponses, il est important que les propos des ergothérapeutes ne soient pas influencés par les propos des questions. Pour s'assurer de la cohérence des différents thèmes choisis et de la compréhension des questions une phase de test est nécessaire et décrite ci-dessous.

3.3.2.4. Phase de test

La construction de la trame d'entretien s'est réalisée en plusieurs temps durant les recherches du cadre théorique. Le contenu de cette trame est détaillé en fonction des questionnements de départ et des hypothèses pour permettre de mettre en avant une question de recherche définitive. Lors de la fin de l'élaboration de cette trame, une phase de test était nécessaire pour me permettre d'ajuster les questions, leurs formulations et le déroulé de l'entretien. Cette phase de test, effectuée quelques semaines avant la réalisation des entretiens, a été menée auprès d'un ergothérapeute libéral ayant une expérience en pédiatrie. Etant donné la faible part des ergothérapeutes travaillant en brûlologie pédiatrique, il m'était impossible de réaliser cette phase de test auprès de ces derniers. Cette phase m'a permis d'enrichir la trame et de réaliser la trame d'entretien définitive présentée en annexe n°7.

4. Analyse des résultats de l'enquête exploratoire et question de recherche

4.1. Elaboration des matrices de l'entretien

Les premières étapes de la présente étude ont mis en avant des hypothèses grâce aux recherches bibliographiques en lien avec le thème « la posture professionnelle des ergothérapeutes travaillant auprès des enfants brûlés ». Le concept de l'intelligence émotionnelle, étudié depuis les années 1990 et qui évolue encore grandement aujourd'hui, semble être une hypothèse permettant d'analyser les propos des ergothérapeutes. Les différentes lectures réalisées permettent de mettre en avant les auteurs les plus pertinents qui décrivent ces concepts.

Dans le cadre de l'analyse des entretiens et suite aux lectures réalisées, l'élaboration de deux matrices d'entretiens a été nécessaire pour analyser le contenu des entretiens et les propos des ergothérapeutes.

La première matrice porte sur la variable de la posture professionnelle avec des critères précis. L'annexe n°8 présente cette matrice sur la posture professionnelle et comprend cinq critères : distance thérapeutique / juste distance, alliance thérapeutique, communication, posture / professionnalisme, relation. Ces critères sont explicités par 14 auteurs qui décrivent ces différents éléments entre 2012 et 2018.

La deuxième matrice est centrée sur la variable (concept) de l'intelligence émotionnelle détaillant les quatre branches du schéma de Mayer et Salovey (1997). Elle reprend également les notions évoquées dans le modèle de Bar-On (2002). Cette seconde matrice est présentée en annexe n°9. Elle comprend également plusieurs critères qui sont basés sur les écrits et les modèles décrits précédemment. Les critères sont : la perception des émotions chez soi et chez les autres, l'utilisation des émotions pour faciliter la prise de décision, la compréhension des émotions, la régulation des émotions chez soi et chez les autres, perception de soi, expression individuelle, relations humaines, prise de décisions, gestion du stress.

Ces matrices permettent une synthèse des critères clés des concepts de la posture professionnelle et de l'intelligence émotionnelle. La création de ces matrices s'est réalisée au fur et à mesure des lectures depuis le début de ce travail de recherche. L'objectif a été de rassembler toutes les variables et les auteurs d'un même concept pour faciliter l'analyse des propos des ergothérapeutes lors des entretiens.

Les matrices d'entretiens comprennent, en plus des auteurs clés et des variables de chaque concept, une colonne reprenant le numéro des questions de la trame d'entretien liée à la

variable. Cette numérotation permet de faciliter la lecture et l'analyse des entretiens en fonction des concepts.

4.2. Recueil des données et retranscription

Une première prise de contact avec les ergothérapeutes a eu lieu au début du mois de janvier. À la suite des réponses, les rendez-vous pour les entretiens ont été fixés et se sont déroulés le 15 février 2022. Au préalable, une fiche de consentement d'enregistrement vocal annexe n°10 à 12 a été créée pour permettre l'enregistrement des échanges avec l'accord des ergothérapeutes. Les entretiens se sont déroulés sous des modalités distancielles par échanges téléphoniques car la localisation du centre ne me permettait pas de me rendre sur place. Après la réalisation des entretiens, les enregistrements ont permis une retranscription intégrale sous la forme de « verbatim ». Le verbatim correspond à une « *reproduction intégrale des propos prononcés par l'interviewé ; compte rendu fidèle* » (Larousse, 2022). A la suite de cette retranscription intégrale, une retranscription reformulée et synthétique a été réalisée. Ces modalités de retranscription permettent d'ajuster le style des propos sans les déformer et en restant fidèle aux informations et propos des participants. Les retranscriptions intégrales des entretiens sont présentées en annexe n°13 et 14. Cette reformulation est nécessaire pour faciliter l'analyse et le passage des réponses dans le logiciel d'analyse de données textuelles (Iramuteq®).

4.3. Méthodes d'analyse des données

Les méthodes d'analyse utilisées pour recueillir les résultats liés aux propos des ergothérapeutes peuvent être appelées « méthodes d'analyse de données textuelles ». Ces méthodes comprennent deux étapes : l'utilisation des matrices d'entretiens détaillées ci-dessus et présentées en annexes n°8 et 9 et l'utilisation d'un logiciel d'analyse textuelle (Iramuteq®). Grâce à ces méthodes, les éléments essentiels des entretiens pourront être retirés, ces deux étapes seront utilisées pour analyser les entretiens.

4.4. Présentation et analyse des résultats

4.4.1. Analyse des résultats : tableau synthétique

L'analyse des résultats et des données récoltés lors des entretiens est présentée en annexe n°15 sous forme de tableau. Les entrées de ce tableau reprennent plusieurs éléments des concepts abordés dans le cadre théorique qui sont détaillés ci-dessous.

La première entrée permet de reprendre les réponses aux deux premières questions de l'entretien, c'est-à-dire l'expérience des ergothérapeutes interviewés ainsi que leurs parcours de formation. La durée des expériences professionnelles en tant qu'ergothérapeute est de 5 et 25 ans. Les deux ergothérapeutes ont un diplôme universitaire de brûlologie obtenu entre 2013 et 2021. Un ergothérapeute est actuellement en poste d'adjoint de direction depuis 6 ans après avoir été dans le service de brûlologie pendant 23 ans et l'autre ergothérapeute est en poste dans le service de brûlologie depuis 2017. Les grades de poste sont différents avec un ergothérapeute en poste et un cadre de direction.

La deuxième entrée du tableau reprend les propos des ergothérapeutes sur la question des éléments facilitateurs d'une prise en soins en brûlologie. Selon les ergothérapeutes interrogés, la communication est jugée comme élément essentiel pour une prise en soins optimale en brûlologie. Cette communication permet à l'entourage de l'enfant et à l'enfant lui-même de comprendre les enjeux de la prise en soins. Elle intègre également les échanges entre les membres des équipes pluriprofessionnelles lors des réunions. L'alliance thérapeutique est aussi un élément qui ressort des entretiens à travers l'acceptation et l'adhésion des familles pour entrer dans le processus de soins. La famille est nommée comme élément central de la prise en soins car sans l'entourage, l'enfant ne peut avoir accès à une continuité des soins lui permettant une cicatrisation optimale.

La troisième entrée du tableau reprend les éléments obstacles à une prise en soins en brûlologie. La communication est le premier élément cité par les ergothérapeutes comme pouvant être un facilitateur, comme cité ci-dessus, mais également comme un obstacle. En effet, si la communication est interrompue, limitée ou non constructive, cela peut engendrer des incompréhensions de la part de la famille de l'enfant, qui peut se laisser emporter par ses émotions par exemple. Ces incompréhensions peuvent parfois amener les familles ou l'entourage de l'enfant à refuser les soins proposés par la structure. Les ergothérapeutes interrogés énoncent que l'histoire de la brûlure est un des éléments pouvant devenir un obstacle dans la prise en soins. La brûlure étant dans la plupart des cas un accident, les conséquences et les causes de la brûlure peuvent créer dans l'entourage de l'enfant des sentiments de culpabilité. Certains des cas de brûlures peuvent également être liés à des affaires criminelles, pouvant engendrer des sentiments et des émotions différentes de la part des thérapeutes qui sont en relation avec l'enfant et son entourage. Les ergothérapeutes citent les expériences professionnelles comme un élément qui peut être un facilitateur ou un obstacle. En effet, fort de ces expériences les ergothérapeutes mentionnent que certaines des décisions prises dans l'accompagnement des enfants auraient été différentes en fonction de la période de prise en

soins par rapport à leurs expériences passées qui peuvent influencer leur pratique professionnelle.

La quatrième entrée de ce tableau reprend les critères de la posture professionnelle des ergothérapeutes. Lors ce questionnement, les ergothérapeutes décrivent l'importance des informations transmises aux parents. Ils évoquent que les parents participent à un programme d'éducation thérapeutique à l'entrée dans la structure. Les étapes de la prise en soins à venir doivent être expliquées de manière claire et concise pour une adhésion optimale au processus de soins.

Ces entretiens permettent de mettre en avant les éléments et concepts présents sur le terrain en ce qui concerne la posture professionnelle dans les services de brûlologie. On peut remarquer que les propos des ergothérapeutes sont orientés spontanément vers la famille et l'entourage de l'enfant même si la trame d'entretien ne les guidait pas vers ces éléments. Les différents acteurs de la prise en soins et leurs relations à l'intérieur du système sont en constante interdépendance pour permettre le fonctionnement du système. Ces relations sont basées sur le concept de l'alliance thérapeutique et la communication.

4.4.2. Interprétation des résultats : tableaux et schémas synthétiques, liens avec les concepts théoriques (matrices)

Pour faciliter l'interprétation des résultats et une lecture simplifiée des réponses des ergothérapeutes aux entretiens, l'utilisation du logiciel Iramuteq® a permis une analyse des données textuelles. Ce logiciel fait apparaître des statistiques sur les occurrences de mots relevées dans les entretiens et créer des nuages de mots ou encore des tableaux. L'utilisation de ce logiciel peut être pertinente si le vocabulaire utilisé lors des entretiens est adapté aux questionnements et aux concepts retrouvés dans les matrices. Ces éléments sont repris dans les annexes n°16 à 19. Pour chaque entretien nous retrouvons un nuage de mots, qui permet de visualiser les mots les plus utilisés par les ergothérapeutes. En effet, plus le mot est utilisé, plus la police est grande et plus le mot est placé au centre du nuage. Dans les deux entretiens, le mot qui apparaît au centre du nuage de mot est « enfant ». Il apparaît en totalité 47 fois dans les deux entretiens. Le deuxième mot le plus présent dans les deux entretiens sont les mots qui représentent l'entourage de l'enfant : « famille ou parent ». Le mot « famille » est utilisé 22 fois dans les entretiens et le mot « parent » 20 fois. La présence de ces chiffres peut être associée au modèle systémique qui reprend la famille comme un des acteurs principaux en interaction avec le patient et les équipes de professionnels. Les ergothérapeutes utilisent donc un discours centré sur l'individu, ici l'enfant, et sur son entourage, ici les parents et la famille. Les interactions,

essentielles pour comprendre le fonctionnement du modèle systémique, peuvent être assimilées aux relations entre le patient, sa famille et les équipes de soins (Caire et Morel-Bracq, 2017).

Lors des entretiens des mots utilisés par les ergothérapeutes font référence à ces relations. Par exemple, le mot « communication » est utilisé 14 fois et le mot « professionnel » est utilisé 19 fois. Le verbe « parler » est utilisé 9 fois en faisant référence aux temps d'échanges interprofessionnels et avec les patients. Ces récurrences de mots représentent le lien et les relations interdépendantes entre les acteurs (l'équipe professionnelle, l'enfant et sa famille).

Dans le discours des ergothérapeutes, seulement deux mots en lien avec les émotions sont relevés : « souvenir » et « triste » utilisés 3 à 4 fois. Cette faible récurrence ne permet pas d'établir un lien direct entre le discours des ergothérapeutes et la matrice reprenant les concepts clés de l'intelligence émotionnelle.

L'analyse de l'occurrence de mots permet de comprendre que les ergothérapeutes ont un discours centré sur une approche systémique avec la mise en jeu des principes de relations entre les acteurs pour répondre à des situations complexes. Il est essentiel que la famille et l'entourage de l'enfant participent, s'engagent dans les soins et entrent en relation avec les équipes de professionnels pour permettre le bon déroulement de la prise en soins. Les propos des ergothérapeutes sont également centrés sur la notion d'alliance thérapeutique et de juste distance. La communication et le positionnement dans l'équipe pluriprofessionnelle sont également cités par les ergothérapeutes comme un des éléments majeurs pour une posture professionnelle appropriée.

Toutes ces observations et analyses du discours des ergothérapeutes interrogés permettent de confirmer les hypothèses de départ concernant les liens existant entre la posture professionnelle des ergothérapeutes, des concepts comme l'alliance thérapeutique, la communication et la juste distance, et la résolution de situations complexes. Contrairement aux hypothèses de départ, le discours des ergothérapeutes ne s'est pas orienté spontanément vers la gestion des émotions permettant de faire du lien avec le concept d'intelligence émotionnelle. Ceci constitue un des biais de cette étude et une limite de l'entretien semi-directif.

5. Discussion et projection professionnelle

5.1. Au sujet des résultats

Les entretiens réalisés ont permis de révéler des éléments facilitateurs d'une prise en soins en brûlologie pédiatrie en lien avec la posture professionnelle des ergothérapeutes. Certains de ces éléments facilitateurs peuvent aussi devenir des obstacles à la prise en soins si les acteurs ne les utilisent pas de manière adaptée. Les éléments reconnus comme facilitateurs sont la communication, aussi bien entre les membres de l'équipe de professionnels et l'enfant qu'avec la famille. L'alliance thérapeutique créée grâce à cette communication est la relation qu'entretient le thérapeute avec son patient et l'entourage de celui-ci (Manoukian, 2014).

Cependant les ergothérapeutes relèvent des difficultés dans la prise en soins de certains enfants dont l'histoire de la brûlure est liée à des affaires criminelles par exemple. La présence des différentes sphères environnementales, comme l'école et les soins, demandent à la famille une adaptation constante pour permettre à l'enfant une continuité des soins et des apprentissages.

5.2. Critiques et biais de l'étude exploratoire

Cette étude exploratoire présente certains biais. Dans un premier temps, les ergothérapeutes interrogés appartiennent à la même structure, le centre de médecine physique et de réadaptation pédiatrique de Roquetaillade. Ce biais, que l'on qualifie d'institutionnel, peut avoir une influence sur les résultats et les réponses aux questions lors des entretiens. En effet, les formations offertes par la structure, ou encore les expériences partagées dans le système, influencent grandement les connaissances des ergothérapeutes et donc leur approche et leur pratique auprès des enfants et des familles.

Le sujet de cette étude se base sur des concepts difficilement quantifiables comme les émotions, la communication et les relations. Cette étude est basée en partie sur une analyse qualitative des réponses aux entretiens avec une part de subjectivité. Les questions de l'entretien sont orientées sur des sujets personnels et des situations vécues comme des expériences de pratique. De ce fait, les questions des entretiens peuvent être comprises différemment par les personnes interviewées en fonction de leurs expériences mais aussi de leurs postes actuels. La compréhension du thème des questions influence les réponses et les éléments à analyser.

L'hypothèse de l'intelligence émotionnelle présentée en première partie est finalement très peu reliée aux analyses de résultats et aux concepts évoqués par les ergothérapeutes. Ce

biais exploratoire peut être expliqué par la limite de l'entretien où les questions permettaient d'aborder différents sujets autour de la prise en soins. L'utilisation et la passation d'un test spécifiquement lié à l'intelligence émotionnelle permettraient d'avoir des résultats clairs quant à l'utilisation de celle-ci ou non sur le terrain auprès d'un public pédiatrie en service de brûlologie.

5.3. Projection professionnelle et question de recherche

Cette enquête exploratoire a permis de mettre en avant la pertinence d'une recherche plus poussée orientée vers l'hypothèse de l'intelligence émotionnelle comme facilitateur de prise de décision et de résolution de situations complexes. En effet, cette notion est encore récente et une recherche sur ce sujet permettrait d'avoir des résultats sur la posture professionnelle des ergothérapeutes et par la suite d'enrichir la pratique professionnelle auprès des enfants brûlés.

La posture professionnelle de l'ergothérapeute constitue un point essentiel dans la relation soignant-soigné, quel que soit le secteur d'activité dans lequel il exerce. Cette relation patient-thérapeute est unique et dépend de tous les facteurs cités dans ce travail de recherche, comme l'histoire de la brûlure du patient, l'alliance thérapeutique ou encore la communication avec le patient et son entourage. Lors de la prise en soins des enfants brûlés, il semble nécessaire d'avoir une vision d'ensemble et une collaboration entre tous les acteurs comme la famille, les équipes professionnelles et l'enfant.

La démarche de recherche et les rencontres que j'ai pu effectuer lors de cette étude m'ont permis de développer et de faire évoluer ma vision de l'ergothérapie auprès des enfants. Je serai, par la suite, bien plus attentive à tous ces critères compris dans la posture professionnelle afin de les adapter à toutes les situations professionnelles que j'aurai l'occasion de rencontrer. Ce travail de recherche m'a également permis de m'initier à une démarche de recherche dans son ensemble. Les trois années d'études au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse ont contribué au développement de la vision globale autour de l'approche centrée sur le patient et la prise en compte de son environnement social, physique et de ses occupations.

Conclusion

La brûlure est un accident survenant en quelques secondes mais ayant des conséquences invalidantes sur le long terme. Elle est plus fréquente aux âges extrêmes de la vie et les enfants font face à des processus de cicatrisation souvent plus difficiles que les adultes. Les soins prodigués à la suite d'une brûlure sont nombreux et engagent différents acteurs comme les professionnels de santé mais aussi l'entourage et la famille de l'enfant. L'objectif de ces soins est la poursuite du développement de l'enfant dans tous les domaines de sa vie.

L'ergothérapeute a alors pour mission d'accompagner la famille dans la poursuite des apprentissages de l'enfant avec des adaptations et une rééducation adaptée à ses atteintes, attentes et besoins spécifiques. Pour cela, l'ergothérapeute a un rôle de rééducation, de compensation et d'acquisitions de nouvelles compétences en lien avec les capacités fonctionnelles de l'enfant à la suite de la brûlure.

Ce mémoire de fin d'études s'est intéressé aux ergothérapeutes et à leur posture professionnelle lors de la prise en soins des enfants en service de brûlologie.

La posture professionnelle est un processus complexe que les ergothérapeutes mettent en jeu lors de chaque situation rencontrée, il est nécessaire qu'il adapte cette posture en fonction des besoins et attentes de chaque enfant et de son entourage.

Lors des premières étapes des recherches bibliographiques, une première hypothèse a émergé sur le concept de l'intelligence émotionnelle. En effet, ce concept permet d'analyser, de comprendre et de décrire les processus liés aux émotions pour la résolution de situations complexes. Pour cela, une étude exploratoire a été réalisée sur la posture professionnelle des ergothérapeutes en lien avec le concept de l'intelligence émotionnelle.

Ainsi, cette étude exploratoire de terrain s'est déroulée auprès de deux ergothérapeutes exerçant dans le centre pédiatrique de Roquetaillade. L'analyse des résultats de cette étude semble mettre en avant les éléments essentiels de la posture professionnelle comme la communication ou les alliances thérapeutiques avec l'enfant et son entourage. Les entretiens réalisés dans cette étude constituent une infime partie d'un travail de recherche à approfondir pour répondre à ces questionnements.

Par conséquent, il peut être envisagé de poursuivre cette recherche par une étude expérimentale auprès des ergothérapeutes mais également de tous les acteurs qui gravitent autour de la prise en soins de la brûlure. L'intelligence émotionnelle est une variable qui permettrait de découvrir et comprendre le fonctionnement des ergothérapeutes dans la gestion

de leurs propres émotions, celles de leurs patients et de leur entourage. Cette étude permettrait d'étendre les échantillons de réponses et d'ouvrir l'analyse aux autres acteurs afin de valider ces hypothèses.

Références

- Alexandre, A., & Lefèvre, G. (2012). *Chapitre 17. Analyse de l'activité en ergothérapie ou pourquoi créer ses propres jeux?* De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/ergotherapie-en-pediatrie--9782353270934-page-253.htm>
- Alexandre A., Lefèvre, G., Palu, M., & Vauvillé, B., (2015). *Ergothérapie en pédiatrie*. De Boeck-Solal.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence : Insights from the Emotional Quotient Inventory. In *The handbook of emotional intelligence : Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*(p. 363-388). Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence. *Psicothema, 18 Suppl*, 13-25.
- Bioy, A., Bénony, H., Chahraoui, K., & Bachelart, M. (2012). Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'Évolution Psychiatrique, 77*(3), 342-351. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.02.003>
- Brackett, M., Mayer, J., & Warner, R. (2004). Emotional Intelligence and its Relation to Everyday Behaviour. *Personality and Individual Differences, 36*, 1387-1402. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00236-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00236-8)
- Centre National de ressources textuelles et Lexicales (CNRTL). Définition de la brûlure. Consulté le 29 octobre 2021, à l'adresse <http://www.cnrtl.fr/>
- Chanlat, J.-F. (2002). Emotions, organisation et management : Une réflexion critique sur la notion d'intelligence émotionnelle. *Travailler, 10*, 113-132.

- Chekaroua, K., & Foyatier, J.-L. (2005). Traitement des séquelles de brûlures : Généralités. *EMC - Chirurgie*, 2(2), 153-161. <https://doi.org/10.1016/j.emcchi.2005.01.002>
- Collier, R. (2012). Professionalism : What is it? *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 184(10), 1129-1130. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4211>
- Dejoux, C., Dherment-Férère, I., Wechtler, H., Ansiau, D., & Bergery, L. (2011). Emotional Intelligence and Decision Making. *Gestion 2000*, 28(3), 67-81. <http://doi:10.3917/g2000.283.0067>
- De, M., & Rossi, G. (2012). The Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) : Evaluation of Psychometric Aspects in the Dutch Speaking Part of Belgium. *Psychology – Selected Papers*. https://www.academia.edu/10634079/The_Bar_on_Emotional_Quotient_Inventory_EQ_i_Evaluation_of_Psychometric_Aspects_in_the_Dutch_Speaking_Part_of_Belgium
- Descamps, H., Baze Delecroix C. & Jauffret E. (2001). Rééducation de l'enfant brûlé. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 26-275-D-10
- Devereaux, E. B. (1984). Occupational therapy's challenge : The caring relationship. *American Journal of Occupational Therapy*, 38(12), 791-798. <https://doi.org/10.5014/ajot.38.12.791>
- Deswarte, E. (s. d.). *La proxémie*. Psychologie-sociale. Consulté le 25 novembre 2021.
- Echinard, C., & Latarjet, J. (2010). *Les brûlures*. Masson.
- Edgar, D., & Brereton, M. (2004). Rehabilitation after burn injury. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 329(7461), 343-345. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7461.343>

- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd.). Mallet conseil. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>
- Jault, P., Bargues, L., Leclerc, T., & Le Bever, H. (2010). Prise en charge des brûlures graves. In J.-J. Lehot & C.-C. Arvieux (Éds.), *Réanimation et urgences* (p. 291-303). Springer. https://doi.org/10.1007/978-2-287-99129-5_16
- Kaplan, D. E. (2019). Emotional Intelligence in Instructional Design and Education. *Psychology*, 10(02), 132-139. <https://doi.org/10.4236/psych.2019.102011>
- Larousse. (s. d.). Chéloïde. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 25 octobre 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ch%C3%A9lo%C3%AFde/15068>
- Larousse. (s. d.). Sévices. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 25 octobre 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%A9vices/72443>
- Larousse. (s. d.). Verbatim. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 25 octobre 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/verbatim/81475>
- Le Robert. (s. d.). Holisme. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 25 octobre 2021 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/holisme>
- Le Robert. (s. d.). Phlyctène. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 25 octobre 2021 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/phlyctene>
- Maela, P. (2012). The support approach as a specific professional position. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 13-20.
- Manoukian, A. (s. d.). *La relation soignant-soigné*, 4e édition. Consulté le 25 octobre 2021, à l'adresse <https://www.espaceinfirmier.fr/boutique/livres/G10854/la-relation-soignant-soigne-4e-edition.html>

- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554-564. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Mayer, J., Caruso, D., & Salovey, P. (2000). Selecting a measure of emotional intelligence. *The handbook of emotional intelligence*, 320-342.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Cherkasskiy, L. (2011). Emotional intelligence. In *The Cambridge handbook of intelligence* (p. 528-549). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511977244.027>
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional Intelligence : Theory, Findings, and Implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? Dans P. Salovey, & D. Sluyter, *Emotional Development And Emotional Intelligence. Educational Implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mckenna, J., & Webb, J. (2013). Emotional Intelligence and the Occupational Therapist. *The British Journal of Occupational Therapy*, 76, 427-430. <https://doi.org/10.4276/030802213X13782044946382>
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : Entre alliance et distance. *Actualites en analyse transactionnelle*, 144(4), 12-40.
- Plancq, M. C., Goffinet, L., & Duquennoy-Martinot, V. (2016). [Burn child specificity]. *Annales De Chirurgie Plastique Et Esthetique*, 61(5), 568-577. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2016.06.009>

- Rienmeyer, H., & Rochet, J.-M. (2011). Principes et rééducation de la main brûlée adulte en phase secondaire. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, 27(2), 74. <https://doi.org/10.1007/s11659-011-0269-9>
- Rondeau-Boulanger, É., & Drolet, M.-J. (2016). Continuité et discontinuité dans les trajectoires de soins de personnes ayant une problématique complexe de santé : Perceptions d'ergothérapeutes – une étude exploratoire. *BioéthiqueOnline*, 5. <https://doi.org/10.7202/1044266a>
- Rousseau, A.-F. (2018). *Brûlures & brûlés : Soins & traitements* (Vol. 1-1). Médicilline.
- Salovey, P., & Grewal, D. (2005). The Science of Emotional Intelligence. *Current Directions in Psychological Science*, 14(6), 281-285. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00381.x>
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.003>
- Simonnet-Guéréau, B. (2014). *Construire la relation en ergothérapie*. Érès. <https://www.cairn.info/etre-ergotherapeute-en-psychiatrie--9782749241227-page-193.htm>
- Sureau, P. (2018). *Relation de soin et handicap : Pour une approche humaine et éthique de situations complexes*. Seli arslan.
- Tremblay, J.-M. (2005, février 2). *Les Classiques des sciences sociales : Marcel Mauss, Manuel d'ethnographie (1926)*. http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/manuel_ethnographie/manuel_ethnographie.html

Wassermann, D. (2002). Critères de gravité des brûlures. Épidémiologie, prévention, organisation de la prise en charge. *Pathologie Biologie*, 50(2), 65-73.
[https://doi.org/10.1016/S0369-8114\(01\)00271-1](https://doi.org/10.1016/S0369-8114(01)00271-1)

ANNEXES

SOMMAIRES DES ANNEXES

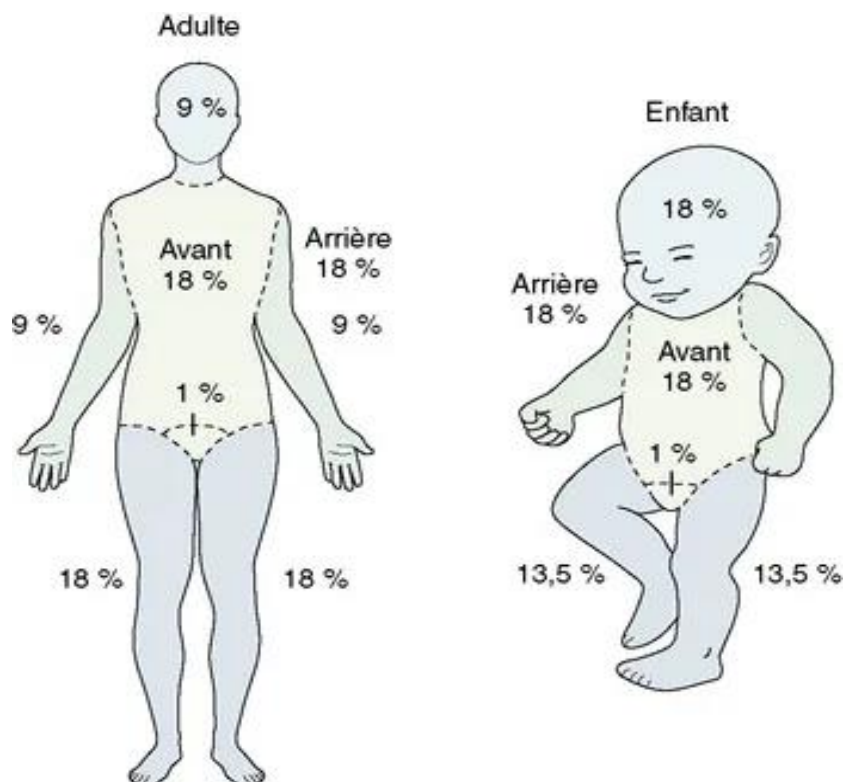
	Pages
<u>Annexe n°1 : Règle des neuf chez Wallace</u>	I
<u>Annexe n°2 : Méthode Lund et Browder</u>	I
<u>Annexe n° 3 : Tableau des différents degrés de brûlures</u>	II
<u>Annexe n° 4 : Graphique des taux d'incidence bruts par classe d'âge</u>	II
<u>Annexe n° 5 : Schéma modèle à 4 branches de l'intelligence émotionnelle (Mayer et Salovey, 1997)</u>	III
<u>Annexe n° 6 : Schéma modèle de Bar-On</u>	IV
<u>Annexe n° 7 : Trame de l'entretien vierge</u>	V
<u>Annexe n° 8 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : La posture professionnelle</u>	VII
<u>Annexe n° 9 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : L'intelligence émotionnelle</u>	VIII
<u>Annexe n° 10 : Formulaire de consentement pour enregistrement (vierge)</u>	IX

<u>Annexe n° 11 : Formulaire de consentement pour enregistrement :</u>	
<u>Entretien n°1 : Mme A</u>	X
<u>Annexe n° 12 : Formulaire de consentement pour enregistrement :</u>	
<u>Entretien n°2 : Mr B</u>	XI
<u>Annexe n° 13 : Retranscription intégrale de l’entretien n°1</u>	
<u>avec Mme A</u>	XII
<u>Annexe n° 14 : Retranscription intégrale de l’entretien n°2</u>	
<u>avec Mr B</u>	XX
<u>Annexe n° 15 : Tableau analyse des résultats</u>	XXIX
<u>Annexe n° 16 : Nuage de mots représentatif de l’entretien n°1</u>	
<u>avec Mme A</u>	XXXIII
<u>Annexe n° 17 : Tableau représentant les occurrences de mots de</u>	
<u>l’entretien n°1 avec Mme A</u>	XXIV
<u>Annexe n° 18 : Nuage de mots représentatif de l’entretien n°2</u>	
<u>avec Mr B</u>	XXXV
<u>Annexe n° 19 : Tableau représentant les occurrences de mots de</u>	
<u>l’entretien n°2 avec Mr B</u>	XXXVI

Annexe n°1 : Règle des neuf chez Wallace

Segment corporel	Surface atteinte	
	Adulte	Enfant
Tête et cou	9 %	17 %
Face antérieure du tronc	18 %	18%
Face postérieure du tronc	18 %	18%
Chaque jambe	18 %	14%
Chaque bras	9 %	9%
Périnée	1 %	1%
Total	100 %	100%

Annexe n°2 : Méthode Lund et Browder



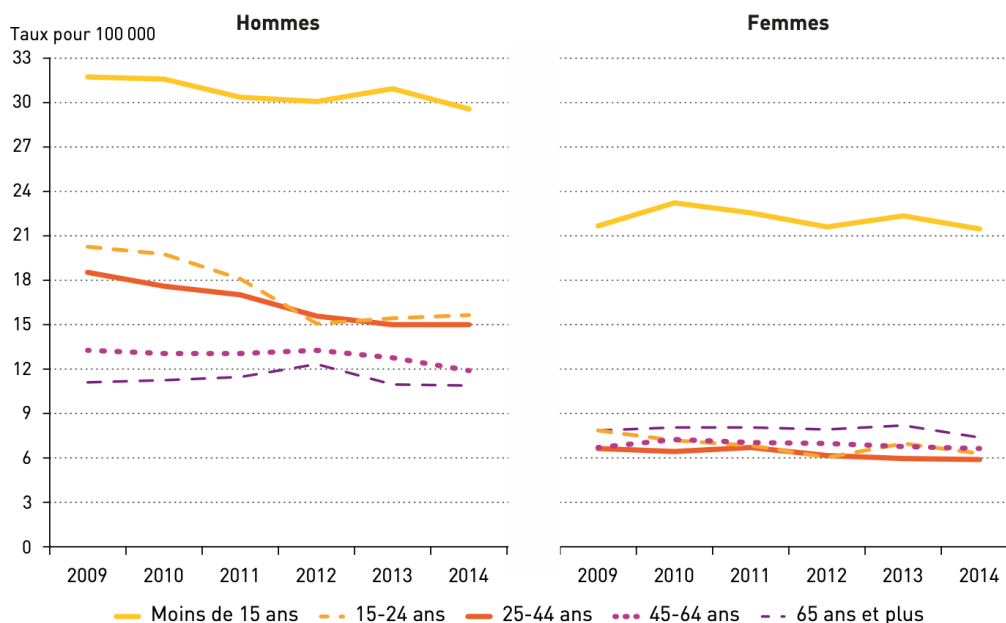
Annexe n° 3 : Tableau des différents degrés de brûlures

	Zone atteinte	Aspects cliniques	Guérison	Traitements
Premier degré	Atteinte de l'épiderme	Rougeur douloureuse Classique «coup de soleil»	4 à 5 jours	Pommade désinfectante Pommade grasse
Deuxième degré superficiel	Atteinte de la portion superficielle du derme	Présence de cloques (phlyctènes). Le fond de la phlyctène est rouge et douloureux.	12 à 15 jours Cicatrice en général minime	Pommade désinfectante Pansement hydrofibre Ag Pommade grasse
Deuxième degré profond	Atteinte du derme profond	Présence de cloques rompues à fond blanchâtre ou rosé. Peu de douleur. Les poils s'arrachent facilement.	Traitement chirurgical probable Cicatrice	Greffe de peau dès confirmation du diagnostic
Troisième degré	Atteinte des trois couches de la peau et même parfois des structures plus profondes (muscles, os, etc.)	Phlyctènes déchirés. La peau est blanche et non douloureuse. Les poils tombent. La peau est rigide comme du carton.	Traitement chirurgical obligatoire Cicatrice	Pas de régénération cutanée spontanée possible: greffe de peau

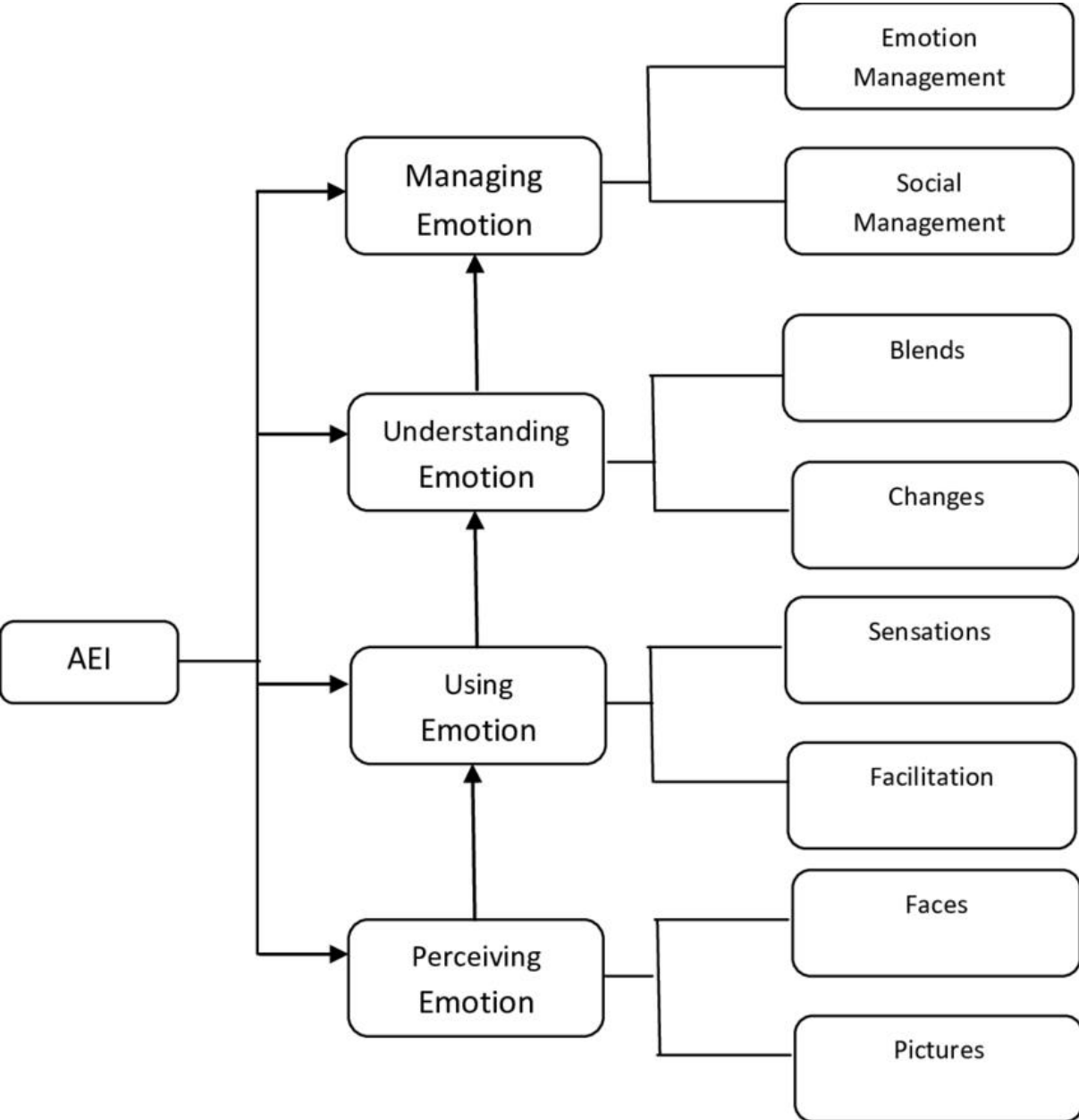
Source : <https://www.chuv.ch/fr/brulures/brul-home/patients-et-familles/comprendre-la-brulure>

Annexe n° 4 : Graphique des taux d'incidence bruts par classe d'âge

FIGURE 7 | Évolution par classe d'âge des taux d'incidence bruts (pour 100 000 habitants) des hommes et des femmes hospitalisés pour brûlures et résidant en France métropolitaine, PMSI-MCO, 2009-2014



Annexe n° 5 : Schéma modèle à 4 branches de l'intelligence émotionnelle (Mayer et Salovey, 1997)



Annexe n° 6 : Schéma modèle de Bar-On

Modèle EQ-i 2.0 de l'intelligence émotionnelle

PERCEPTION DE SOI

L'amour-propre consiste à se respecter soi-même tout en comprenant et en acceptant ses propres points forts et points faibles. On associe souvent l'amour-propre à des sentiments de force intérieure et de confiance en soi.

La réalisation de soi correspond au souhait d'essayer constamment de s'améliorer et de s'impliquer dans la recherche d'objectifs personnels pertinents et significatifs, qui conduisent à une vie agréable et enrichissante.

La conscience de soi émotionnelle comprend la reconnaissance et la compréhension de ses propres émotions. Elle inclut la capacité à différencier les subtilités inhérentes à ses propres émotions, tout en comprenant leur cause et l'impact qu'elles provoquent sur ses propres réflexions et actions, mais aussi sur celles des autres.

GESTION DU STRESS

La flexibilité consiste à adapter ses émotions, réflexions et comportements à des idées ou à des circonstances dynamiques, imprévisibles et inhabituelles.

La tolérance au stress implique de s'adapter à des situations difficiles ou stressantes et d'admettre que chacun peut gérer ou influencer de façon positive sur les situations.

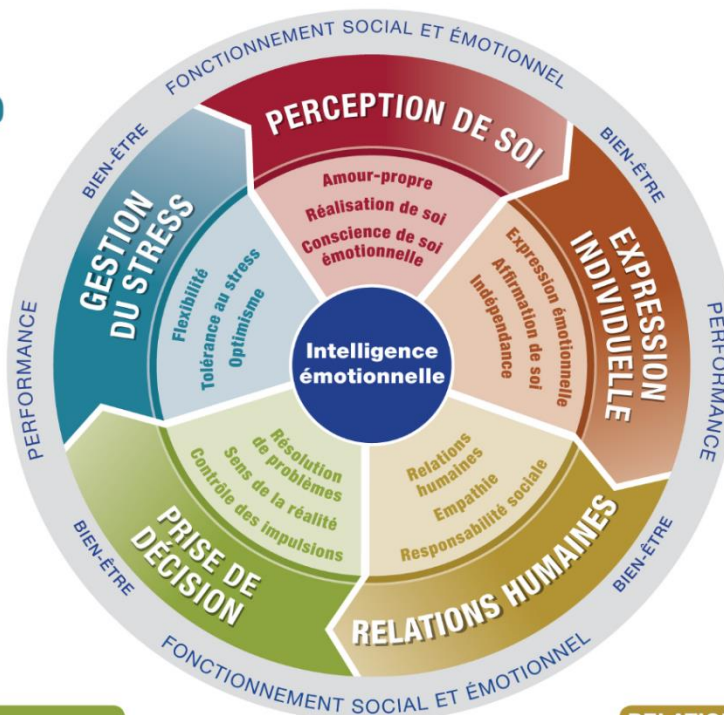
L'optimisme est un indicateur qui révèle l'attitude et la conception de la vie positives adoptées par une personne. Elle implique de rester optimiste et endurant, en dépit des déboires qui peuvent survenir occasionnellement.

EXPRESSION INDIVIDUELLE

L'expression émotionnelle consiste à exprimer ouvertement ses propres sentiments, que ce soit de façon verbale ou non verbale.

L'affirmation de soi inclut la communication ouverte de sentiments, de croyances et de réflexions, mais aussi la défense de ses valeurs et droits personnels d'une façon acceptable au niveau social, non-agressive et non-destructrice.

L'indépendance correspond à la capacité à rester autodirigé et libre de toute dépendance émotionnelle de la part des autres. La prise de décision, la planification et les tâches quotidiennes sont achevées de façon autonome.



PRISE DE DÉCISION

La résolution de problèmes correspond à la capacité à résoudre des problèmes dans des circonstances qui impliquent des émotions. La résolution de problèmes inclut la capacité à comprendre comment les émotions influent sur la prise de décisions.

Le sens de la réalité correspond à la capacité à rester objectif en voyant les choses comme elles le sont vraiment. Cette capacité implique de reconnaître les moments où les émotions ou le parti pris d'une personne peuvent rendre cette dernière moins objective.

Le contrôle des impulsions correspond à la capacité à résister ou à attendre avant d'exprimer une impulsion, une volonté ou une tentation d'action et implique d'éviter les prises de décision et les comportements irréflechis.

RELATIONS HUMAINES

Les relations humaines font référence aux compétences de développement et de maintien de relations mutuellement satisfaisantes, qui sont caractérisées par la confiance et la compassion.

L'empathie consiste à reconnaître, comprendre et prendre en compte les sentiments des autres. L'empathie implique d'être capable d'exprimer votre compréhension d'un point de vue différent du vôtre, et de vous comporter de façon respectueuse envers les sentiments des autres.

La responsabilité sociale correspond à une contribution volontaire à la société, aux groupes sociaux auxquels on appartient et, de façon plus générale, au bien-être des autres. La responsabilité sociale implique d'agir de façon responsable, de faire preuve d'une conscience sociale et de se préoccuper de la communauté dans son ensemble.

Adonnante. (2019, août 26). Intelligence Emotionnelle modèle de Bar-On—Adonnante. Adonnante conseil et formation. <https://www.adonnante.fr/intelligence-emotionnelle-modele-de-bar-on/>

Annexe n° 7 : Trame de l'entretien vierge

Guide/Trame d'entretien : (25-40 minutes)

Thème de mémoire : La posture professionnelle des ergothérapeutes travaillant auprès des enfants brûlés.

Présentation de l'entretien : (5 minutes) « Bonjour, nous nous retrouvons aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'études autour du thème de la posture professionnelle des ergothérapeutes travaillant en pédiatrie brûlologie. J'effectue cet entretien dans une perspective de pré-enquête auprès de plusieurs ergothérapeutes pour prendre en compte leur avis et leur expérience afin d'affiner la question de recherche de mon sujet et d'élaborer ma question de recherche définitive. ».

Question de départ (5 minutes) :

1. Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
 - a. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie ?
(Question de relance)
 - b. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute en brûlologie ?
(Question de relance)

Formations (5 minutes) :

2. Avez-vous eu une formation complémentaire au diplôme d'état d'ergothérapeute ?
3. Comment avez-vous acquis les compétences nécessaires pour la prise en soins des enfants brûlés ?

Situations professionnelles (15 minutes) :

4. Pouvez-vous me raconter une situation que vous avez pu rencontrer lors de votre pratique que vous avez trouvé particulièrement difficile ? → mettre en avant les éléments facilitateurs dans les situations professionnelles.
 - a. Comment avez-vous géré cette situation ? (Question de relance)

5. Pouvez-vous me raconter une situation, que vous avez pu rencontrer lors de votre pratique, où l'accompagnement et l'intervention se sont bien déroulés ? Ou vous n'avez pas rencontré de difficultés ? → mettre en avant les éléments facilitateurs dans les situations professionnelles.

a. Qu'avez-vous retiré de cette situation ? (Question de relance)

Posture professionnelle et distance thérapeutique (10 minutes) :

6. En quoi votre posture professionnelle a-t-elle influencé votre pratique dans le cadre de l'accompagnement des enfants en brûlologie ? → ne pas parler de la juste distance thérapeutique.

a. Avez-vous un exemple de situation où vous avez particulièrement adapté votre posture pour répondre à une situation inhabituelle ? (Question de relance)

7. Selon vous, en quoi votre posture professionnelle influence-t-elle votre pratique quotidienne dans des situations qui peuvent être psychologiquement difficiles ? → si pas fait dans les questions précédentes décrire une situation dans laquelle la distance thérapeutique est mise en jeu différemment et nécessite l'utilisation des émotions.

8. Pouvez-vous me décrire une intervention qui se déroule idéalement auprès de ces enfants ? Comme si vous aviez accès à une baguette magique et tous les pouvoirs pour que ce soit le plus efficace.

Fin de l'entretien : Merci pour votre participation à mon mémoire par cet entretien.

Auriez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en soins en pédiatrie brûlologie, votre posture professionnelle, les émotions ressenties lors de votre pratique à laquelle je n'aurais pas pensé ?

Annexe n° 8 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : La posture professionnelle

Théories/Concepts : (Selon Sureau, 2018 ; Collier, R., 2012 ; Salomon Nasielski, 2012/14 ; Paul, M., 2012 ; Manoukian, A., 2014 ; Bioy, A., Bénony, H., Chahraoui, K., & Bachelart, M., 2012 ; Deswarte, E., 2016 ; McKenna, J. ; Mellson, J.A., 2013 ; Rondeau-Boulanger, É., & Drolet, M.-J., 2016)			
LA POSTURE PROFESSIONNELLE : Variable			
<u>Critères</u>	<u>Indicateurs</u>	<u>Questions</u>	<u>Auteurs</u>
Distance thérapeutique / juste distance	L'intervenant prend la distance physique mais aussi émotionnelle face aux situations rencontrées lors de sa pratique.	6, 7	Deswarte, E., 2016
Alliance thérapeutique	« La combinaison suffisante de proximité et de similitude que le thérapeute affiche avec le client pour que ce dernier lui accorde la confiance nécessaire à la réduction de ses résistances naturelles à changer son cadre de référence. » « La collaboration mutuelle, un partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. »	6, 7	Salomon Nasielski, 2012/14 Bioy, A., Bénony, H., Chahraoui, K., & Bachelart, M., 2012
Communication	Le thérapeute doit communiquer avec ses collègues, le patient et la famille de manière efficace, respectueuse et professionnelle. Adaptation du discours et des modes de communication non verbale pour les enfants en bas âge par exemple.	6, 7	Collier, R., 2012
Posture / professionnalisme	« Une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donné. C'est une attitude 'de corps et d'esprit' » Changement de posture en fonction des situations, adaptations du thérapeute.	6, 7	Paul, M., 2012 ; Collier, R., 2012
Relation	« L'ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles » « Rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires »	6, 7	Manoukian, A., 2014

Annexe n° 9 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : L'intelligence émotionnelle

Théories/Concepts : (Selon Mayer, Salovey et Caruso, 2000 ; Mayer et Salovey, 1997 ; Salovey et Grewal, 2005 ; Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Cherkasskiy, L., 2011 ; Mayer, Salovey, & Caruso, 2004 ; Bar-On, 2002 ; Brackett, M. A., Mayer, J. D., & Warner, R. M., 2004)			
L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE : Variable			
<u>Critères</u>	<u>Indicateurs</u>	<u>Questions</u>	<u>Auteurs</u>
La perception des émotions chez soi et chez les autres	Le thérapeute est capable d'identifier les émotions du patient et de son entourage qui peuvent avoir un impact sur le déroulement de la prise en soins.	4, 5	Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Cherkasskiy, L., 2011 Mayer et Salovey, 1997 Mayer, Salovey et Caruso, 2000 Bar-On, 2002
L'utilisation des émotions pour faciliter la prise de décision	Le thérapeute est capable d'utiliser ses émotions et celles de son patient et de son entourage comme levier thérapeutique.	4, 5	Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Cherkasskiy, L., 2011 Mayer et Salovey, 1997 Mayer, Salovey et Caruso, 2000 Bar-On, 2002
La compréhension des émotions	Le thérapeute est capable de comprendre les émotions qu'il ressent en lien avec la prise en soin. Il est aussi capable de comprendre les émotions de la famille et de l'enfant lors de l'annonce d'événements à venir par exemple.	4, 5	Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Cherkasskiy, L., 2011 Mayer et Salovey, 1997 Mayer, Salovey et Caruso, 2000 Bar-On, 2002
La régulation des émotions chez soi et chez les autres	Le thérapeute est capable de contrôler ses émotions pour les transformer en levier thérapeutique et éviter qu'elles ne deviennent des obstacles. Il est capable de faire de même avec les émotions de l'enfant et de son entourage.	4, 5	Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Cherkasskiy, L., 2011 Mayer et Salovey, 1997 Mayer, Salovey et Caruso, 2000 Bar-On, 2002

Annexe n° 10 : Formulaire de consentement pour enregistrement (vierge)



Formulaire de **consentement pour films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres**

Je, soussigné(e) : _____
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant _____ en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire, pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autres fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne consentante

Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : _____
Lieu de signature

Date : _____
Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est à conserver par les deux personnes concernées.



Institut de Formation en Ergothérapie
de Toulouse

Annexe n° 11 : Formulaire de consentement pour enregistrement :
Entretien n°1 : Mme A



**Formulaire de consentement
pour films, enregistrements sonores,
magnétoscopiques et autres**

Je, soussigné(e) : _____
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant
BONZOM Lisa en formation à l'Institut de Formation en
Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par
l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire,
pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en
Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon
à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autre fins que pour le travail de
recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage
qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne consentante

Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : Auch
Lieu de signature

Date : 08/04/2022
Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire
conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel
titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est à **conserver** par les deux personnes
concernées.



Institut de Formation en Ergothérapie
de Toulouse

Annexe n° 12 : Formulaire de consentement pour enregistrement :
Entretien n°2 : Mr B



Formulaire de consentement
pour films, enregistrements sonores,
magnétoscopiques et autres

Je, soussigné(e) : _____
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant BONZOM Lisa en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire, pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autres fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne consentante

Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : Montégut

Lieu de signature

Date : 15/02/2022

Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est à **conserver** par les deux personnes concernées.



Institut de Formation en Ergothérapie
de Toulouse

Annexe n° 13 : Retranscription intégrale de l'entretien n°1 avec Mme A

Entretien 1 (15/02/2022)

Lisa : « Mon mémoire tourne autour de la posture professionnelle des ergothérapeutes qui travaillent pédiatrie brûlologie. J'ai complètement changé de sujet de mémoire à la suite du stage à Roquetaillade. Au début j'étais partie sur la gériatrie et les approches multisensorielles. »,

Mme E : « Ah oui rien à voir en effet. »,

Lisa : « Après le stage à Roquetaillade j'ai complètement changé de sujet. L'entretien va durer entre 20 et 30 minutes. »,

Mme E : « Pas de problème. Vas-y dis-moi. »,

Lisa : « Est ce que tu peux d'abord me parler de ton parcours professionnel s'il te plait ? »,

Mme E : « Alors j'ai fait deux structures seulement. J'ai été diplômée en juillet 2017. J'ai fait une première structure où j'ai commencé à travailler pendant 3 semaines en intérim en SSR gériatrique près de Troie dans le nord-est de la France. Et ensuite j'ai commencé à Roquetaillade en remplacement sur un poste de neurologie. J'ai travaillé pendant 5 mois pendant le temps de remplacement du congé maternité et ensuite une de mes collègues qui était au poste du secteur d'orthopédie, et donc des brûlés, est partie donc on m'a proposé le CDI à ce poste et depuis j'y suis. »,

Lisa : « Et du coup depuis combien de temps exerces-tu en pédiatrie ? »,

Mme E : « Alors j'ai commencé en octobre 2017 en pédiatrie donc ça fait 4 ans et demi / 5 ans. »,

Lisa : « Et du coup la brûlologie 5 mois après ? »,

Mme E : « 5 Mois après oui. »,

Lisa : « Ok, ça marche. »,

Mme E : « Donc ça fait 4 ans quoi. »,

Lisa : « Est ce que tu as fait des formations complémentaires par rapport à ton diplôme ? »,

Mme E : « Oui j'ai eu en septembre le DU de brûlologie que j'ai passé à Paris. »,

Lisa : « D'accord. »,

Mme E : « Du coup sur mon CV je peux rajouter que je suis brûlologue. »,

Lisa : « Avant de commencer ce DU tu travaillais déjà en brûlologie, comment tu as acquis les compétences nécessaires pour la prise en charge un peu spécifique de la brûlure avant de faire le DU ? »,

Mme E : « Globalement c'est beaucoup de formation par mes collègues. J'ai mon cadre qui est ergothérapeute qui était à mon poste avant et il s'occupait lui aussi des brûlés. C'est lui qui m'a formé par rapport à tout ce qui est appareillage par exemple, dans les prises de mesures j'ai été formée par Médical Z qui est une société qui fabrique les vêtements compressifs. Et ensuite j'ai pas mal discuté avec mes collègues kinés par rapport à tout ce qui est les postures, les massages et j'ai lu des articles aussi bcp, je me suis pas mal renseigné là-dessus j'ai fait lire un peu pour voir quel était le mieux. Mais je n'ai pas fait de formation de base en brûlure en dehors des quelques cours que j'ai eu en école qui sont très light d'ailleurs, je n'ai pas eu plus que ça quoi. »,

Lisa : « D'accord. Est-ce que tu peux me raconter une situation professionnelle que tu as rencontrée pendant ta pratique en pédiatrie brûlologie que tu as trouvée particulièrement difficile. »,

Mme E : « [souponne]. Attends je réfléchis parce qu'il y en a eu quelques-unes quand même. »,

Lisa : « Il n'y a pas de soucis, prends ton temps justement. »,

Mme E : « J'ai eu le cas d'une petite fille, ce n'était pas la première enfant que j'ai suivie mais c'est le premier cas difficile que j'ai rencontré. C'était une jeune fille... quoique, attends je réfléchisse parce que ... Non le plus dur que j'ai rencontré en premier c'était un petit garçon qui s'était brûlé au Cameroun et qui avait été rapatrié par une association qui paye des opérations pour les enfants et qui les rapatrie en France pour traiter leur handicap leur maladie etc. Ce petit garçon avait été rapatrié en France, il a eu une opération au niveau du cou et de la bouche et ensuite il a été suivi chez nous. Ce petit garçon il devait avoir 3 ans, je pense à quelque

chose comme ça. Donc il était seul chez nous avec une famille d'accueil qui l'avait recueillie et qui l'accompagnait. Donc ce qui avait été difficile dans ce suivi c'était surtout le lien avec la famille d'accueil qui était très accrochée avec ce petit garçon et avec qui on a eu beaucoup de mal à créer un lien de confiance et à mettre en place tout le suivi et tout l'appareillage nécessaire pour cet enfant. Je pense qu'il était un peu trop impliqué dans le suivi et donc ça a été super compliqué, ce petit garçon avait des problèmes d'attachement aussi on avait du mal... Enfin il développait des troubles du comportement dus à son absence de repère dans la structure. On l'a gardé pendant un certain temps et il y a eu beaucoup de conflits avec la famille d'accueil parce que ce qui était mis en place au centre était refusé ou enlevé ou modifié à la maison donc il revenait on avait tout à recommencer et la communication était vraiment très très compliquée. »,

Lisa : « D'accord. Et du coup comment est-ce que tu as géré la situation, avec l'équipe comment vous avez géré la situation ? »,

Mme E : « Bah on a essayé de faire au mieux, on a fait des réunions pour en discuter pour essayer de trouver des approches différentes auprès de cette famille, pour essayer de faire passer les informations de manière à ce que ce soit bien interprété et pas ... comment dire... On a essayé de se faciliter les choses au maximum et puis finalement on a un peu... on n'a pas laissé tomber mais si tu veux on a assoupli nos attentes auprès de cette famille pour que au moins le minimum des soins soient fait. On a pas mal discuté en équipe, on a fait des réunions, on a reçu la famille d'accueil avec l'association qui avait rapatrié cet enfant en France pour essayer de trouver des solutions. »,

Lisa : « D'accord et est-ce que toi personnellement en dehors, si j'ai bien compris c'était la communication et l'acceptation de la famille, qu'est-ce que toi personnellement tu as trouvé difficile sur cette situation te concernant ? »,

Mme E : « Moi ce que j'ai trouvé difficile c'est de voir ce petit garçon blessé, parce qu'il était vraiment vraiment beaucoup blessé tu vois c'est très impressionnant comme brûlure. Et puis moi j'étais jeune diplômée et je venais à peine de commencer et de voir toutes ces blessures auprès de cet enfant et d'en plus ne pas maîtriser complètement le sujet parce que ça faisait peut-être être 6 mois que j'avais commencé en brûlure. Je me suis retrouvé à devoir faire des appareillages hyper-complexes pour cet enfant et je pense que si je le voyais maintenant ce se passerait différemment tu vois. Le fait de manquer d'expérience, d'essayer de faire au mieux et qu'en plus la communication avec la famille pour moi c'était vraiment vraiment particulier quoi. Parce que du coup même quand il s'agissait de répondre aux questions des familles, enfin de la

famille d'accueil je faisais ce que je pouvais mais je n'avais pas forcément toutes les réponses et je n'étais pas convaincu moi même que ce que je faisais comme appareillage ce soit le mieux. »,

Lisa : « D'accord oui. »,

Mme E : « Quand je reprends la situation maintenant et que j'y réfléchis je me dis il y a des choses que je ferais complètement différemment maintenant. »,

Lisa : « D'accord, ok. Merci. A contrario est ce que tu peux me raconter une situation que tu as rencontrée ou l'accompagnement et l'intervention se sont bien déroulés, ou tu n'as pas rencontré de difficulté ? »,

Mme E : « Oui oui oui j'en ai eu quelques-unes... Tu veux une situation en particulier ? »,

Lisa : « Je veux une situation où tu n'as pas forcément rentrée de difficulté et avec laquelle tu peux peut-être me dire ce que tu peux retirer d'une situation qui se déroule bien. »,

Mme E : « D'accord. Une situation qui s'est bien passée c'était récemment là un petit garçon qui s'est brûlé les deux paumes de main sur une porte de four ou la maman est arrivée avec beaucoup de questions et beaucoup d'inquiétude et en fait on a mis en place au centre de l'éducation thérapeutique. Donc du coup on a maintenant si tu veux un entretien d'accueil avec les médecins et tous les intervenants. Donc la maman était présente, on a pu lui expliquer le déroulé des semaines à venir, comment on allait mettre en place les appareillages, à quoi ils vont servir... Et ensuite moi j'ai repris cette maman avec moi et je lui ai remontré un petit peu ce qui allait se passer et tout s'est super bien déroulée, elle nous a laissé faire pour tout, elle a compris les enjeux et du coup la communication elle s'est super bien passée, le petit a très bien évolué. Je l'ai revu récemment en consultation et c'est vraiment une évolution qui est très bonne. Même si on continue les appareillages la confiance elle est là si tu veux, donc ça se passe super bien. Et puis c'est toujours agréable d'être avec des parents, quand la communication elle est bonne si tu veux on peut discuter de plein d'autres choses, les séances elles se passent bien, s'ils ont des questions ils n'hésitent pas à les poser, l'enfant tu sens qu'il est plus détendu et que ça va quoi. Et donc pour ce petit là c'était vraiment une très bonne prise en charge. »,

Lisa : « D'accord. Et du coup qu'est-ce que toi tu as pu retenir de cette situation qu'est ce qui serait facilitateur, essentiel... ? »,

Mme E : « Ce qui est essentiel c'est d'expliquer aux parents ce qui va se passer. C'est de leur expliquer pourquoi on met les choses en place ? À quoi ça sert ? Pendant combien de temps on va le faire ? Quel est l'objectif à atteindre ? Parce que s'ils ne comprennent pas ça ils ne peuvent pas entrer, s'impliquer dans le soin. C'est vraiment hyper important de tout leur montrer de tout leur expliquer de pas leur mentir et de leur donner vraiment des objectifs clairs et de les revoir régulièrement pour leur réexpliquer les choses et de les impliquer dans les soins, en leur disant il faut que vous fassiez ça comme ça, on leur montre d'abord les choses et ensuite c'est eux qui font. Et quand ils ont tout ça en main, en général ça se passe bien. »,

Lisa : « D'accord. Très bien merci. Après, j'ai des questions qui vont porter sur le thème de la posture professionnelle. Du coup, en quoi est ce que ta posture pro elle influence ta pratique dans le cadre de l'accompagnement de ces enfants ? C'est à dire qu'est-ce que ton positionnement face aux patients, face à l'équipe, face aux familles, qu'est ce qui est important... ? »,

Mme E : « Ce qui est important déjà c'est de rester à sa place c'est à dire que moi je suis ergothérapeute, je ne suis pas médecin déjà. Donc je réponds aux questions qui me concernent moi. Qui concerne les appareillages, qui concerne les vêtements compressifs, l'hydratation ou les massages, les postures mais par contre tout ce qui concerne la suite, les temps de séjour, les traitements, tout ce qui ne me concerne pas moi en tant qu'ergothérapeute je n'y répond pas. Donc je dis au parent, j'oriente les parents vers la personne concernée, vers les médecins et pareil tout ce qui concerne les kinés, donc les jets filiformes ou même d'autres sujets dès fois qui sont abordés avec les kinés, tout ce qui est la posture pour les enfants je ne réponds pas à ce genre de questions parce que ça ne me concerne pas moi. Donc ça c'est vraiment important de ne pas venir empiéter sur les autres professionnels et d'avoir chacun son petit travail à lui et de répondre aux questions qui nous concerne tu vois. Même tout ce qui est la cicatrisation, les plaies, etc moi ce n'est pas que je n'y connais rien mais ce n'est pas à moi de répondre à ça tu vois. C'est aux infirmières parce qu'elles elles maîtrisent la cicatrisation, elles peuvent dire aux parents combien de temps ça peut durer, à quel état de cicatrisation est rendu l'enfant donc ça c'est super important. Et ensuite il faut discuter avec ses collègues, c'est vraiment important de parler tous ensemble parce que ça évite les doubles discours ou les informations données et qui n'ont pas été discutées en équipe et donc c'est vraiment important d'avoir des temps d'équipe pour dire la tel jour on dit ça à cette maman parce qu'elle a besoin d'avoir cette information là mais on ne va pas commencer à parler de tout n'importe comment n'importe quand parce que les parents après ils sont perdus. Donc c'est super important de rester très, comment dire ? ... Faut être rigoureux par rapport à ça. »,

Lisa : « D'accord. »,

Mme E : « Tu parles de ce qui te concerne et en plus de ça quand tu fais quelque chose avec l'enfant quand tu dis quelque chose à un parent tu informe tes collègues. Comme ça ils ne tombent pas des nues après si jamais les parents leur en parlent à eux. »,

Lisa : « D'accord Et du coup si on reprend l'exemple d'une situation qui a pu être difficile, même si je puis dire psychologiquement difficile comment tu sa adapté sa posture pro pour répondre à cette situation inhabituelle ? »,

Mme E : « J'ai eu une maman par exemple comme ça qui avait tendance à souffler le chaud et le froid à aller chercher des informations à droite pour aller les dire à gauche et puis finalement tu vois qu'elle cherchait des informations un peu partout, auprès de tous les professionnels et elle posait les mêmes questions et en fonction de ce qu'on répondait du coup elle réussissait à un peu à jouer avec nous si tu veux. Et du coup cela mettait tout le monde en porte à faux. Et donc dans ces cas-là moi par exemple j'ai décidé juste d'arrêter de répondre aux questions. Et d'orienter vers le médecin directement pour qu'il n'y ait qu'un seul interlocuteur et que comme ça cela soit plus facile et ça ne nous mette pas en porte à faux tu vois »,

Lisa : « D'accord, oui. »,

Mme E : « Parce que c'est difficile de se retrouver face à un parent qui te dis ah non mais moi ce n'est pas ce qu'on m'a dit votre collègue il m'a dit s'il m'a dit ça. Et donc toi tu te retrouves bête parce que tu ne sais pas si c'est vrai déjà, tu ne sais pas ce que ton collègue à dis, et donc te retrouver à dire l'inverse que ce que ton collègue a dit c'est hyper compliqué. Et ce n'est pas facile à vivre parce qu'après ça met des tensions dans l'équipe, tu vas voir ton collègue en lui disant tu as dit ça alors que si ça se trouve c'est complètement faux, tu ne peux pas savoir. Donc dans ces cas-là je stop la conversation et j'oriente vers quelqu'un d'autre. Et souvent c'est le médecin parce que c'est lui qui est censé être référent de la prise en charge et c'est lui qui a le dernier mot sur certains sujets quoi. »,

Lisa : « D'accord. Et ça donc c'est dans la relation avec les familles et est-ce que dans la relation avec les patients tu as pu rencontrer directement des difficultés auprès des patients qui pourraient être on va dire psychologiques pour toi ? Avec peut-être la mise en jeu des émotions, qui peut faire référence à quelque chose qui te touche particulièrement toi ? »,

Mme E : « Oui. Ce que je trouve difficile c'est quand je vois des enfants seuls. Qui ont été placés ou qui ont vécu des choses qu'ils ne devraient pas vivre à leur âge. Je trouve que ça ce

n'est pas toujours simple à vivre mais c'est un peu triste à dire mais je m'y suis habituée si tu veux. J'ai pris la distance nécessaire pour ne pas être trop touchée par ça. C'est à dire qu'il y a des choses qui me révolte, les enfants qui sont seuls, qui sont triste qui sont blessés et en fait il n'y a aucune figure parentale à laquelle ils peuvent se rattacher je trouve ça très triste et hyper révoltant mais pour autant ça ne prend pas le dessus sur moi alors que ça a pu être le cas au tout début quand j'ai commencé. »,

Lisa : « D'accord du coup maintenant tu sais mettre ... »,

Mme E : « Oui je mets la distance nécessaire pour ne pas rentrer chez moi et être trop triste tu vois. »,

Lisa : « Ok merci. J'ai une dernière question. Est-ce que tu peux me décrire une situation qui se déroulerai idéalement comme si tu avais tous les pouvoirs, une baguette magique, tout ce que tu veux, même si les situations sont difficiles parce que ça reste de la brûlure, que les suivis sont longs, comment ça pourrait se passer dans l'idéal ? »,

Mme E : « Ce que j'aimerais c'est que tous les parents entrent dans le programme d'ETP qu'on a mis en place au centre parce que je trouve qu'il y a tout ce qu'il faut dedans, c'est à dire il y a de la communication avec les parents, il y a de l'information auprès du patient, ce qu'il faudrait c'est un suivi régulier pertinent avec un chirurgien. Que tout soit mis en place en termes d'appareillage quand ils sont en centre mais aussi quand ils sont à la maison, que tout soit suivi comme le protocole l'indique, qu'il y ait une bonne communication avec les parents qu'on ait régulièrement des mails, des photos des choses comme ça. Ça aide vraiment ça garder du lien à avoir un suivi qui est au plus proche de l'enfant, au plus proche de ces besoins. Et puis, et voilà je crois que c'est vraiment ça qui est important de rester en contact et que la communication et toutes les informations soient données de façon claire et précise et qu'il n'y ait pas de moment un peu de doute ou in ne sait pas où on va. Parce que des fois ça arrive ou on a des enfants on fait des suivis puis on sait plus trop ou on va, on ne sait pas trop s'il doit sortir, s'il ne doit pas sortir etc... Et ça je trouve ça dommage. »,

Lisa : « Ok, j'ai plus de questions, est ce que tu aurais quelque chose à ajouter sur les soins en pédiatrie brûlure, sur la posture professionnelle, les émotions, peut-être quelque chose à rajouter ? »,

Mme E : « Je crois que en pédiatrie si tu veux c'est hyper important le suivi de l'enfant et le traitement... mettre en place un suivi adapté c'est hyper important mais ce qui est super important aussi c'est de former les parents ou les accompagnants peu importe la personne qui

est autour de l'enfant mais il faut que les personnes qui sont autour de l'enfant quand il sort ils soient tout aussi informées que nous au sujet des brûlures de l'enfant sinon il y a pas d'alliance, c'est vraiment important de créer une alliance avec ces parents ou avec ces accompagnants pour que à la fin on obtienne un résultat qui soit optimal pour l'enfant. C'est surtout ça qui est important. »,

Lisa : « Ok, merci beaucoup, je n'ai plus de questions. ».

Annexe n° 14 : Retranscription intégrale de l'entretien n°2 avec Mr B

Entretien 2 (15/02/2022)

Lisa : « On se retrouve aujourd'hui pour parler de mon mémoire autour de la posture pro des ergothérapeutes qui travaillent en brûlologie pédiatrie. C'est un thème de mémoire que j'ai décidé juste après le stage à Roquetaillade parce que j'étais partie sur un tout autre sujet à la base j'étais sur la gériatrie et les approches multisensorielles »,

Mr B : « Oui je me souviens. »,

Lisa : « Mais j'ai changé de sujet en sortant du stage car la brûlure est quelque chose de très spécifique et le rôle de l'ergo dans cette pathologie est vraiment intéressant donc j'ai voulu aller creuser plus particulièrement cela. »,

Mr B : « Parfait »,

Lisa : « C'est un entretien qui va durer une vingtaine de minutes environ. Les premières questions portent sur votre parcours professionnel, est ce que vous pouvez me le décrire s'il vous plaît ? »,

Mr B : « Je suis diplômé de l'école de Montpellier en 1996. J'ai au bout de 2 ans intégré la structure de Roquetaillade via bon intérim mais j'y suis resté et notamment pour développer la prise en charge de la brûlure parce que j'avais au travers de ma formation initiale abordé pas mal de stage et aussi un remplacement d'été à Malo-les-Bains notamment. Roquetaillade avait déjà des contacts par le biais du médecin chef de l'époque avec notamment les hôpitaux toulousain et Purpan en particulier pour justement mettre une pression pour essayer de développer quelques spécificités et le circuit d'une prise en charge brûlé sur l'établissement. Donc moi ma mission c'était de développer ça avec lui. Il est parti et moi j'ai continué donc de Toulouse on est passé à travailler avec bordeaux rapidement. J'ai un diplôme universitaire de brûlologie, je suis depuis 2007 chef de groupe, en 2013 j'ai eu mon DU de brûlologie, en 2016 je suis passé adjoint de direction avec une formation de gestionnaire des risques et j'ai continué depuis le début à structurer la prise en charge de la brûlure sur l'établissement en y amenant par différent biais, au niveau du projet architectural notamment une salle de jet filiforme des choses comme ça en formant les collègues et en les amenant à se former aussi en extérieur. J'ai envoyé récemment L** faire aussi son DU de brûlologie, elle a que 3-4 ans d'ancienneté mais elle est déjà partie cette formation qui me semble tout à fait indispensable. Je suis moi meme d'ailleurs

trésorier, donc je suis au bureau de la société francophone de brûlologie (SFP), je suis au conseil d'administration depuis pas mal d'année et maintenant au bureau de cette société savante qui est la seule qui concerne la brûlure en France et qui organise tous les schémas de prise en charge, qui organise avec la DGOS un congrès annuel et une revue sur le thème de la brûlure. »,

Lisa : « Ok, ça marche, très bien merci. Du coup maintenant les questions vont porter sur les situations professionnelles. Est-ce que vous pouvez me raconter une situation que vous avez rencontré durant votre pratique et que vous avez trouvé particulièrement difficile ? »,

Mr B : « C'est une question pas facile parce que chaque situation est une situation assez différente de la précédente. On a toujours des patients en brûlure qu'on atteint le fond ou les situations sont très complexe et puis finalement on a toujours une autre situation qui arrive derrière. Moi je dirais deux quand même. Là où je n'étais pas forcément très habitué au départ sur la brûlure et donc celle qui me reste le plus marquant c'est effectivement la première fois ou j'étais amené à prendre en charge un enfant dans une affaire criminelle où la maman avait mis le feu. C'était il y a pas mal d'année, une vingtaine d'année. Effectivement, l'accompagnement scolaire, les différents... Tout ce qui a autour de la brûlure et son développement psychologique ont été compliqué et c'est quelque chose qui m'avait pas mal marqué et que j'ai toujours en tête. C'est des choses quand même qui restent effectivement. Et puis ce qui reste d'une manière générale c'est la culpabilité et la complexité des relations qu'on peut avoir qui peut se nouer avec l'environnement familial c'est plutôt ça et qui fait que de temps en temps on a des éléments marquants, des gens qui s'énervent ou autres, et ça ça reste en tête oui. »,

Lisa : « Du coup sur, par exemple, une situation ou par exemple il y a eu des difficultés relationnelles avec la famille ou bien une situation qui pour vous a été émotionnellement difficile, où les émotions ont été bien mises en jeu, comment vous avez géré la situation, est-ce qu'il y a des facilitateurs, des obstacles à mettre en avant qui sont indispensables d'utiliser. »,

Mr B : « Ce qui n'est pas facilitateur c'est qu'en interne les ressources de l'établissement ne permettent pas de mobiliser des aides particulières, je veux dire des aides psychologiques ou autre. C'est-à-dire que quand on est face à une difficulté le psychologue de l'établissement n'est pas la personne la plus à même de traiter ce collègue, donc forcément on ne va pas le trouver en interne, forcément on n'a pas le temps d'aller se chercher une situation en externe, on ne peut pas parler à la maison, déjà parce que ça doit rester relativement confidentiel puis surtout parce que les gens ne comprendront pas. Donc c'est toujours un peu compliqué effectivement parce qu'on n'a pas réellement de ressource là-dessus. Depuis on a essayé de créer un groupe

de travail sur la brûlure mais ça ne permet pas et même avec le pied de l'ABF, l'association des brûlés de France qu'on fait intervenir ici au sein de l'établissement, c'est vrai que ce groupe de parole s'adresse plus aux parents qu'aux professionnels. Les professionnels sont relativement un peu seuls face à ces situations-là. Je n'ai pas réellement trouvé de... Mis à part une bonne cohésion et un bon relationnel d'équipe c'est la cohésion d'équipe et la communication d'équipe qui a pu mettre des mots certaines fois. Donc c'est vraiment la communication de café qui aide plus qu'autre chose quoi. »,

Lisa : « D'accord, et est-ce que du coup a contrario vous pouvez me raconter, me présenter une situation de votre pratique qui s'est bien déroulée et où vous n'avez pas rencontré de difficulté. Et du coup-là dans l'objectif de cette question c'est de me donner ce que vous retirez d'une situation qui se passe bien ? »,

Mr B : « Une situation qui se passe bien pour moi c'est une communication avec une famille qui fonctionne et une adhésion qui se crée. C'est ça qui est le plus valorisant, c'est quand on a une situation qui est très complexe au début. J'ai souvenir d'une jeune fille du lot qui était très gravement brûlée, enfin pour nous, mais que les parents ne voyaient pas de la même façon. Ils n'avaient pas du tout anticipé les problématiques de croissance inflammatoires, etc. Sur le retentissement esthétique au niveau de la face de la petite. Ils n'ont pas du tout compris pourquoi on mettait un pussinator et autre. Finalement ça a été un peu relativement agressif au début, ils avaient l'impression qu'ont été relativement intrusifs, qu'on en faisait trop ou je n'en sais rien, et qui ont fini par comprendre à force de l'éducation thérapeutique de l'explication des séances etc... au fil de l'eau à comprendre et ils sont devenus des aidants à cette prise en charge... Le discours que j'ai ce n'est pas que les parents se transforment en tant que thérapeutes à la maison etc, on n'en est pas là mais qu'ils soient aidant, qu'ils pensent à faire bien remonter les choses, bien placer les outils, s'alerter et qu'il comprennent surtout les finalités pour les faire passer dans leur discours auprès de l'enfant et pour lisser complètement une prise en charge parce qu'elle doit se faire sur des années et c'est ça qui est le plus compliqué sur la brûlure c'est vraiment ce temps qui est très long et sur lequel il ne faut pas s'épuiser quoi. Et donc les prises en charge qui se passent pour moi le mieux qui me restent en tête c'est plutôt celles pour lesquelles au départ, au début démarre mal comme cette petite fille du lot puis qui au fil de l'eau finissent par se passer bien. On a eu récemment un petit avec une situation un peu différente mais pour moi qui tend vers la même chose mais la finalité pour moi me satisfait vraiment. C'est un petit garçon avec brûlure de main sur une poêle mal prise en charge, à distance vraiment de plusieurs semaines voir moi de la brûlure, toujours pas cicatrisé et vraiment pas bien cicatrisé du tout et très très mal engagé. Il s'agit du fils d'un médecin urgentiste de Bordeaux et donc

quand on convint la maman de venir sur le centre grâce aux efforts de la chirurgienne de bordeaux. On a quelqu'un qui arrive qui est vraiment remonté contre nous, qui n'a pas le temps qui veut partir qui sait tout, enfin bref ça a été très compliqué et on a gardé longtemps cet enfant et puis finalement et assez rapidement malgré tout qui comprend l'environnement brulure, parce que voilà c'est très particulier la brulure, l'impact... Tout le monde se brule mais personne ne sait ce que c'est la grande brulure et donc une maman qui est partie avec le sourire avec un enfant qui était apaisé parce qu'il été très rebelle du haut de c'est 1 an et demi c'était un artiste et puis voilà c'est ça qui moi me satisfait le plus. »,

Lisa : « Merci beaucoup. Je vais avoir des questions maintenant qui portent un peu plus sur la posture professionnelle. En quoi votre posture professionnelle a pu influencer votre pratique dans le cadre spécifique du coup de la brûlure en pédiatrie ? »,

Mr B : « Ma posture professionnelle c'est-à-dire ? Je ne comprends pas trop la question. »,

Lisa : « C'est-à-dire par exemple le positionnement que vous avez pu avoir avec les équipes, on en a un peu parlé, la famille, le patient aussi. Ce qui est essentiel de faire, ne pas faire, de dire, de ne pas dire, voilà qu'est ce qui est important ? »,

Mr B : « Au niveau de la posture qu'est ce qui est le plus aidant, quelle posture est la plus aidante finalement dans cette prise en charge ? »,

Lisa : « Oui et qu'est ce qui se différencierait d'une prise en charge qui n'est pas une prise en charge de brulure par exemple, parce exemple par rapport à la difficulté comme vous l'avez dit c'est des situations qui sont toutes difficiles et qui demandent un suivi très long. »,

Mr B : « Le problème de la brulure vraiment pour moi c'est que ça reste quand meme une pathologie, bon c'est surtout de l'accidentologie en pédiatrie, c'est ce qui fait peut être la différence avec beaucoup la brulure de l'adulte où un tiers c'est des TS (tentative de suicide) ou de l'accident industriel, professionnel ou autre, là on est vraiment sur de l'accident de maison et la plupart du temps sur la responsabilité donc sous le poids de la culpabilité familiale avec potentiellement des séparation ou autre en conséquences donc il y a tout un tas de conséquence, donc déjà la but c'est d'arriver a travailler cette culpabilité par son comportement, son adaptation professionnelle il faut vraiment rester très à la fois didactique il faut expliquer les choses sans trop expliquer parce qu'on perds les gens et on se créer un mur et on bâtit un mur sans le vouloir. Tous les gens qui expliquent pendant 3h ils montent un mur parpaings par parpaings et il ne faut pas rentrer là-dedans il faut vraiment partir sur des choses simples, avoir vraiment pour objectif de créer un partenariat de confiance avec des gens qui ne seront pas des

professionnels mais dans aidants dans cette prise en charge etc et c'est les faire rentrer dans une projection et c'est ça qui est vraiment important. Il faut les projeter parce que c'est long et c'est très particulier la brûlure, ce n'est pas une fracture ou un délogement de membre qui prend 4-6 mois-là c'est vraiment sur des années. Donc la-il faut vraiment les projeter, donc pour les projeter bien sur on a toute l'éducation on met en place des consultations de suivi etc. et ce qui peut être intéressant aussi c'est de s'associer à des associations de représentant des usagers et d'organiser soit même des choses comme ça. C'est à dire qu'il vraiment mettre les patients entre eux, les familles entre elles, créer de la communication et de l'échange pour arriver à s'épauler, à se donner des petits tuyaux et à aider à se projeter, voilà, ça c'est ce qu'il faut conseiller je pense dans cette prise en charge. En aucune manière il faut donner une dimension affective à tout ça parce que bien sûr c'est assez dramatique souvent avec les conséquences qui sont assez redoutable, la brûlure a aussi quelque chose d'assez définitif par rapport à d'autres pathologies. même si nous on est très satisfait de la blancheur, de tout un tas de chose ça reste une cicatrice qui est moche quoi et les gens n'en veulent pas donc il faut vraiment bien raison gardée de l'attitude professionnelle qu'est la notre et de nos objectifs et toujours se repositionner vis-à-vis d'un parents qui... la cicatrice est quelque chose de visible de cette culpabiliser, il faut l'effacer, il faut l'enlever, on pense que le chirurgien d'ailleurs à une gomme magique et que nous même on est ces petites mains.. Non on ne peut pas tout faire et il faut amener les gens vraiment à comprendre ces choses-là. Il faut vivre avec sa cicatrice, les gens ont du mal à comprendre au début que certains enfants ne veulent pas qu'on leur enlève tout en termes de cicatrice, parce que c'est leur passé, c'est leur histoire et leur enlever maintenant ce qui fait leur différence et pour lequel ils se sont beaucoup battus en termes d'intégration etc, c'est plus understandable. Il y a des gens qui ne sont pas très bien quand on leur a redressé le nez tout tordu, ils ne se reconnaissent pas en fait, ils ont lutté pour avoir un nez droit et puis quand il est tout droit et bah il leur manque un truc quoi. »,

Lisa : « Et du coup vous avez parlé justement du ressenti et de la posture professionnelle, du rapport que vous avez avec les parents. Pour une situation qui pour vous, pourrez être difficile à gérer au niveau des émotions ou psychologiquement, qu'est ce qui pour vous personnellement sans prendre en compte l'adhésion de la famille et se soucier de la famille, qu'est ce qui pour vous est important de mettre en place, de développer, la posture à adopter pour vous ? »,

Mr B : « Pour moi c'est-à-dire, moi personnellement ? »,

Lisa : « Oui personnellement au niveau de par exemple une situation qui vous mettrait en difficulté psychologiquement vous, pas forcément en rapport avec la famille ? »,

Mr B : « Le seul flash que j'ai eu dans ma vie professionnelle qui m'a mis en difficulté c'est quand je suis entré dans une salle de soins et que la gamine, dont j'avais le dossier dans main, avait la même date de naissance que ma fille et quand j'ai posé les yeux dessus elle lui ressemblait étrangement. C'est la seule fois où j'ai été complètement déstabilisé, j'ai dû ressortir de la pièce, relire le dossier et je suis re-entré j'avais l'impression d'être dans un mauvais rêve en fait. Mais c'est la seule fois où j'ai été un peu déstabilisé. Je crois que les fois où on se sent déstabilisé c'est les fois où les gens vous agressent ou des choses comme ça quoi en fait, mais il faut toujours raison gardée voir pourquoi les gens crient ou expriment leur colère qui est la leur et qui n'est pas liée à nous directement. Ce qui me met en difficulté c'est plus ça quoi, c'est dès qu'il y a un rapport à soi-même quoi en fait. C'est la seule fois où ça m'a vraiment sauté aux yeux quoi c'est la seule fois vraiment où j'ai été en difficulté quoi. J'ai pris un dossier dans les doigts, je ne connaissais pas la petite je me suis dit tiens elle est née le même jour que ma fille et puis je suis rentré dans la salle de soin j'ai posé les yeux dessus et j'avais vraiment l'impression que c'était elle, effectivement ma fille qui était allongée quoi. C'était la seule fois où ça m'a vraiment frappé comme ça, c'est-à-dire vraiment quand il y a une effraction dans la vie du thérapeute mais dans sa vie privée quoi. »,

Lisa : « Oui c'est ça. Et du coup-là vous m'avez dit que vous êtes sorti de la pièce et après avec le contact justement avec cette jeune fille... ? »,

Mr B : « Et oui parce qu'en fait d'un coup j'ai eu un flash quoi j'avais l'impression d'être dans un espèce de rêve quoi et donc je suis ressorti j'avais toujours le dossier c'était il y a un moment maintenant elle a 18 ans donc elle était petite la gamine je crois avait 5-6 ans, bon elle avait encore le dossier papier donc j'avais le dossier dans les mains je suis ressorti j'ai repris le dossier j'ai regardé la photo, je n'avais pas fait gaffe à la photo au début, je regarder les circonstance, le motif, si il y avait des greffe, le compte-rendu chirurgical enfin voilà je regardais le dossier de ce qui m'intéressait et d'un coup je me suis rendu compte que je regardais l'identité du dossier d'où elle venait, qui était ses parents quel était véritablement son nom parce qu'il y avait qu'un prénom, est ce que j'avais bien lu, les photos etc et puis quand je suis venu et effectivement quand j'ai vraiment vu son visage de près et qu'elle m'a parlé, parce qu'ont été tous avec les champs etc, et bah bien sûr que ce n'était pas ma fille mais c'est vrai que là, je ne m'y attendais pas en fait c'était vraiment une surprise ça m'a mis dehors de la pièce. J'ai vu beaucoup de chose, on m'a vomi dans les poches, n'importe quoi sur les chaussures peu importe mais je ne sais pas il n'y a rien qui me, enfin ce n'est pas que ça ne me touche pas, j'y pense mais voilà on essaye d'agir dans l'intérêt, même si on n'est pas des machines mais voilà.

Donc forcément on pense à certaines situations mais j'ai plutôt tendance à me projeter toujours devant, sur le comment je ferai demain, qu'est ce qui faut adapter à dire etc. »,

Lisa : « D'accord. »,

Mr B : « Voilà, oui oui, mais c'est quand on parle de toi, enfin que ça touche personnellement c'est là où c'est différent. »,

Lisa : « J'ai une dernière question où on en a déjà un peu parlé mais pour vous une intervention qui se déroule dans les meilleures conditions comme si vous aviez une baguette magique et tous les pouvoirs comment ça se déroulerait malgré la prise en soins longue toutes les conséquences des brûlures ? »,

[Temps de pause, réflexion]

Mr B : « C'est compliqué... La prise en charge idéale c'est celle qui est rapide, avec des parents compliants, sans chirurgie secondaire, avec effectivement le plus courts possible qui permet peut-être à l'enfant de passer rapidement, peut être au-dessus de ce qui s'est passé. La prise en charge idéale de toute façon tout dépend de la brûlure. Il ne faudrait pas qu'elle intéresse le visage, etc... parce qu'encore une fois ça reste définitif et donc on ne peut pas parler d'oublier ce qui s'est passé quoi, ça ne ce n'est pas possible. On aimerait que les gens ça soit finalement dans une vie imaginaire formidable mais qui n'existe pas, que la brûlure reste quelque chose d'isolé, quelque fois aigu, isolé mais sur laquelle on puisse passer à autre chose. Je ne pense pas qu'on puisse passer réellement un jour à autre chose. Moi je me souviens, c'est pour ça que je dis ça, je me souviens une fois j'avais été très frappé, il y avait un film à l'ABF qui date un peu mais à l'écran il y avait une jeune fille qui expliquait et parlé de son maquillage médical et donc elle expliquait en long et en large sa brûlure, elle était filmée en gros plan, en plan plus ouvert on voyait ses mains etc et je n'arrivais jamais à voir où elle était brûlée et puis quand j'ai eu un petit copain ça a été difficile et si et là et voilà et je ne sais pas si dans ma vie relationnelle, sexuelle, affective, mon rapport à mon corps, l'exposition à la plage etc... elle en faisait des caisses, c'était très complexe et puis finalement le reportage avance et on la voit se faire maquillée une espèce de boulette inflammatoire, épiloïde ? qui remonte à sa plus tendre enfance, elle expliquait pourquoi elle était dispensée de gym, elle faisait de la psychologie et tout ça et donc vraiment au regard de l'épaule ça tombait un petit peu au-dessus du sein mais vraiment sur le pilier antérieur du creux axillaire et que ça. Donc il n'y a pas de grande et de petite brûlure il y a surtout tout ce qu'on a dans la tête à côté. Donc il ne faut pas se projeter sur les gens. Il y a des gens, des jeunes qui vivent assez bien, je dis assez parce que moi je suis

toujours un peu soucieux, de brûlures de la face et il y en a d'autres qui ne peuvent pas se satisfaire d'une petite boulette sur le décolleté voilà. Donc c'est ça qui est compliqué en fait, voilà. Donc mon idéal c'est que on arrive à oublier tout ça. Pour moi je pense que c'est ça le principal point c'est qu'on arrive à passer au-dessus et vivre à peu près normalement, et nous en tant qu'ergo on aime bien ça hein les gens qui s'insère au mieux dans la vie scolaire, futuramente professionnelle pour nous en pédiatrie, qui arrivent à continuer à avoir des relations familiales sereines et éventuellement après avoir des relations affectives de bonne qualité par la suite enfin une vie normale quoi. »,

Lisa : « D'accord. Et bah merci beaucoup, moi je n'ai plus de question je ne sais pas si vous avez peut-être quelque chose à rajouter sur la pédiatrie la brûlologie, la posture professionnelle ou les émotions ressenties pendant la pratique ? Sinon moi j'ai terminé de mon côté. »,

Mr B : « Non, l'évolution peut être de la société. Au niveau pédiatrique et tout ça puisqu'on disait que les gens étaient quand même il y avait souvent un peu de colère et de culpabilité et je trouve que peut être l'évolution elle s'exprime sous deux terme aujourd'hui la première c'est que aujourd'hui elle est de plus en plus violente cette société donc les choses s'expriment dans le conflit le conflit est très rude et donc ça peut facilement débordé sur l'environnement professionnel et tout ça donc c'est compliqué et puis deuxièmement on est face à des population qui sont de plus en plus pas francophone et autre et on est souvent pas mal en difficulté avec ses réfugiés et autre qui mettent en difficulté tout notre travail puisque tout ce qu'on a dit avant finalement et bah il y a des prérequis et déjà si on arrive pas à parler la même langue et bah c'est complexe quoi. »,

Lisa : « Oui la communication. »,

Mr B : « Donc finalement nous professionnels on patage un peu il peut y avoir des incompréhensions, les autres ils sont un peu suspicieux, empêtré dans des droits de sols, de tape rase, de prise en charge de frais, de police, etc... Que finalement ça vient compliquer notre prise en charge, notre travail a nous de thérapeute finalement qui est plus ou moins droit, carré qu'on essaye d'améliorer et qui est mis à mal tout simplement par un environnement social et quelque fois une communication qui n'est vraiment pas du tout aisé quoi, ou culturellement très éloigné et qui fait qu'on a beaucoup de mal. On est très peu formé nous à prendre en charge les gens de culture différente. Alors nous on est ordre de malte donc on peut avoir des gens qui viennent d'Afrique ou autre mais avec des gens qui viennent de plus loin, de pays de l'est aussi etc dans des situations de très très grande précarité bah on est en difficulté quoi face à un tiers monde qu'on ne comprend pas quoi, dont on ne connaît pas les code donc pour lesquels on est pas du

tout préparé quoi. Donc ça c'est compliqué quoi, ça met en mal tout une équipe d'un coup d'un seul plus personne n'arrive à gérer. De plus en plus moi j'ai loué des contrats, des sociétés de traductions mais ça reste compliqué quoi, au jour le jour il faut vivre avec les gens quoi. Donc ça c'est des choses qui sont un peu nouvelles, depuis quelques années mais qui viennent vraiment nous compliquer la vie quoi. Et personnellement c'est compliqué de ne pas arriver à faire son travail pour des histoires comme ça quoi. »,

Lisa « Ok, merci beaucoup pour votre temps et ces réponses. »,

Mr B : « Merci, on aura l'occasion de lire la production ? »,

Lisa : « Bien sûr L** aussi veut l'avoir mais une fois que le mémoire est finalisé je vous l'enverrai. On le rend début mai et on fait soutenance. »,

Mr B : « Bon courage. »,

Lisa : « Merci beaucoup à une prochaine fois on attend de tes nouvelles. ».

Annexe n° 15 : Tableau analyse des résultats

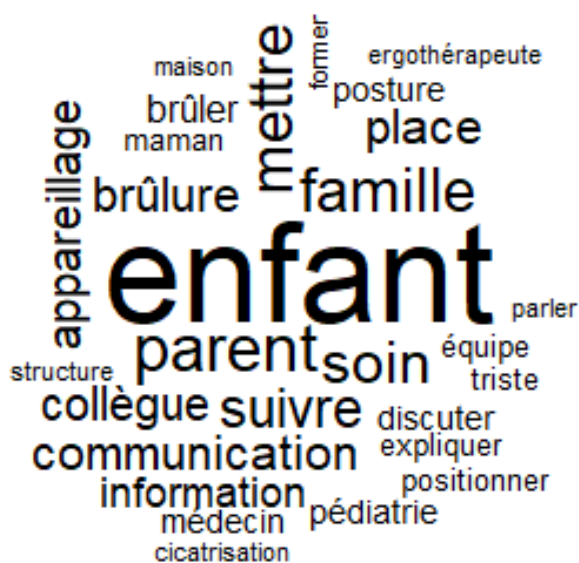
		Mme A	Mr B
Expériences	<u>Parcours de formations</u>	Diplômée en 2017 Diplôme universitaire de brûlologie en 2021	Diplômé en 1996 Diplôme universitaire de brûlologie en 2013 Formation gestionnaire des risques
	<u>Pratique dans le domaine de la brûlologie</u>	SSR gériatrique (3 semaines) CPMPR Roquetaillade depuis Octobre 2017	CPMPR Roquetaillade depuis 1998 Trésorier à la Société Francophone de Brûlologie (SFP)
	<u>Grade du poste actuel</u>	Ergothérapeute en poste dans le service	Ergothérapeute Adjoint de direction en 2016
	<u>Compétences spécifiques en brûlologie</u>	Formation sur le terrain dans la structure avec des collègues (kinésithérapeutes, médecins). Formations des entreprises de vêtements compressifs pour les mesures anthropométriques. Lectures d'articles et recherches approfondies	Stages durant la formation initiale en ergothérapie. Développement de la prise en charge des enfants brûlés dans la structure.
Éléments facilitateurs d'une prise en soins en brûlologie	<u>Alliance thérapeutique</u>		“adhésion”
	<u>Communication</u>	Compréhension des enjeux de la prise en soins → si les parents sont en confiance et posent des question l'enfant est plus détendu lors des séances la communication avec les parents et l'explication sur le déroulé des prises en soins est essentielle	Début de prise en soins difficile qui évolue vers une compréhension de la famille avec l'éducation thérapeutique et les explications lors des séances → famille qui devient coopérante

Éléments facilitateurs d'une prise en soins en brûlologie	<u>Contact avec la famille (éducation thérapeutique)</u>	Entretien d'accueil avec la famille le patient et les intervenant dans un programme d'éducation thérapeutique à l'arrivée du patient	
	<u>Proches aidants</u>		La prise en soins est facilitée lorsque la famille comprend et intégré les soins dans leur quotidien et deviennent aidant dans la prise en soins → Faire remonter les informations à la structure → Bien placer les outils comme les vêtements compressifs ou les orthèses → Alerter la structure lors de changements d'états comme les phases inflammatoires → Appuyer le discours en accord avec la structure auprès de l'enfant (prises en charge sur du très long terme : plusieurs années)
Éléments obstacles d'une prise en soins en brûlologie	Communication	Non coopération et incompréhension de la famille sur les axes de prises en soins de l'enfant, assouplissement des attentes des intervenants, réunions	Famille qui s'énerve,
	<u>Histoire de la brûlure</u>	Brûlure dans un pays en développement avec rapatriement de l'enfant en France pour les soins et placement dans une famille d'accueil	Affaire criminelle, manque de ressources internes de la structure avec accompagnement psychologique des professionnels (présence de groupes de parole en lien avec l'ABF (Associations des brûlés de France) mais principalement pour les familles et pas pour les professionnels) Mise en jeu de la culpabilité de la famille

Éléments obstacles d'une prise en soins en brûlologie			avec l'accidentologie qui est la plus commune des causes de la brûlure avec des conséquences sur le fonctionnement familial
	<u>Refus thérapeutique</u>	Incompréhension de la famille et difficultés à créer un lien de confiance	
	<u>Comportement de l'enfant</u>	Développement des troubles de l'attachement et du comportement avec un changement ou une absence de repères	
	<u>Expérience professionnelle et connaissances</u>	Début de carrière et manque d'expérience face à une situation de brûlure complexe	
Éléments leviers de la posture professionnelle	<u>Équipes professionnelles</u>		Discussions d'équipe et cohésion pour discuter des situations émotionnellement difficiles "communication de café"
Posture professionnelle	<u>Créer un partenariat de confiance avec le patient et surtout la famille → alliance thérapeutique</u>	Que tous les parents ou entourages entrent dans le programme d'ETP à l'arrivée au centre	Prendre en compte l'histoire de l'accident (la culpabilité de la famille dans la plupart des situations) Expliquer toutes les étapes à venir de manière claire et concise (faire passer le message que les prises en soins seront présentes sur plusieurs années) et faire le lien avec des associations pour faciliter ces nouvelles habitudes de vies
	<u>Distance thérapeutique</u>	Mettre la distance pour ne pas être trop touchée par les histoires des enfants	Ne pas mettre en jeu l'affecte et garder une attitude professionnelle avec les objectifs en tête et non uniquement ceux des patients ou de la famille qui peuvent ne pas être réalistes →

Posture professionnelle			acceptation des séquelles et des cicatrices visibles qui ne peuvent pas disparaître
	<u>Juste relationnel</u>	La solitude des enfants, l'histoire de la brûlure	Les parents peuvent parfois s'énerver et il faut s'adapter et comprendre que cette colère est envers la situation générale et non envers le thérapeute en personne → agir dans l'intérêt du patient
	<u>Positionnement dans l'équipe pluriprofessionnelle</u>	Juste répartition des rôles, tâches et missions des professionnelles dans la prise en soins de l'enfant → éviter les doubles discours et faire des réunions d'équipe	
	<u>Communication</u>	Communication avec le patient et la famille ou entourage	
Une prise en soins idéale	Assurer le suivi de la brûlure lors du retour à la maison → communication avec des photos et des mails réguliers sur l'état de la brûlure Formation des parents et/ou des accompagnants Créer une alliance thérapeutique	Rapide → notion de temps Parent compliants → compréhension des soins et acceptation → familles de plus en plus Étrangères (difficultés de communication) et différence de culture La localisation de la brûlure → cicatrice pouvant être cachée esthétiquement et la représentation que le patient se fait de sa brûlure Insertion dans le milieu scolaire, relations familiales et relations affectives	

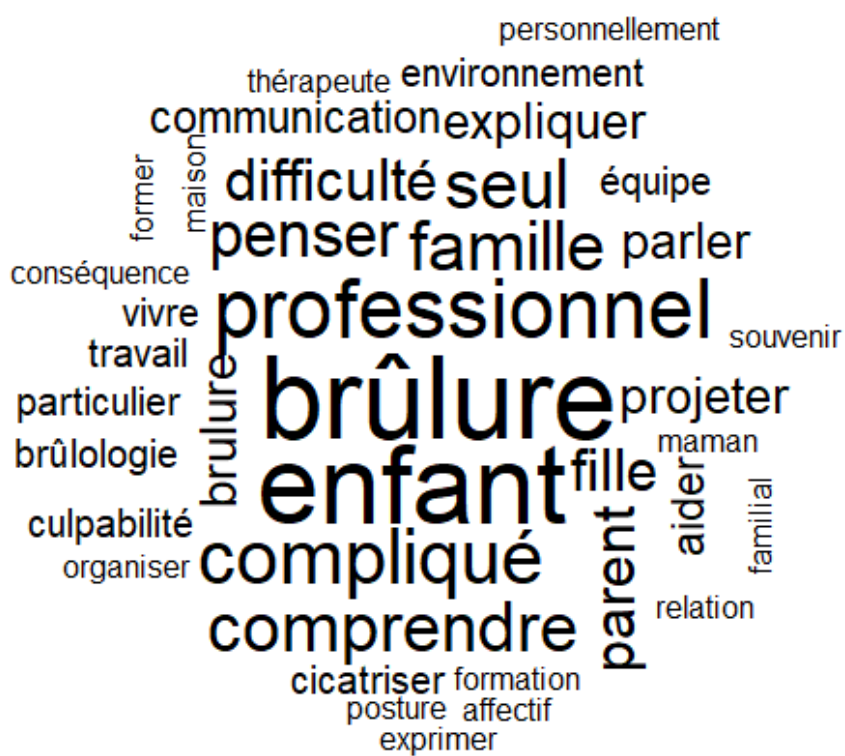
Annexe n° 16 : Nuage de mots représentatif de l'entretien n°1
avec Mme A



Annexe n° 17 : Tableau représentant les occurrences de mots de l'entretien n°1 avec Mme A

<u>Numéro d'entretien</u>	Les occurrences des mots	
	<u>Mots principaux</u>	<u>Nombre de répétition(s)</u>
Entretien n°1 : <i>Mme A</i>	Enfant	32
	Parent	13
	Famille	12
	Mettre	12
	Soin	11
	Suivre (suivi de soins)	10
	Communication	9
	Brûlure	9
	Place (dans l'équipe)	9
	Collègues	8
	Appareillage	8
	Information	7
	Brûler	6
	Pédiatrie	5
	Médecin	5
	Posture	5
	Discuter	5
	Triste	4
	Expliquer	4
	Équipe	4
	Maman	4
	Positionner	4
	Structure	3
	Cicatrisation	3
	Former	3
	Parler	3
	Maison	3
	Ergothérapeute	3

Annexe n° 18 : Nuage de mots représentatif de l'entretien n°2
avec Mr B



Annexe n° 19 : Tableau représentant les occurrences de mots de l'entretien n°2 avec Mr B

<u>Numéro d'entretien</u>	Les occurrences des mots	
	<u>Mots principaux</u>	<u>Nombre de répétition(s)</u>
Entretien n°2 : <i>Mr B</i>	Brûlure	16
	Enfant	15
	Professionnel	11
	Complicé	10
	Seul	9
	Comprendre	9
	Famille	9
	Penser	8
	Parents	7
	Fille	7
	Difficultés	7
	Parler	6
	Expliquer	6
	Brûlure	6
	Projeter	6
	Communication	5
	Aider	5
	Culpabilité	4
	Brûlologie	4
	Particulier	4
	Environnement	4
	Cicatriser	4
	Travail	4
	Vivre	4
	Équipe	4
	Personnellement	3
	Organiser	3
	Conséquences	3

Entretien n°2 : <i>Mr B</i>	Former	3
	Souvenir	3
	Thérapeute	3
	Familial	3
	Relation	3
	Maison	3
	Exprimer	3
	Formation	3
	Affectif	3
	Maman	3
	Posture	3

La posture professionnelle de l'ergothérapeute travaillant en brûlologie pédiatrie : L'utilisation de l'intelligence émotionnelle

Professional position of occupational therapists working in pediatric burns services : the use of emotional intelligence

RÉSUMÉ

La brûlologie est un accident brutal et bref ayant des conséquences importantes sur le long terme avec des suivis médicaux et paramédicaux engageant plusieurs corps de métiers.

L'ergothérapeutes, acteur dans ces prises en soins, met en jeu sa posture professionnelle quotidiennement et l'adapte en fonction des situations qu'il rencontre.

L'objectif de ce mémoire est de décrire comment la posture professionnelle des ergothérapeutes en brûlologie permet de répondre à des situations complexes.

Les résultats de cette étude se baseront sur deux entretiens auprès d'ergothérapeutes travaillant en brûlologie pédiatrie. Les résultats permettent de faire émerger les concepts essentiels comme la communication, les relations et l'alliance thérapeutique à une posture professionnelle en cohérence avec les besoins, les attentes et les envies des patients et de leurs entourages.

Mots clés : Posture professionnelle - brûlologie - intelligence émotionnelle - communication

ABSTRACT

Burns are a brutal and brief accident with important long-term consequences with medical and paramedical follow-up involving several professions. Occupational therapists, as actors in this care, put their professional posture into play on a daily basis and adapt it according to the situations they encounter.

The aim of this thesis is to describe how the professional posture of occupational therapists in burns care enables them to respond to complex situations.

The results of this study will be based on two interviews with occupational therapists working in paediatric burns. The results allow the emergence of essential concepts such as communication, relationships and the therapeutic alliance to a professional posture consistent with the needs, expectations and desires of patients and their families.

Keywords : Professional position - burns services - emotional intelligence - communication

Lisa BONZOM