

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	3
Table des matières	4
1. Introduction	6
2. Recension des écrits	7
2.1 Le trouble obsessionnel compulsif (TOC)	7
2.2 Etiologie du trouble obsessionnel compulsif	8
2.3 Les comorbidités relatives au trouble obsessionnel compulsif	12
2.4 Impacts du trouble obsessionnel compulsif sur la vie quotidienne	13
2.5 Les thérapies actuelles : intérêts portés à l'exposition et prévention de la réponse et aux thérapies cognitives et comportementales (TCC)	14
2.6.1 Le sentiment d'efficacité personnelle au sens de Gary Kielhofner	18
2.6.2 Le sentiment d'efficacité personnelle au sens d'Albert Bandura	21
2.6.3 Comparaison Kielhofner/Bandura	24
2.7 Présentation de l'occupation	24
2.8 Présentation du MOH	25
2.9 Synthèse de la recension des écrits et problématique	27
3. Méthodologie	29
3.1 But	29
3.2 Questions de recherches	29
3.3 Type de recherche	29
3.4 Délimitation du champ d'investigation et description de la population retenue	30
3.5 Mode de recrutement et démarche pour la collecte des informations	30
3.6 Méthode de collecte de données	30
3.7 Méthode d'analyse des résultats	30
3.8 Éléments éthiques	30
4. Résultats	32
4.1. Le critère du temps comme déterminant du sentiment d'efficacité	32
4.1.1. <i>La notion de perte de temps</i>	32
4.1.2 <i>Les difficultés à respecter un objectif temporel</i>	33
4.2 Le critère de la qualité comme déterminant du sentiment d'efficacité	34
4.3 Les sentiments positifs apparentés au sentiment d'efficacité	34
4.3.1 <i>Le sentiment de bien-être</i>	34
4.3.2 <i>Le sentiment d'utilité</i>	35

4.4 Les sentiments négatifs apparentés au sentiment d'inefficacité	35
4.5 Les stratégies permettant de soutenir le sentiment d'efficacité	35
4.5.1 <i>La stratégie de l'évitement</i>	36
4.5.2 <i>Les stratégies mises en place pour soutenir la réalisation d'activité</i>	36
4.5.3 <i>Les stratégies en lien avec la gestion temporelle</i>	37
4.6 La notion de contrôle	37
4.6.1 <i>L'activité</i>	38
4.6.2 <i>L'environnement physique et social</i>	38
4.7 L'influence du rapport aux autres sur le sentiment d'efficacité	39
4.7.1 <i>La comparaison à autrui</i>	39
4.7.2 <i>Le regard des autres</i>	40
4.7.3 <i>L'aide et la collaboration</i>	40
4.8 L'impact du type d'activités sur le sentiment d'efficacité	41
4.8.1 <i>Le cadre organisationnel</i>	41
4.8.2 <i>Les activités nouvelles</i>	42
4.9 Le rapport à l'inefficacité.....	42
4.10 Le rapport à l'efficacité.....	43
5. Discussion	43
5.1. Limites de l'étude.....	50
5.2. Conclusion	50
6. Liste des références bibliographiques	51
Annexes	55
Annexe 1 : Formulaire de consentement.....	55
Annexe 2 : Guide d'entrevue	56

1. Introduction

La classification mondiale des maladies (CIM-10) définit le trouble obsessionnel compulsif (TOC) comme un *“trouble caractérisé essentiellement par des pensées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents”* (Organisation mondiale de la santé, 2000, p.127). Celui-ci a des répercussions diverses sur la vie quotidienne. Selon Cara (2012), ces impacts peuvent être dramatiques et affecter tous les aspects du fonctionnement de l'individu : le travail, la vie sociale, les relations conjugales, les activités de la vie quotidienne, les soins personnels, les activités de loisirs. La cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) aborde ces notions à travers le *“retentissement fonctionnel du trouble obsessionnel compulsif”* (APA, 2015, 281). Les notions relatives au retentissement fonctionnel du TOC sur la vie des personnes qui en sont affectées paraissent être l'une des composantes centrales des conséquences de cette pathologie. Si de nombreuses approches s'intéressent aux symptômes des TOC, à la manière de les prendre en charge et de les traiter, peu d'approches considèrent le retentissement fonctionnel de la pathologie. Ce travail propose d'aborder ces notions à travers ce que la personne ayant un TOC dit de son sentiment d'efficacité personnelle dans ses occupations.

La motivation initiale de ce projet réside dans notre intérêt commun pour le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. Cette curiosité partagée nous a enjoint à nous allier dans l'élaboration d'un travail de Bachelor. Le thème de ce travail ne nous est pas parvenu de manière définie dès le début de notre collaboration, il est le résultat de réflexions communes et d'un élément déclencheur : le visionnement, lors d'un cours, de diverses séquences vidéographiques de personnes ayant un trouble obsessionnel compulsif. Les entraves occupationnelles, l'altération sociale et professionnelle, ainsi que les souffrances que ces extraits ont permis de mettre en évidence nous ont interpellés. Notre motivation professionnelle s'articule majoritairement autour du concept d'auto efficacité du point de vue de Kielhofner, mais également des notions connexes qui lui sont reliées dans le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), notamment la volition et l'adaptation occupationnelle. Notre intérêt est de produire des données relatives à ce que le sujet nous dit de son sentiment d'efficacité personnelle dans ses occupations relativement au trouble, aux entraves et aux conséquences que celui-ci entraîne. Nous avons choisi de nous intéresser à la problématique des troubles obsessionnels compulsifs à travers le prisme de ce concept. L'intérêt de ce travail porte sur les personnes adultes qui vivent avec un TOC en Suisse romande ; cette population est celle à laquelle il nous sera le plus facile d'accéder.

2. Recension des écrits

2.1 Le trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) a, selon l'American Psychiatric Association (APA), une prévalence comprise entre 1,1 et 1,8% au niveau international (American Psychiatric Association, 2015). Les femmes adultes sont légèrement plus représentées que les hommes (American Psychiatric Association, 2015). Longtemps, le trouble obsessionnel compulsif a été défini comme une spécificité des troubles anxieux. Les quatre premières éditions du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) le caractérisaient comme tel. Toutefois, lors de la dernière édition de cet ouvrage (DSM-V), une classification spécifique pour ce trouble a été établie : « *TOC et apparentés* » (American Psychiatric Association, 2015, 275). Les obsessions et les compulsions sont les deux éléments centraux de ce trouble. En effet, comme le définissent Clair & Trybou (2016, p. 13), « *le TOC a une symptomatologie complexe, au carrefour entre trouble comportemental avec des manifestations bien visibles (les compulsions), et cognitivo émotionnel (les obsessions)*. Il paraît utile d'apporter une définition à ces concepts. Cette définition offrira également une porte d'entrée aux critères diagnostiques définis dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2015).

Définition de l'obsession et de la compulsion

Le mot obsession provient de la souche latine *obsidere* qui signifie assiéger (Magne & Monestier, 2002). Au sens de l'APA, les obsessions sont définies par des « *pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes, et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets* » (American Psychiatric Association, 2015, p. 277). La définition de l'obsession proposée par l'APA précise que le sujet fait « *des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, pulsions ou images, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions (c. -à-d. en faisant une compulsion)* » (ibid.).

Les compulsions ont comme origine le mot latin *compulsare* qui veut dire contraindre (Magne & Monestier, 2002). C'est le second aspect de la pathologie. Au sens de l'APA, les compulsions sont définies par des « *comportements répétitifs (p. ex. se laver les mains, ordonner, vérifier) ou [des] actes mentaux (p. ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible* » (American Psychiatric Association, 2015, p. 277). « *Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un*

événement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs » (ibid.). La présence associée d'obsessions et de compulsions n'est pas toujours effective (Clair & Trybou, 2016), il peut y avoir « *présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux* » (American Psychiatric Association, 2015, p. 277).

Les critères diagnostiques du TOC

Les facteurs temporels, individuels et sociaux sont pris en considération dans la définition du trouble. En effet, comme le définit l'APA, « *les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (...) ou d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants* » (American Psychiatric Association, 2015, p. 277). Comme décrit plus haut, l'impact du TOC peut être important et affecter tous les aspects du fonctionnement : travail, vie sociale, soins personnels, loisirs, etc. (Cara, 2012). Les conséquences du TOC sont multiples et variables, mais elles peuvent affecter la performance dans les rôles, la recherche d'un travail, des entraves professionnelles dues - par exemple - à la distractibilité ou à l'incapacité à compléter le travail. Le caractère chronophage du TOC induit des difficultés à maintenir des relations sociales, un travail. Il affecte également les possibilités d'engagement dans des activités ; la personne fait face à un rétrécissement de son champ d'activités (notamment les loisirs). L'émergence chez la personne de comportements particuliers induit la marginalisation sociale de celle-ci. Il arrive que la personne développe une dépendance vis-à-vis d'une autre personne, au sein, du cercle familial par exemple. Les symptômes sont des vecteurs potentiels d'un déclin des fonctions qui peut affecter les tâches domestiques, les activités parentales et les loisirs.

En conclusion, voici les critères d'exclusion qui sont déterminés dans la cinquième version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 2015). Le premier considère le fait que « *les symptômes obsessionnels compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (...) ni à une autre affection médicale* » (American Psychiatric Association, 2015, p. 278). Le second définit que « *la perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental* » (American Psychiatric Association, 2015, p. 278).

2.2 Etiologie du trouble obsessionnel compulsif

Les étiologies sont multiples et débattues par de nombreux chercheurs, partisans de différentes sciences. Toutefois, le noyau rigide de leurs hypothèses et modélisations semble

être commun. Dans le cas d'un TOC, *“le comportement est une réponse visant à réduire l'anxiété générée par les obsessions”* (Clair et Trybou, 2016, p.20).

Théories psychologiques

Comme le décrit Janet (1903, cité par Julien, O'Connor et Aardema, 2016, p.188), *“le TOC est caractérisé par des doutes pathologiques”*. La psychasthénie de Janet (1903, cité dans Clair & Trybou, 2016, p.21), explique que l'obsession serait le produit *“d'une baisse de tension de l'état psychologique (l'état psychasthénique)”* entraînant la libération d'un contenu inconscient. La compulsion apparaîtrait en réponse à l'obsession, et la répétition de l'action s'expliquerait par un *“doute de la qualité du geste (sentiment d'incomplétude), ce qui conduit à le reproduire à nouveau”* (ibid). Freud appréhende le trouble par le biais de notions psychanalytiques, notamment en mentionnant que les obsessions seraient *“caractérisées par l'échec du refoulement d'une représentation inconsciente qui n'est pas supportable par le Surmoi”* (Freud, 1954 cité dans Clair & Trybou, 2016, p.22). Dans la continuité des travaux de Janet, Freud apparente la cause à un conflit intrapsychique. Ces hypothèses font partie de sa théorie, nommée *“Zwangneurose”* (névrose obsessionnelle) (Clair & Trybou, 2016). Les postulats de Janet et Freud font essentiellement l'objet d'étude de cas et de modélisation théorique, car très difficilement vérifiable par le biais de techniques objectives. Ce constat explique la non-validité de ces hypothèses, et par extension des pratiques qui en découlent (Clair & Trybou, 2016).

Les années 1960 marquent l'apparition des modèles comportementaux. La théorie soutenant ces modèles s'inspire des travaux de Pavlov sur le conditionnement. Le postulat central souligne *“que l'obsession provient de l'association d'un stimulus neutre (par exemple la saleté ou la religion) à des émotions négatives et génératrices d'anxiété”* (Mower, 1960 cité dans Clair & Trybou, 2016, p.28). Cette obsession serait renforcée par les rituels et les évitements répétés (ibid). Quelques années plus tard, les modèles cognitifs émergent dans l'optique de répondre aux incompréhensions laissées par les modèles comportementaux (Rachman, 1997 ; Salkovskis, 1985 ; Rachman, 2002 cité dans Clair & Trybou, 2016). La théorie de ces modèles suppose que les obsessions seraient le produit d'une interprétation erronée des pensées, automatiquement associées à des idées négatives et des fausses croyances (Clair & Trybou, 2016). Les comportements compulsifs viseraient à réduire l'anxiété, mais renforceraient les croyances erronées (ibid).

Certains auteurs développent cette perspective cognitivo comportementale en remettant en cause que les obsessions seraient le produit d'une interprétation erronée des pensées. En effet, comme décrit plus haut, le TOC est caractérisé par des doutes pathologiques (Janet, 1903). Toutefois, les personnes ayant un TOC sont confrontées à la fois à des doutes

pathologiques et à des doutes non pathologiques (Julien, O'Connor et Aardema, 2016). Il semblerait que, dans les situations de TOC dans lesquelles les doutes pathologiques apparaissent, ces personnes font appel à un type de raisonnement différent (ibid). Ainsi, les personnes ayant un TOC mobilisent des informations plus complexes que celles disponibles dans la situation en se projetant sur l'état possible d'éléments sur lesquels elles ont un impact limité ou même inexistant (ibid). Ainsi, les personnes réalisent "*une inférence sur un état de choses possible basé sur un récit interne*" (Julien, O'Connor et Aardema, 2016, p.188). Par conséquent, les obsessions ne résulteraient pas "*d'évaluations dysfonctionnelles de pensées intrusives normales, mais plutôt d'un récit interne distant de l'ici et maintenant*" (ibid.) - donc de la réalité. Ce récit interne serait le produit de l'imagination de la personne étayé - notamment - par des expériences personnelles, des ouï-dire, des faits abstraits et des idées (Julien, O'Connor et Aardema, 2016). Cela induit des dispositifs de raisonnement qui "*sont supposés donner de la crédibilité au récit*" (Julien, O'Connor et Aardema, 2016, p.188).

Actuellement, les théories cognitives et comportementales ont leur place dans la pratique, notamment par les usagers de la TCC. Cependant les évidences scientifiques manquent pour démontrer une relation consistante entre l'obsession et la compulsion (Clair & Trybou, 2016). Selon la modélisation de Pitman (1987 cité dans Clair & Trybou, 2016, p.26), l'origine du TOC serait une "*dysfonction du système de détection d'erreur qui serait hyperactif et ne pourrait pas être satisfait malgré les multiples réponses comportementales de l'individu*". De façon similaire aux autres modèles, le processus expliqué par Pitman suppose que "*chaque tentative de réduction du signal d'erreur va avoir l'effet paradoxal d'en générer un nouveau*" (p.27). Plusieurs études électrophysiologiques démontrent l'augmentation de l'amplitude d'une onde relative à la détection de l'erreur chez les personnes ayant un TOC (Clair & Trybou, 2016, p.59). Ces études soutiennent donc de façon électrophysiologique les hypothèses de Pitman, mais l'interprétation de cette onde semble trop complexe pour réellement définir une cause, et mettre en place des principes thérapeutiques (Clair & Trybou, 2016).

Théories neuropsychologiques

Par le biais de tests validés et normés, des études ont tenté d'expliquer les obsessions et les compulsions en se basant sur les connaissances cognitivo comportementales, et par le biais de déficits au niveau des fonctions cognitives (Clair & Trybou, 2016). "*La focalisation du patient sur les stimuli anxiogènes pourrait être expliquée par un biais attentionnel, la sensation de doute par un déficit de mémoire de travail visuospatiale et /ou une altération des capacités métacognitives et/ou une hyperdéttection de l'erreur et enfin la répétition du*

comportement par un déficit d'inhibition et /ou de flexibilité" (Clair & Trybou, 2016, p.37). Cependant, la non-spécificité des tests relativement au TOC, le manque de relation entre le matériel et les méthodes des différents tests avec la réelle symptomatologie clinique apparentée au trouble, ainsi que l'hétérogénéité des résultats ne permet pas de conclure à une cause neuropsychologique unique (Clair & Trybou, 2016).

Modèles neurobiologiques

Dans le cas du TOC, l'étiologie, les substrats de neurones et le profil cognitif sont relativement peu connus (Chamberlain, Blackwell, Fineberg, Robbins & Sahakian, 2005). En dépit d'une forte preuve que le TOC est familial, avec un risque pour les parents de premier degré beaucoup plus élevé que chez l'ensemble de la population (American Psychiatric Association, 2015 ; Chamberlain, Blackwell, Fineberg, Robbins & Sahakian, 2005), les fondements génétiques du TOC n'ont pas été délimités de manière très précise. Toutefois, grâce à la neuroimagerie, des *"dysfonctionnements du cortex orbitofrontal, du cortex cingulaire antérieur et du striatum"* ont pu être relevés (American Psychiatric Association, 2015, p. 281). Il existe différentes hypothèses relativement à l'étiologie du TOC. Pour l'une d'entre-elles, le TOC serait relatif au dysfonctionnement de la boucle orbitofrontale latérale qui induirait des échecs dans les processus inhibiteurs cognitifs et comportementaux. Ces dysfonctionnements sembleraient être à la base de plusieurs des symptômes (Chamberlain, Blackwell, Fineberg, Robbins & Sahakian, 2005).

Les modèles neurobiologiques visent l'interprétation de ces résultats, afin de fournir une explication physiopathologique du dysfonctionnement, relativement aux symptômes cliniques.

Les modèles de référence dans ce champ sont ceux de Baxter et Schwartz (Clair & Trybou, 2016). Leurs conclusions se rejoignent pour assimiler *"Les obsessions aux dysfonctions du cortex et les compulsions aux ganglions de la base"* (Clair & Trybou, 2016, p.55). Ils ajoutent que les ganglions de la base seraient à l'origine du trouble, et soulignent l'existence d'un cercle vicieux entre les dysfonctions cérébrales et le TOC (ibid).

Cottraux (1998), parle également d'une composante génétique du trouble. Cependant, malgré de nombreuses études sur la génétique du TOC, la synthèse de Cottraux n'associe pas exclusivement le TOC à cette composante ; il s'agirait simplement *"d'une prédisposition générale ou d'une sensibilité anormale à l'anxiété et au stress génétiquement programmé"* (Cottraux, 1998, p.120). Il conclut en affirmant que la cause du TOC est à appréhender à l'intersection de la psychologie et de la biologie, précisant qu'une seule science ne fournirait qu'une explication partielle de l'étiologie (p.141)

En effet, bien que les théories neuropsychologiques et modèles neurobiologiques placent les théories psychologiques au second plan - car plus actuelles et supportées par de nombreuses évidences scientifiques - la complexité de l'activité cérébrale ne cesse de nourrir le labeur à déterminer une cause exacte du trouble.

2.3 Les comorbidités relatives au trouble obsessionnel compulsif

Nombreuses sont les personnes ayant un TOC qui combine une autre psychopathologie (American Psychiatric Association, 2015). Comme le précise Hollander (1996 cité dans Clair & Trybou, 2016, p. 13), *“le TOC est fréquemment associé à des troubles anxieux ou de l'humeur”*. Les diagnostics les plus fréquents sont les troubles anxieux, les troubles dépressifs ou les troubles bipolaires (American Psychiatric Association, 2015). Selon l'APA (2015, p. 284), *“jusqu'à 30% des personnes ayant un TOC ont, à un moment de leur vie, des tics”*. Voici une brève description de chacune de ces quatre comorbidités.

Les troubles anxieux

Selon l'APA (2015, p. 283), 76% des adultes *“ont, à un moment de leur vie, un diagnostic de trouble anxieux”*. L'anxiété est une composante essentielle du TOC connexe aux phobies et aux troubles anxieux. En effet, les individus concernés - soit par un TOC, une phobie ou un trouble anxieux - *“se plaignent d'une anxiété importante, handicapante avec, pour certains d'entre eux, des évitements ou anxiété anticipatoire de certaines situations”* (Clair & Trybou, 2016, p. 15). Toutefois, dans le cas du TOC, les éléments anxiogènes ou les pensées récurrentes *“n'impliquent généralement pas des préoccupations de la vie réelle et peuvent inclure un contenu qui est étrange, irrationnel ou de nature magique”* (American Psychiatric Association, 2015, p. 282).

Les troubles dépressifs

Selon Clair & Trybou (2016, p.14), *“il est fréquent que des symptômes dépressifs viennent s'ajouter à la souffrance du trouble princeps”*. Pour l'APA (2015, p.283), de nombreux adultes ayant un TOC *“ont, à un moment de leur vie, (...) un trouble dépressif”*. La nature envahissante du TOC sur les sphères familiale, professionnelle et sociale induit l'apparition de ces éléments dépressifs (Clair & Trybou, 2016). Ce que le TOC nourrit comme sentiments et émotions - honte, culpabilité, sentiment d'échec et/ou d'impuissance - catalyse l'état dépressif. Selon Rasmussen (cité dans Clair & Trybou, 2016, p.14), *“près de 50% des patients atteints de TOC auraient souffert de dépression majeure ou de dysthymie au cours de leur maladie”*. Ces chiffres permettent de prendre conscience de l'importance de cette composante.

Les troubles bipolaires

Cette comorbidité est relativement présente chez les personnes souffrant d'un TOC puisque 63% des personnes souffrant d'un TOC peuvent être concernées par un trouble bipolaire quelconque (American Psychiatric Association, 2015). Il est intéressant de souligner que *“la sévérité des symptômes obsessionnels compulsifs peut varier en fonction des phases thymiques”* (Clair & Trybou, 2016, p.15). Si les obsessions et les compulsions peuvent être reléguées au second plan lors d'une phase maniaque, elles ont tendance à s'accroître dans les phases dépressives (Clair & Trybou, 2016).

Les troubles incontrôlés du comportement (TICS)

Pour L'APA (2015, p.284), *“jusqu'à 30% des personnes ayant un TOC ont, à un moment de leur vie, des tics”*. Comme le décrivent Clair & Trybou (2016, p.17), *“les tics sont des manifestations motrices et/ou vocales semi-volontaires. Ainsi, le patient sent le tic arriver (sensation prémonitoire), ressent un fort besoin de l'exécuter [...] puis un soulagement une fois le comportement effectué”*. La fréquence des tics dépend de la personne, mais aussi des moments de la journée, des périodes de vie ou du stress (Clair & Trybou, 2016). La *“comorbidité entre les tics et les TOC est bidirectionnelle et souvent estimée comme importante”* (Clair & Trybou, 2016, p.17).

2.4 Impacts du trouble obsessionnel compulsif sur la vie quotidienne

Comme déjà abordé, l'importance du retentissement fonctionnel du TOC sur la vie des personnes qui en sont affectées paraît être l'une des composantes centrales des conséquences de cette pathologie. Il apparaît que le retentissement fonctionnel - de par les liens qui peuvent être tissés avec la vie quotidienne et, par conséquent, les activités de la vie quotidienne (AVQ), mais également ce qui les supporte (notamment le sentiment d'efficacité personnelle) - devait être abordé. Pour ce faire, il paraît pertinent d'utiliser le paragraphe consacré au retentissement fonctionnel dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2015, pp. 281-282).

Le premier élément qui semble pertinent de souligner a trait à la *« réduction de la qualité de vie ainsi qu'à un haut niveau d'altération sociale et professionnelle »* (American Psychiatric Association, 2015, p. 281). Les altérations sont perceptibles dans divers domaines de la vie et sont corrélées à la sévérité des symptômes (American Psychiatric Association, 2015, p. 281). Le temps consacré aux obsessions ou à l'accomplissement des compulsions, l'évitement des situations potentiellement déclenchantes sont autant d'éléments qui renforcent l'altération (American Psychiatric Association, 2015, p. 282). Il paraît important de préciser que les *« symptômes spécifiques peuvent créer des obstacles spécifiques »*

(American Psychiatric Association, 2015, p. 282). Par exemple, une personne ayant peur d'être contaminée ne se rendra pas à l'hôpital lorsqu'elle en a besoin (maladie) (American Psychiatric Association, 2015, p. 282). Les conséquences fonctionnelles d'un TOC sont multiples, diverses et relatives à la sévérité du trouble. Elles ont une forte hétérogénéité interindividuelle et représentent donc pour chaque personne concernée des challenges occupationnels particuliers. Le DSM-V insiste sur le retentissement fonctionnel des tous les troubles et, par conséquent, du trouble obsessionnel compulsif. En recensant les divers guides de pratique relatifs à la prise en charge du TOC, tant en psychothérapie qu'en ergothérapie, divers impacts sur la vie quotidienne peuvent être objectivés. De manière générale, les personnes présentant un TOC sont affectées dans la performance de leurs activités ainsi que dans divers rôles (Duncan & Prowse, 2014). Selon Cara (2012), le trouble peut affecter tous les aspects du fonctionnement occupationnel (travail, soins personnels, loisirs), ainsi que la performance dans certains rôles. L'aspect cognitif de la symptomatologie peut affecter la recherche d'emploi, et générer des difficultés dans la réalisation d'une tâche ; incapacité à compléter un travail, distractibilité. L'aspect chronophage entrave la gestion et le maintien d'un emploi du temps, et rend les relations sociales difficiles (Clair & Trybou, 2016). Clair & Trybou (2016) soulignent que les taux de chômage, d'arrêts maladie et les tentatives de suicide sont plus élevés chez les personnes souffrant de TOC qu'au sein de la population générale. Pour l'APA, *“jusqu'à un quart des personnes souffrant d'un TOC font des tentatives de suicide”* (American Psychiatric Association, 2015, p. 281).

2.5 Les thérapies actuelles : intérêts portés à l'exposition et prévention de la réponse et aux thérapies cognitives et comportementales (TCC)

L'intérêt de ce chapitre est d'appréhender de manière succincte les modalités thérapeutiques ayant démontré les meilleurs résultats dans le traitement des TOC afin d'appréhender plus finement les mécanismes inhérents aux TOC dans le but d'élargir la compréhension de la pathologie, de ses mécanismes et de ses répercussions.

Si l'exposition et prévention de la réponse est souvent considérée comme le traitement psychologique de choix pour le TOC (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006), Abramowitz (1997) a mis en évidence qu'il y a de plus en plus de preuve que les thérapies cognitives et comportementales ont une efficacité comparable. Butler, Chapman, Forman & Beck reprennent les résultats d'une méta-analyse conduite par Van Balkom et al. (1994). Cette dernière a mis en évidence *“que les traitements cognitifs ou cognitivo comportementaux pour le TOC ont conduit à des réductions substantielles des symptômes du TOC évalués par les patients et les évaluateurs cliniques”*. (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006, p.25). Qui plus est, selon cette méta-analyse, les *“effets de traitement ont tendance à persister après 6*

mois et même 12 mois” (ibid.) - suite à la fin du suivi. Toutefois, s’il existe une réduction des symptômes, rien n’est dit du fonctionnement de la personne dans sa vie quotidienne.

Abramowitz (1997) a démontré, en comparant les TCC à l’exposition et prévention de la réponse, qu’il n’existe pas de différences de résultats entre les deux modalités de traitements. Cette constatation est reprise par Öst, Havnen, Hansen & Kvale (2015, p.156) qui démontrent qu’il n’y *“pas de différence significative entre l’exposition graduée et la thérapie cognitive”* dans le traitement du TOC. Par ailleurs, ils ajoutent qu’*“il n’y a aucun gain supplémentaire dans la combinaison de l’exposition et prévention de la réponse et de la thérapie cognitive”* (Öst, Havnen, Hansen & Kvale, 2015, p.167). Les deux modalités de traitement ayant démontré de bons effets séparément. Il paraît pertinent d’explorer plus avant ces notions ; particulièrement dans la prise en charge de personne souffrant d’un TOC.

Exposition et prévention de la réponse

Une des deux techniques de traitement du TOC engendrant les meilleurs résultats est donc l’exposition et prévention de la réponse - dans ce cas, la réponse ritualisée (Cottraux, 2011). Cette modalité de traitement encourage la personne à se confronter à *“sa peur obsessionnelle (exposition), pour ensuite apprendre à tolérer l’anxiété amenée par celle-ci sans avoir recours aux compulsions pour supprimer la détresse ressentie (prévention de la réponse)”* (Laforest, 2014, p.11).

La première notion abordée est l’exposition. Cette dernière est étroitement liée à celle d’habituation. Selon Cottraux (2011, p.94), *“l’habituation correspond à la diminution de la force des réponses inconditionnelles”*. En d’autres termes, à la diminution progressive de la réponse comportementale. Pour soutenir ce processus, le principe de l’exposition a été développé. Il consiste à confronter la personne aux pensées, aux images, aux objets et aux situations qu’elle perçoit comme anxiogènes. Deux types d’expositions existent. Le premier a été développé par Marks. Il s’articule autour de *“la procédure thérapeutique d’exposition in vivo [...] aux stimuli évocateurs d’anxiété”* (Cottraux, 2011, p.94). Le principe de l’exposition *in vivo* est d’entraîner la personne dans une situation redoutée grâce à une immersion progressive, mais réelle (toucher le sol, puis les poignées de porte, puis les poignées de porte de WC, etc.) (Cottraux, 2011). Le second type d’exposition est relatif à l’exposition en imagination ou *flooding* (Cottraux, 2011). Il consiste à ce que la personne imagine les éléments anxiogènes ou, pour reprendre Cottraux (2011, p.171), à *« imaginer les pires catastrophes »* afin de soutenir le processus d’habituation. Selon l’auteur (2011, p.94), *“l’exposition in vivo et/ou en imagination entraîne l’habituation des réponses physiologiques*

et l'extinction des rituels qui n'ont plus lieu d'être, du fait de la réduction d'anxiété". La visée de l'exposition - quel que soit son type - est d'induire une diminution de l'anxiété chez la personne relativement aux situations et/ou aux stimulus perçus comme anxiogènes.

Le second concept lié à cette technique de traitement est la prévention de la réponse. Dans le cas du traitement d'un TOC, la prévention de la réponse ritualisée aura une importance marquée. Pour (Abramowitz, Taylor & McKay, 2009, pp.495-496), *"la prévention de la réponse signifie s'abstenir de pratiquer des rituels compulsifs"*. Ainsi, le thérapeute va contraindre les réponses ritualisées de la personne. Il va aider « *le patient à résister au besoin de ritualiser* » (Cottraux, 2011, p.171). Par exemple, dans la situation d'une personne ayant des obsessions relatives à la saleté, en convenant avec elle des horaires précis pour se laver les mains (Cottraux, 2011).

Thérapie cognitive

De manière générique, la thérapie cognitive s'articule en deux étapes successives. Premièrement, la personne - en collaboration avec le thérapeute - est amenée *"à mieux connaître les pensées dont elle n'a que peu ou pas du tout conscience"* (Cottraux, 2001, p. 10). Ensuite, il s'agira de chercher la manière dont ces pensées provoquent et maintiennent les émotions et les comportements dont la personne souffre et auxquels elle désire apporter un changement (Cottraux, 2001). Ainsi, l'intérêt est porté au processus de pensées et la visée de la thérapie cognitive est de modifier les structures de la pensée de la personne afin de modifier les schémas de pensées dysfonctionnels qui induisent des conséquences désagréables pour la personne. Il semble pertinent de porter un intérêt plus particulier à l'utilisation de la thérapie cognitive dans le traitement des TOC.

Pour Cottraux (2011, p. 272), dans le traitement des rituels et des ruminations - fréquemment associés au TOC, la thérapie cognitive *"représente une extension de la thérapie comportementale et des techniques d'exposition"*. Salkovskis (1985, cité dans Cottraux, 2011) distingue quatre niveaux dans l'analyse fonctionnelle cognitivo comportementale du déroulement d'une obsession-compulsion. Il est paru intéressant d'utiliser ces quatre niveaux pour présenter l'utilisation de la thérapie cognitive dans la situation d'un TOC.

Le premier niveau défini par Salkovskis (1985) est la pensée intrusive. Cottraux (2011, p. 172) la définit comme *"une pensée obsédante étrangère au sujet et répugnante"*. Dans l'absolu, ces pensées ne diffèrent pas de celles de tout un chacun. Ce qui les rend pathologiques est leur durée, leur fréquence, qu'elles ne peuvent pas être rejetées par le sujet et qu'elles n'entraînent pas de réponse d'habituation (Cottraux, 2011). En somme,

“l’obsession anormale diffèrerait de l’obsession normale par des mécanismes perturbés d’habitude” (Cottraux, 2011, p.172).

Le second niveau est relatif aux schémas de danger (Salkovskis, 1985). Comme le décrit Cottraux (2011, p.173), *“les postulats sont organisés en schémas de dangers qui se présentent sous une forme impérative”*. Par exemple, une personne exigera d’elle-même qu’elle soit toujours vigilante par rapport aux dangers qu’elle pourrait elle-même provoquer, sinon elle se considérera comme responsable (Cottraux, 2011).

Le troisième niveau concerne les pensées automatiques (Salkovskis, 1985). Pour Cottraux (2011, p.173), *“elles représentent une appréciation négative des pensées intrusives”*. L’auteur (2011, p.173) donne l’exemple suivant pour illustrer cette notion : *“j’ai pensé au chiffre treize, je vais provoquer la mort de quelqu’un”*. L’appréciation, par la personne de ses pensées intrusives, connotée négativement apparaît nettement à travers cet exemple.

Finalement, le quatrième niveau est défini par Salkovskis (1985) comme les pensées et comportements de neutralisation soient les rituels internes et externes. Pour Cottraux (2011, p. 173), *“la pensée automatique est une pensée conformiste, acceptable par le sujet”*. Elle vise à rétablir l’ordre moral et à neutraliser l’angoisse déclenchée par la pensée intrusive (Cottraux, 2011). Les rituels externes sont également *“destinés à rétablir l’ordre et réduire l’angoisse”* (Cottraux, 2011, p. 173). L’auteur précise qu’un des éléments les plus important et presque toujours constant est la *“tentative de transférer sur autrui la responsabilité imaginaire”* (ibid.). Le dernier élément relatif à ce quatrième niveau concerne les compulsions. Celles-ci *“ont pour but de terminer l’exposition aux stimuli redoutés et les systèmes de croyances irrationnelles s’en trouvent renforcés”* (ibid.). En ce sens, prévenir la réponse ritualisée offre l’opportunité à la personne de constater que ses appréhensions ne se réalisent pas, et ce malgré que le rituel n’ait pas été accompli (Cottraux, 2011).

Cottraux (2011, p. 173) propose un certain nombre de techniques cognitives qui *“peuvent être utilisées en fonction des problèmes particuliers de chaque patient”*. En voici quelques-unes présentées aux pages 173 et 174 de l’ouvrage de Cottraux (2011) : isoler la pensée intrusive et “décatropher”, réattribution de la culpabilité, isoler et discuter les pensées intrusives et leurs relations avec les rituels, isoler et discuter les postulats, tâches d’exposition avec prévention de la réponse et responsabilisation. Synthétiquement, les techniques cognitives poursuivent les mêmes objectifs. C’est-à-dire, démontrer le caractère banal et normal des pensées obsédantes, rendre l’habitude relative aux idées obsédantes brève (comme pour les sujets non pathologiques), responsabiliser la personne dans le fait de ne pas/plus ritualiser et finalement faire prendre conscience à la personne que le trouble

obsessionnel est moins dans l'idée intrusive et son contenu immoral que dans la lutte qui s'instaure pour réduire le scandale perçu par la personne (Cottraux, 2011).

2.6. Le sentiment d'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle est un concept élaboré dans les années 1980 par le psychologue canadien Albert Bandura (Chapelle, 2004). Il est paru pertinent d'aborder ce concept d'une part grâce à l'approche de Bandura (cf. point 3.2) puisqu'il en est le concepteur, mais d'autre part grâce à Kielhofner qui lui accorde de l'importance dans le Modèle de l'Occupation Humaine. En effet, le concept d'efficacité personnelle est une des nombreuses entités du modèle et est perçu comme composante du dynamisme occupationnel. Il est à relier à des concepts plus larges. Le sentiment d'efficacité personnelle s'inscrit dans les déterminants personnels, qui font partie intégrante de la volition. Les déterminants personnels composent également l'identité occupationnelle, faisant partie du concept résultant du dynamisme décrit dans le modèle, soit l'adaptation occupationnelle. Cela sera développé plus en détail dans les paragraphes suivants.

2.6.1 Le sentiment d'efficacité personnelle au sens de Gary Kielhofner

Comme Kielhofner les décrit dans son ouvrage, les déterminants personnels sont divisés en deux composantes (Kielhofner, 2008). Ces deux composantes - ou dimensions - supportent de manière dynamique les déterminants personnels de la personne et influencent leur développement (Kielhofner, 2008, p.36). La première dimension, que Kielhofner nomme le sens de la capacité personnelle (*the sense of personal capacity*) (Kielhofner, 2008, p.35), est définie comme "*une évaluation de ses capacités physiques, intellectuelles et sociales*" (ibid.). Cette évaluation est une évaluation personnelle émise par la personne sur ses propres capacités. Ces réflexions englobent la perception d'une personne au sujet de son efficacité et de sa capacité à offrir un bon rendement.

La seconde dimension proposée par Kielhofner est l'auto-efficacité (*self-efficacy*) (ibid.). A travers ce concept, l'auteur se réfère "*au sentiment que la personne donne à son efficacité dans l'utilisation de capacités personnelles pour atteindre les résultats souhaités dans la vie*" (ibid.). Il faut insister sur le fait que, pour l'auteur, l'auto-efficacité est donc le "*sentiment que la personne donne à son efficacité*" et que par conséquent c'est la perception personnelle de la personne sur sa propre efficacité qui est mise en avant. Ce sont ces éléments personnels qui devront être appréciés grâce à la narration.

Kielhofner insiste également sur le fait que "*l'auto-efficacité est spécifique à différentes sphères de la vie*" (ibid.). Enfin, Kielhofner aborde un aspect central du concept d'auto-

efficacité. En effet, selon lui, la spécificité de l'auto-efficacité dans les différentes sphères de la vie induit que l'individu se sente plus capable de contrôler les résultats dans certaines circonstances que dans d'autres (Kielhofner, 2008, p.35). Ces notions paraissent être intéressantes et utiles dans la volonté d'appréhender ce qu'est le sentiment d'efficacité personnelle, elles sont toutefois encore peu détaillées à ce stade. Kielhofner propose quelques précisions quant à ce que contient le concept d'auto-efficacité.

Comme décrit plus haut, l'auto-efficacité inclut comme concept la perception personnelle. Pour Kielhofner, les perceptions personnelles comprises dans l'auto-efficacité ont trait au self-control et à *"de quoi quelqu'un est-il capable pour provoquer ce qu'il désire"* (Kielhofner, 2008, p.38). L'auteur décrit comment, à travers leurs expériences personnelles, les personnes développent des représentations (croyances personnelles) relatives à l'utilisation de leurs capacités et de leur efficacité dans leur vie (Kielhofner, 2008). Ces croyances personnelles, notamment par rapport à l'utilisation des capacités personnelles, peuvent être mobilisées et potentiellement influencer la course des événements ou des circonstances dans le monde externe. Elles agissent également comme motivateurs (ibid.). Ainsi, les individus *"focaliseront particulièrement leurs efforts là où ils croient qu'ils vont être efficaces"* (Kielhofner, 2008, p.38).

Le self-control

Pour Kielhofner, *"l'auto-efficacité commence avec le self-control"* (Kielhofner, 2008, p.38). Selon lui, pour que la personne puisse mobiliser ses capacités de manière efficiente, elle doit être à même de contrôler ses émotions et pensées ainsi que d'exercer un contrôle sur ses propres actions et décisions (Kielhofner, 2008). L'auteur poursuit dans l'importance qu'il accorde au self-control en regard à l'auto-efficacité. En son sens, il est impossible d'avoir un haut taux d'efficacité si la personne se croit à la merci d'émotions et de pensées incontrôlables. De telle manière, un grand sens du self-control induit une augmentation des capacités d'adaptation de la personne (ibid.). Cette vision éveille un intérêt puisque, comme décrit dans l'introduction, les obsessions peuvent être définies comme des pensées incontrôlables, elles-mêmes génératrices d'émotions difficilement contrôlables par la personne - particulièrement de l'anxiété. Un des moyens mis en place par la personne souffrant d'obsessions est une réponse compulsive à l'obsession, ainsi la personne pourra *"neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse"* (American Psychiatric Association, 2015, p. 277) et donc reprendre un contrôle - relatif certes - sur la situation. Toutefois, ce processus n'est rendu possible que par des comportements ou des actes mentaux *"soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessif"* (ibid.). Les concepts relatifs au self-control définis par

Kielhofner semblent être bien éloignés de cet état de fait. Celui-ci induirait-il que les personnes ayant des obsessions ne pourraient avoir une auto-efficacité perçue comme suffisante ? C'est l'une des pistes que ce travail se propose d'explorer.

L'impact des efforts

Comme le décrit Kielhofner, *"l'habileté à atteindre les résultats souhaités dans la vie peut être contestée de manière différente par les déficiences"* (Kielhofner, 2008, p.38). La déficience, ici la pathologie mentale, engendre que la personne se sente soumise à des facteurs externes qu'elle ne contrôle pas ou peu. Une perte de contrôle plus ou moins marquée apparaît. Se sentir sans aide, démuné est concomitant à de nombreuses formes de pathologies mentales (Kielhofner, 2008). Fréquemment, les personnes avec une maladie mentale ont un manque du sens de contrôle sur les résultats de leur vie, particulièrement dans les cas de dépression (comorbidité fréquente du TOC) (ibid.). Pour Kielhofner (ibid.), la perte d'habiletés affecte l'auto-efficacité. Selon lui, l'incapacité de contrôle sur le monde extérieur peut résulter de ce sentiment de non-pouvoir. Kielhofner induit la notion de temporalité dans sa description, selon lui, *"l'auto-efficacité peut être compliquée par des facteurs importants et conséquents qui pourraient supprimer le contrôle personnel à l'avenir"* (Kielhofner, 2008, p.39). Ainsi, il est ardu d'avoir un sentiment d'auto-efficacité lorsque la maladie - ou d'autres éléments externes - interfère avec les efforts de la personne pour parvenir à une vie meilleure (Kielhofner, 2008). Selon lui, l'individu doit *"atteindre un fin équilibre entre espoir nécessaire pour le futur et attentes irréalistes"* (Kielhofner, 2008, p.39). Ainsi, *"la recherche de l'efficacité implique de connaître la déception, de réaliser ce que l'on ne peut pas contrôler, et de trouver et de souligner ce que l'on est capable d'influencer"* (ibid.). Toutefois, *"trouver une telle vision équilibrée n'est pas facile"* (Burish & Bradley, 1983, cités dans Kielhofner, 2008, p.39).

La perception de soi

"La manière dont les gens jugent leur propre capacité et efficacité est une question d'une grande importance et conséquente" (Kielhofner, 2008, p.39). Ce que la personne pense et éprouve relativement à ses capacités personnelles et de contrôle induit de fortes émotions (Kielhofner, 2008). Dès lors la question de la perception de ses capacités personnelles propres se pose. Kielhofner s'interroge sur la précision avec laquelle les personnes peuvent s'évaluer elles-mêmes (ibid.). Il est évident qu'un nombre important de facteurs influence ce type d'auto-évaluation. Kielhofner (2008) en énumère quelques-uns : les limitations cognitives, la douleur psychologique, les échecs, la surestimation des limitations. Appréhender précisément ses capacités et son efficacité n'est pas toujours aisé (Kielhofner, 2008, p.39). Les situations de par leur nature confrontante (handicap, déficience, difficultés à

agir, etc.) induisent chez la personne des remises en cause de son sens de compétence et d'efficacité. En d'autres termes, ce sont ses déterminants personnels qui sont bousculés, remis en question et - potentiellement - amenés à évoluer. Comme l'énonce Kielhofner, c'est "ce processus très individualisé de découverte de la manière dont la déficience (ici la pathologie mentale) peut restreindre ou compliquer les choses" (ibid.) que la personne doit et/ou désire mener qui définit de manière dynamique la perception que la personne a de soi. Ce rapport à soi, ce que la personne perçoit d'elle-même est évolutif et dynamique. Il se poursuit au fur et à mesure de la vie de la personne. Cette composante - parmi d'autres - permettra à la personne de définir son identité. Cette sous-unité dynamique cristallise le dynamisme global inhérent au MOHO.

2.6.2 Le sentiment d'efficacité personnelle au sens d'Albert Bandura

Définition et concepts centraux

Au sens de Bandura (Chapelle, 2004, p.43), "le sentiment d'efficacité personnelle désigne la croyance qu'à chacun d'être capable d'influencer son fonctionnement psychosocial et les événements qui affectent sa vie". Selon lui, c'est cette croyance qui "est véritablement au coeur de la motivation" (ibid.). Pour le psychologue, ce qui encourage l'individu à prendre des initiatives, à persévérer face aux difficultés, c'est "la conviction que ses actions le mèneront vers ce qu'il attend ou le protégeront de ce qu'il ne désire pas" (ibid.). Au sens de Bandura, toutes les actions personnelles s'inscrivent dans la conviction fondamentale suivante : toute personne "a le pouvoir de changer les choses par l'action" (ibid.). Dans l'élaboration, le maintien, mais aussi dans la modification du sentiment d'efficacité personnelle, Bandura décrit quatre concepts centraux. Le premier, le plus efficace selon lui, "consiste à vivre des expériences de maîtrise" (ibid.). Ce concept repose sur le postulat suivant : "les succès produisent un sentiment d'efficacité [...], les échecs le minent" (ibid.). Toutefois, il n'y a pas lieu à encourager exclusivement des succès simples. Ainsi, une personne qui aura "surmonté des obstacles par des efforts persévérants" (Chapelle, 2004, p.43), tout comme quelqu'un qui aura appris à transformer ses échecs en sources d'apprentissage développera un "sentiment d'efficacité résilient" (Chapelle, 2004, p.44). Un des moyens préconisés par Bandura est de placer l'individu "dans des situations dans lesquelles il réussira" (ibid.). La seconde notion développée par Bandura est définie comme les expériences vicariantes qui comprennent le modelage et la comparaison sociale (Bandura, 2007). Cette notion consiste à percevoir les autres comme "une source d'inspiration, de compétences et de motivation" (ibid.). Ce que chacun perçoit de l'autre - ses réussites comme ses échecs - se répercute sur "nos croyances en notre propre efficacité" (ibid.). Le troisième concept défini par le scientifique est celui de la persuasion sociale qui

“est une autre façon d’influencer le sentiment d’efficacité personnelle” (ibid.). Selon lui, “des encouragements réalistes peuvent aider à poursuivre les efforts, et augmenter les chances de succès” (ibid.). Afin que les résultats soient positifs, il encourage l’utilisation de conseils sans quoi les encouragements seuls “ne donnent pas beaucoup de résultats” (ibid.). Le dernier concept que Bandura expose est relatif à l’état physique et émotionnel de la personne. Tout individu se fie, en partie du moins, à son état émotionnel et physique pour juger de sa propre efficacité. Selon les circonstances, “il peut les interpréter comme des signes de déficience” (ibid.). L’humeur est une composante importante car elle affecte - positivement ou négativement - le sentiment d’efficacité personnelle (ibid.).

Différencier l’efficacité personnelle de l’estime de soi

Ces deux concepts paraissent relativement connexes. Bandura se propose de les différencier. Cette démarche paraît être pertinente relativement à ce travail et à l’étude de cas qui y sera intégrée. Pour Bandura, les deux concepts *“sont souvent utilisés de manière interchangeable [...] alors qu’ils renvoient à des données totalement différentes”* (Bandura, 2007, p. 24). L’auteur développe une séparation claire entre ces deux concepts : *“l’efficacité personnelle perçue concerne les évaluations par l’individu de ses aptitudes personnelles, tandis que l’estime de soi concerne les évaluations de sa valeur personnelle”* (ibid.). L’auteur insiste sur un élément intéressant : *“ il n’y a pas de relations systématiques”* (ibid.) entre l’efficacité personnelle et l’estime de soi. En effet, nombreux sont *“les domaines de fonctionnement où les individus s’estiment inefficaces, mais ne s’en soucient pas et ceux où ils se sentent très efficaces, mais n’en tirent pas de fierté en raison des conséquences néfastes”* (ibid.). La notion de rendement relative à l’efficacité personnelle est également mise en avant par le psychologue. En effet, selon Mone, Baker & Jeffries (1995, cités dans Bandura, 2007, p. 25), *“l’efficacité personnelle perçue prédit les buts que les gens se fixent et les performances qu’ils obtiennent, tandis que l’estime de soi n’affecte ni les buts personnels ni la performance”*. En ce sens, l’intérêt porté à l’efficacité personnelle dans les occupations des personnes adultes présentant un trouble obsessionnel compulsif, semble pertinent. En effet, l’efficacité personnelle mobilise des éléments similaires à ceux mobiliser dans l’occupation. Tout particulièrement la performance (performance occupationnelle) et les buts - comme l’énonce Meyer (2013), les occupations ont des buts.

L’efficacité personnelle, les attentes de résultats

La visée de ce paragraphe est de mieux cerner ce qui pousse la personne à agir, à quoi elle tend quand elle initie un comportement ou une action. Des actions que tout individu entreprend résultent des résultats, qui sont eux-mêmes conséquents à une performance. Le comportement de l’individu détermine les résultats produits (Bandura, 2007). Qui plus est,

“les résultats prévus dépendent largement du jugement des personnes sur leurs capacités à réussir dans des situations données” (Bandura, 2007, p.39). Bandura définit une relation causale forte entre les croyances d'efficacité personnelle et les attentes de résultats (Bandura, 2007). Il différencie nettement efficacité personnelle perçue et attente de résultats. La première notion étant *“un jugement sur l'aptitude d'un individu à organiser et exécuter des performances”*, l'attente de résultat étant *“un jugement sur la conséquence probable que ces performances entraîneront”* (Bandura, 2007, p.39). Bandura (2007) expose trois types d'attentes de résultats : les effets physiques (expériences sensorielles agréables ou désagréables et plaisir/inconfort physique), sociaux (réactions d'autrui - positives ou négatives) et autoévaluatifs (positifs ou négatifs consécutifs au comportement personnel).

Le jugement d'efficacité et l'action

Selon Bandura, *“les gens évaluent leur efficacité parce que cela sert des objectifs fonctionnels”* (Bandura, 2007, p.97). Si les individus manifestent des croyances d'efficacité dans un domaine - ou dans une action - c'est car ils estiment en eux des capacités sous-jacentes (sous-attitudes qui tendent à des performances plus complexes) (Bandura, 2007). Toutefois, certaines conditions *“peuvent entraîner de l'incohérence entre la croyance d'efficacité et l'action”* (Bandura, 2007, p.98). Elles peuvent être relatives, notamment, à des évaluations déficientes, aux ambiguïtés des exigences de la tâche, aux discordances réelles entre la pensée autoréférente et l'action (Bandura, 2007).

Selon le scientifique, afin de pouvoir juger de son efficacité personnelle il faut *“connaître les exigences de l'activité”* (Bandura, 2007, p.102). Afin de pouvoir appréhender si elle détient les aptitudes requises pour réaliser une activité la personne doit connaître *“les exigences qui doivent être satisfaites pour réaliser”* ladite activité (ibid.). La nature des activités varie fortement selon le *“niveau de difficulté et les sous-aptitudes qu'elles requièrent”* (ibid.), mais aussi selon leurs exigences (aptitudes cognitives et mnésiques, d'habileté manuelle, de force, d'endurance et de capacité à gérer le stress) (Bandura, 2007).

Bandura introduit le facteur temporel dans sa description. Selon lui, dans la vie quotidienne, *“les compétences des gens sont testées à diverses reprises, ce qui entraîne des réévaluations périodiques de l'efficacité personnelle”* (Bandura, 2007, pp.105-106). Dans sa perception, le comportement de l'individu est *“régulé par les croyances d'efficacité qui agissent au moment où il a lieu, plutôt que par celles exprimées antérieurement”* (Bandura, 2007, p.106). Ce sont donc les croyances d'efficacité d'une personne à un moment donné qui seront mobilisées. Certes, ces dernières seront impactées par des éléments antérieurs, mais finalement elles seront définies d'une manière précise dans une situation précise. L'action est directement liée aux objectifs fonctionnels que l'individu poursuit. Pour les

atteindre, l'individu évalue son efficacité dans l'action. Il définit des croyances d'efficacité qui le mèneront à réaliser ou non l'activité, à sous-estimer ou à surestimer ses capacités. Ce processus peut induire des sources de discordances entre le jugement d'efficacité et l'action. Il paraissait important de souligner ces notions.

2.6.3 Comparaison Kielhofner/Bandura

Le premier élément à mettre en avant quant aux perceptions des deux auteurs sur l'auto-efficacité est la place dont bénéficie ce concept dans leur modélisation. Si pour Bandura ce concept est central à son œuvre ; pour Kielhofner, il est une composante d'une modélisation plus large. Toutefois, il y a certainement plus de points communs entre les concepts exposés par chacun des scientifiques que de différences. L'idée que la personne mobilise ses capacités pour atteindre des résultats souhaités, le fait que l'auto-efficacité soit relative à de nombreuses sphères de la vie des personnes, les facteurs contextuels, les croyances personnelles, l'influence des actions de l'individu, l'importance des émotions, sont autant de notions communes aux deux perceptions.

Il paraît cependant que Kielhofner appréhende de manière plus fine le caractère dynamique et consécutif du sentiment d'efficacité personnelle. Il prend en compte des situations particulières où la personne se trouve confrontée à des pertes de contrôle, à des changements importants dans sa vie quotidienne, en un mot à des facteurs externes. Peut-être Kielhofner insiste-t-il plus sur le fait que le sentiment d'efficacité soit soumis à des contraintes externes.

2.7 Présentation de l'occupation

Il semble important de définir l'occupation puisque ce concept tient une place centrale dans ce travail. En effet, l'intérêt se porte certes sur le sentiment d'efficacité personnelle, mais ce dernier est contextualisé et contraint à un domaine particulier et défini : les occupations.

Dans la volonté de définir ce concept, plusieurs définitions ont paru pertinentes. En ce sens, la définition proposée par Meyer revêt un double intérêt. En plus d'être contemporaine, elle est partagée par le réseau européen des écoles d'ergothérapie (ENOTHE). Meyer (2013, p.59) définit l'occupation comme *“un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socioculturelle et un sens personnel. Elles sont le support de la participation à la société. Elles comprennent les soins personnels, le travail et les loisirs”*. Comme le décrit Meyer, une des composantes de l'occupation est le sens personnel (Meyer, 2013). Ce dernier soutient l'identité. L'American Occupational Therapy Association (AOTA, 2014, p. 5) développe cette notion : *“les occupations sont essentielles à l'identité et au sens de*

compétence d'un client (personne, groupe ou population) et ont une signification et une valeur particulières pour ce client". Au sens de l'AOTA (2014), toute personne confère un but, une signification et une utilité perçue aux occupations dans lesquelles elle s'engage.

Il semble intéressant de s'intéresser à la définition qu'offre Kielhofner de l'occupation puisque le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) sera utilisé en filigrane tout au long de ce travail. Pour l'auteur, l'occupation humaine s'apparente aux activités professionnelles, de loisir ou de la vie quotidienne s'inscrivant "*dans un contexte temporel, physique et socioculturel qui caractérise une grande partie de la vie humaine*" (Kielhofner, 2008, p.5). Selon lui, si une personne s'engage dans une occupation c'est aux conditions suivantes : se sentir efficace dans la réalisation, avoir de l'intérêt, trouver du sens et de la valeur et des occasions ou des attentes générées par l'environnement (Kielhofner, 2008). Ces éléments - comme ceux développés plus haut - étayent manifestement que le sens personnel est inhérent à l'occupation. Le sentiment d'efficacité personnelle est l'un des différents facteurs qui le soutient. Il est donc indissociable de la notion d'occupation.

Ces quelques notions ont abordé le concept d'occupation de manière synthétique et ont fait apparaître le caractère indissociable du sentiment d'efficacité personnelle relativement à l'occupation. Il semble toutefois impératif de compléter celles-ci par une notion inhérente à l'occupation et que les susmentionnées définitions n'ont pas permis de faire apparaître clairement : le caractère dynamique des occupations. Kielhofner (2008, p. 24) le définit de la manière suivante : "*un processus hautement organisé se déroule au fur et à mesure que les gens se livrent à leurs occupations quotidiennes*". Ainsi, il développe une vision de l'occupation humaine relative à perspective hétéroarchique où les aspects personnels et les aspects environnementaux "*sont liés dans un ensemble dynamique*" (Capra, 1997 ; Clarke, 1997; Thelen & Ulrich, 1991; Turvey, 1990 cités dans Kielhofner, 2008, p. 25). L'occupation résulte donc de facteurs volitionnels, habituationnels, environnementaux et des capacités de performance ; chaque composant contribuant à ce large dynamisme (Kielhofner, 2008). Mais cette synthèse est un trop court raccourci. Les notions développées par Kielhofner à travers la présentation du MOHO doivent être approfondies.

2.8 Présentation du MOH

Le modèle de l'occupation humaine (MOH) peut être perçu comme un processus cyclique irrégulier, plutôt que directionnel/linéaire. Ainsi, il est ardu de sélectionner un concept du modèle comme point de départ pour fournir une explication logique. Kielhofner divise le processus occupationnel en trois grandes entités s'inscrivant dans un cadre environnemental, qui sont la personne (l'être), l'occupation (l'agir), et l'adaptation (le

devenir). Si une personne possède des habiletés lui permettant de performer dans ses occupations cela la soutient dans sa participation sociale. Relativement à cette performance et participation, la personne va recevoir des feedbacks de la part de son environnement physique et social, ce qui lui permettra de s'autoévaluer de manière plus ou moins positive ou négative. Cette auto-évaluation semble centrale dans le processus, étant donné qu'elle permet à la personne de se construire une identité occupationnelle. En effet, selon Matuska et Christiansen (2009), l'histoire occupationnelle, les expériences et la participation soutiennent la création d'une identité. Cette dernière est constituée de la perception qu'a la personne de ce qu'elle est, et de ce qu'elle aimerait devenir. Elle comprend la connaissance de l'efficacité personnelle, des intérêts et valeurs individuels, ainsi que le sens que l'individu donne à ses habitudes. L'identité fait ainsi intervenir les concepts qui composent la personne, soit la « volition », « l'habitation » et « les capacités de performance ». C'est précisément ce qui se trouve dans le concept « volition » qui est intéressant ici. Ce concept est composé des déterminants personnels, du système de valeur et des intérêts de la personne. Bien que ces trois sous-unités soient difficilement appréhendables de façon distincte, l'accent sera mis sur les déterminants personnels, dans lesquels s'inscrit le phénomène à l'étude : le sentiment d'efficacité (Kielhofner, 2008).

Dans les déterminants personnels, Kielhofner distingue encore le sentiment d'efficacité du sentiment de capacité. Cependant la frontière est très mince, et considérer ces deux éléments de manière séparée ne servirait pas la récolte de données et les interprétations. En effet, c'est le chevauchement de ces définitions qui renforce l'opinion qu'il serait piégeur et prétentieux d'essayer de les isoler. Dans la suite de ce travail, la notion de sentiment d'efficacité sera essentiellement utilisée, bien que les auteurs soient conscients qu'elle implique inévitablement des éléments que Kielhofner associe au sentiment de capacité (Kielhofner, 2008).

Un des postulats centraux de Kielhofner relatif au sentiment d'efficacité, est que les personnes se sentant efficaces ont tendance à chercher des opportunités pour performer et participer socialement, afin de recevoir des feedbacks positifs, et ainsi renforcer leur sentiment. Les personnes ayant un faible sentiment d'efficacité ont la tendance inverse, soit contourner les opportunités d'expérience occupationnelle, afin d'éviter les feedbacks environnementaux négatifs. De ce dernier constat émerge un phénomène cyclique entre comportement d'évitement et diminution du sentiment d'efficacité. Ainsi, selon le dynamisme du MOHO, cette diminution va engendrer une reconstruction de l'identité et de la compétence occupationnelle. Selon Kielhofner (2008), des études montrent qu'un trouble affecte la compétence occupationnelle de manière plus prononcée que l'identité

occupationnelle ; les composantes de l'identité restent pour la plupart stables malgré un trouble, alors que les comportements mis en place pour satisfaire cette identité, correspondant à la compétence occupationnelle, sont considérablement affectés. La différence d'impact qu'a le trouble sur ces deux composantes induit un déphasage inévitable, qui explique la naissance d'une adaptation occupationnelle ; l'identité et la compétence occupationnelle sont en phase lorsqu'une personne possède toutes ses habiletés pour performer de manière satisfaisante dans les occupations, et qu'elle peut ainsi répondre à ses attentes identitaires. L'adaptation qu'engendre la survenance d'un trouble est le deuxième phénomène central de cette étude de cas (Kielhofner, 2008).

2.9 Synthèse de la recension des écrits et problématique

En recensant les divers guides de pratique relatifs à la prise en charge des TOC, tant en psychothérapie qu'en ergothérapie, divers impacts sur la vie quotidienne peuvent être objectivés. De manière générale, les personnes présentant un TOC sont affectées dans la performance de leurs activités ainsi que dans divers rôles (Duncan & Prowse, 2014). Selon Cara (2012), le trouble peut affecter tous les aspects du fonctionnement occupationnel (travail, soins personnels, loisirs), ainsi que la performance dans certains rôles. L'aspect cognitif de la symptomatologie peut affecter la recherche d'emploi, et générer des difficultés dans la réalisation d'une tâche ; incapacité à compléter un travail, distractibilité. L'aspect chronophage entrave la gestion et le maintien d'un emploi du temps, et rend les relations sociales difficiles (Clair & Trybou, 2016).

Cependant, au-delà de ces difficultés objectives, peu d'ouvrages s'intéressent à la subjectivité de la personne, à ce qu'elle est amenée à vivre, à ses expériences. Certes, le sentiment d'efficacité chez les personnes présentant un trouble anxieux ou un trouble obsessionnel compulsif a été exploré dans plusieurs études, mais sans en être l'objet central, et sans être investigué de manière approfondie. De plus, ce sentiment est souvent évalué dans une perspective quantitative plutôt que qualitative. Les éléments présentés ci-dessus transparaissent dans plusieurs études. Le sentiment d'efficacité dans le "combat" du trouble obsessionnel compulsif, dans un cadre de thérapie cognitivo-comportementale, a été étudié chez les enfants (Merlo et al., 2010). Il a également été étudié chez l'adulte, dans un contexte d'exposition à la situation obsessionnelle et compulsive, en demandant au sujet d'estimer le temps durant lequel il serait capable de maintenir sa main dans un contenant sale (Jones & Menzies, 1997). En lien, d'autres auteurs se sont intéressés au sentiment de contrôle personnel dans les situations obsessionnelles et compulsives (Gelfand & Radomsky, 2013 ; Timpano & Schmidt, 2013). Mais force est de constater qu'aucune étude

n'a mis l'accent sur le sentiment d'efficacité personnelle relativement aux occupations. C'est pourquoi il semble pertinent de s'intéresser au sentiment d'efficacité personnelle perçu par les personnes présentant un TOC dans la réalisation de leurs activités afin de mieux appréhender leur expérience personnelle et de mieux percevoir les défis occupationnels auxquels elles sont confrontées.

3. Méthodologie

3.1 But

Le but de ce travail est d'explorer, à travers la narration, ce que la personne adulte présentant un TOC exprime de son sentiment d'efficacité personnelle, relativement à ses occupations.

3.2 Questions de recherches

Ce travail de Bachelor s'intéresse aux questions suivantes :

- Comment la personne adulte présentant un trouble obsessionnel compulsif perçoit son sentiment d'efficacité dans ses activités de la vie quotidienne ?
- Comment la personne adulte présentant un trouble obsessionnel compulsif s'adapte pour augmenter son sentiment d'efficacité ?

3.3 Type de recherche

L'étude menée est qualitative et de type exploratoire. Il est paru pertinent de recourir à une approche qualitative qui permet, de par son caractère descriptif, d'étayer les objectifs de ce travail.

Le design retenu pour ce travail est une étude de deux cas. La plus grande force de l'étude de cas est sa profondeur, caractérisée par une prise en considération large, ce qui paraît pertinent au vu de la complexité du phénomène étudié (Flyvbjerg, 2011 ; Loiselle, Polit, Profetto-McGrath & Beck, 2007). En effet, nous avons privilégié une démarche itérative afin d'explorer en profondeur l'expérience personnelle des participants. Ainsi, la visée de l'étude de cas est d'obtenir une base narrative, permettant de mettre en évidence ce que dit la personne de ce qu'elle vit. Pour ce faire, deux entretiens semi-dirigés individuels, menés par les deux auteurs principaux, ont été réalisés pour chacune des deux personnes participant à l'étude. Ces entretiens ont été entièrement audio-enregistrés puis retranscrits sous forme de verbatims dans leur intégralité. Une analyse thématique continue a été réalisée par deux codeurs indépendants.

3.4 Délimitation du champ d'investigation et description de la population retenue

Les participants à l'étude devaient répondre aux critères suivants. Ils devaient être domiciliés en Suisse, être âgés de 18 à 65 ans, comprendre le français écrit et verbal, et avoir un diagnostic principal de trouble obsessionnel compulsif limitant la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne. Le critère d'exclusion était que les participants à l'étude ne devaient pas présenter de déficit cognitif qui limiterait la réalisation de l'entrevue.

3.5 Mode de recrutement et démarche pour la collecte des informations

Une fois la prise de contact avec les participants effectuée, un premier rendez-vous de type informatif a été convenu. La date et le lieu du rendez-vous ont été choisis librement par les participants. Durant cette rencontre, les buts de l'étude et la démarche ont été présentés aux personnes, tout comme leurs possibilités de retrait. L'ensemble de ces informations a été inscrit sur un formulaire de consentement (cf. annexe) que les personnes, après avoir accepté de participer à l'étude, ont signé.

3.6 Méthode de collecte de données

Les données ont été récoltées grâce à deux entretiens semi-dirigés pour chacun des participants.

3.7 Méthode d'analyse des résultats

Une analyse thématique en continu des données récoltées (verbatim) a été réalisée par deux codeurs indépendants. Cette démarche itérative a fait émerger diverses catégories regroupées en thèmes et sous-thèmes. Il faut préciser qu'aucun thème n'a été prédéfini avant la récolte de données.

3.8 Éléments éthiques

Chaque participant a été informé de manière claire du déroulement des entretiens. A cette attention, un formulaire de consentement écrit a été soumis à chaque participant (cf. annexe13.1). Celui-ci comprend les éléments de confidentialité et de retrait de la participation (Tétreault et Guillez, 2014, p.529-530). Il stipule que les participants ne peuvent pas être reconnus dans l'étude et précise qu'un code est utilisé à cette fin. Ce dernier garantit confidentialité, anonymat et possibilité de désistement. Les personnes participant à l'étude ont été informées qu'elles étaient en droit d'interrompre l'entretien à tout moment et/ou de ne pas répondre à certaines questions relativement à leurs souhaits. Le formulaire

précise que les données récoltées lors des interviews sont utilisées uniquement par les deux étudiants pour ce travail de Bachelor et seront détruites suite à la validation du travail. Enfin, une clause dans le document écrit stipule que l'étude peut potentiellement être publiée.

4. Résultats

Les deux sujets de l'étude sont féminins et vivent chez leurs parents. L'un a une vingtaine d'années et est actif dans le monde du travail ; l'autre a une cinquantaine d'années et ne travaille pas. Au total, quatre entretiens ont été audio-enregistrés, puis retranscrits en verbatims. L'analyse des données a permis de faire ressortir dix thèmes et quatorze sous-thèmes. Les résultats sont ainsi présentés par thèmes et sous-thèmes. Les citations illustrant les thèmes et les sous-thèmes proviennent des différents entretiens. Ce qui a été conservé est ce qui paraissait être le plus pertinent vis à vis du but de l'étude.

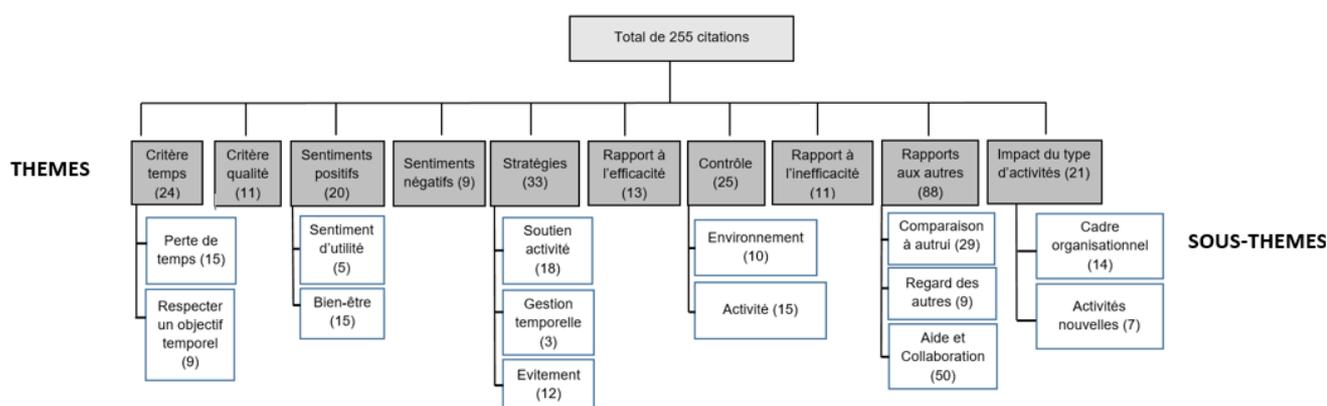


Figure 1 : Synthèse des verbatims

4.1. Le critère du temps comme déterminant du sentiment d'efficacité

Ce thème reflète la place et l'importance que les participantes attribuent au temps dans leur sentiment d'efficacité. La participante 1 synthétise cette notion de la manière suivante : « *C'est le temps (...) la durée d'une activité qui est le plus important. Le critère le plus important ...) par rapport à l'efficacité* ». Deux sous-thèmes sont identifiables parmi les dires des participantes : « la notion de perte de temps », et « les difficultés à respecter un objectif temporel ».

4.1.1. La notion de perte de temps

Ce sous-thème décrit l'impact de la perte de temps sur le sentiment d'efficacité des participantes. A noter que les activités impliquant des obsessions et des compulsions influencent considérablement la durée de celles-ci :

Participante 2 : « (...) ce qui se passe quand je vais me coucher je me dis, mais « non, mais sérieux t'es allée te préparer pour aller au lit à 11h00, c'est 00.30 quoi » alors que je devais juste prendre une douche, pis aller me coucher et me laver les

dents. J'en ai pour 1h30 j'exagère, mais 45 minutes quoi. Ouais 50 minutes, et je me dis, je me dis pas « ah ouai trop bien je me suis lavée les dents je me suis douchée, je me dis non, mais franchement je suis crevée, (...) j'ai perdu une heure de sommeil pour ça. Donc je me sens pas du tout efficace. »

Participant 1 « C'est tout le temps que (...) j'ai passé dans mon appartement avec l'assistant. Ça m'a pris beaucoup de temps et pis (...) c'est toujours la même chose. Mais chaque fois je me sens inefficace parce que ça m'a pris trop de temps. »

Cette perte de temps se ressent davantage dans les activités jugées inutiles, chez la participante 2 :

Participant 2 « Mais d'ailleurs c'est ça qui me dérange en fait. C'est de perdre du temps pour des trucs futiles quoi. »

« Parce que (...) c'est fatigant. C'est (...) c'est chiant. Moi des fois, je perds des journées à faire des trucs inutiles. Pis je pense que personne aime perdre son temps. »

4.1.2 Les difficultés à respecter un objectif temporel

Ce sous-thème, étroitement lié au précédent, souligne la difficulté des participantes à réaliser une activité selon un objectif temporel défini. La non-atteinte de cet objectif peut engendrer un retard sur le reste de l'emploi du temps :

Participant 1 : « J'ai déjà eu beaucoup de peine à me lever pour dîner, mais je remets toujours mon réveil. Je le programme pour 15 minutes de plus et pis après je rajoute 5 minutes et pis 5 (...). (...) là non plus j'arrive jamais à tenir mes objectifs. »

Participant 2 : « Je suis tout le temps en retard (...). Moi, (...) on me fixe une limite temps, c'est pas possible. »

Le rapport au temps devient donc parfois abstrait pour les participantes, et n'est plus considéré comme déterminant dans une activité :

Participant 2 : « Mais je me donne jamais un temps pour une activité parce que de tout manière ça sert à rien, parce que je le respecte jamais. »

Participant 2 : « Donc en fait, (...) pour moi le temps c'est trop abstrait ça veut rien dire. Le seul truc qui rythme mes journées c'est pas les heures, c'est les activités qui ont un horaire précis et c'est le seul truc. Sinon moi, je vais jamais me dire « ok je me lève à 6h30 là, je mets 20 minutes pour faire ci, je mets 30 minutes pour faire ça. »

Participante 1 : « *Des fois, je sais même plus quelles sont (...) les durées, ou les niveaux de qualité, qui sont (...) normalement attribués à chaque activité.* »

4.2 Le critère de la qualité comme déterminant du sentiment d'efficacité

De la même façon que le thème précédent, ce thème reflète la place et l'importance que les participantes attribuent à la qualité dans leur sentiment d'efficacité :

Participante 1 : « *Un autre critère qui est très important pour moi c'est la qualité de ce que je fais.* »

Cette recherche de qualité devient handicapante pour les participantes lorsqu'elle se traduit par des exigences trop élevées :

Participante 1 : « *Et pis la qualité, c'est (...) aussi un peu un handicap quand je veux... quand je suis trop perfectionniste.* »

Participante 2 : « *Tout en sachant que il faut quand même que ça me plaise mais je sais que finalement moi je suis plus exigeante que les gens donc (...) même quand on me dit que c'est bien je suis là (...) je comprends pas pourquoi on me dit que c'est bien, moi je trouve que c'est de la merde.* »

4.3 Les sentiments positifs apparentés au sentiment d'efficacité

Les participantes ont décrit différents sentiments les habitant lorsqu'elles se sentent efficaces dans la réalisation d'une activité. Les sous-thèmes les caractérisant sont : "le sentiment de bien-être" et "le sentiment d'utilité".

4.3.1 Le sentiment de bien-être

Ce sentiment constitue le premier sous-thème des sentiments positifs ; des sensations d'apaisement et de joie sont exprimées par les participantes lorsqu'elles réalisent une activité qu'elles apprécient ou dans laquelle elles se sentent efficaces :

Participante 1 : « *Là, j'étais contente d'avoir pu faire ça plus vite que prévu.* »

Participante 2 : « *Je suis trop contente de ranger. Vraiment, le truc que personne n'aime faire je crois. Mais, moi vraiment (...) quand j'ai fini, je suis pire soulagée en fait. Je suis vraiment trop tranquille.* »

La seconde participante fait également l'association entre un rangement physique et un rangement mental :

Participante 2 : « *Ma chambre elle est propre. Mes idées elles sont claires. (...) je suis satisfaite de ce que j'ai fait.* »

4.3.2 Le sentiment d'utilité

Ce type de sentiment positif constitue le second sous-thème. Ce sentiment a été relaté comme étant particulièrement important par la seconde participante :

Participante 2 : « *Parce que j'ai vraiment la sensation d'avoir fait quelque chose (...) d'utile vraiment parce que, d'habitude, je perds mon temps.* »

Participante 2 : « *Mes TOC - mes obsessions, elles ont servi à quelque chose de positif. Tu vois, genre, dans ces cas-là, je me sens utile et efficace.* »

4.4 Les sentiments négatifs apparentés au sentiment d'inefficacité

Le versant du thème précédent est les sentiments à teinte négative, que les participantes ressentent lorsqu'elles se perçoivent comme inefficaces dans la réalisation d'une activité. Leurs descriptions soulignent le caractère changeant et évolutif de leurs sensations :

Participante 2 : « *Je m'en veux de devoir faire ça, faire ces rituels, etc. Parce que je sais pertinemment que ça sert à rien. Pis après en fait, je passe par plusieurs états d'esprit si tu veux.* »

De façon chronologique, les deux participantes semblent avoir une réaction d'agacement ou de colère, qui se transforme petit à petit en sentiment de tristesse :

Participante 1 : « *Quand je me sens inefficace, y a aussi de plus en plus un sentiment de colère contre ma situation et pis contre moi. Et pis aussi un sentiment (...) de détresse et pis (...) une dépression qui s'installe, qui s'est installée depuis de nombreuses années à force d'être inefficace. Pis pas d'avoir de temps pour moi.* »

Participante 2 : « *(...) je suis énervée parce que je dois faire mes TOC. Après (...) je suis agacée parce que, à cause de ça, je perds du temps, je perds mes affaires, j'oublie mon sac enfin des trucs comme ça. Pis après, après coup, un peu plus tard, je prends un peu de recul, (...) je suis un peu triste tu vois.* »

4.5 Les stratégies permettant de soutenir le sentiment d'efficacité

Les sujets de l'étude mobilisent des stratégies qu'ils ont développées et qui les soutiennent dans leurs activités de la vie quotidienne - et ce, malgré certains impacts jugés par les interviewées comme négatifs. Le type de stratégies utilisé varie selon la personne. Cependant, s'il est vrai que l'analyse des données a révélé des particularités individuelles dans ces stratégies, ces dernières peuvent néanmoins être regroupées selon certaines similitudes.

4.5.1 La stratégie de l'évitement

L'évitement représente une stratégie commune aux deux participantes. Elles préfèrent ne pas se trouver confrontées à une situation redoutée et, autant que faire se peut, l'évitent. L'interviewée 2 l'exprime clairement relativement à une activité précise (aller aux bains) : « *J'évite d'y aller pour pas avoir à me mettre dans un état de stress.* ». Toutefois, les participantes à l'étude expriment que cette stratégie induit des conséquences négatives. Elle peut engendrer une perception de soi dévaluée, notamment en lien avec l'efficacité :

Participant 1 : « (...) *c'est pas moi qui fait la tâche en question. La tâche que j'évite, je demande à quelqu'un d'autre de la faire. Donc c'est encore pire que de la faire en se sentant inefficace.* »

Les personnes interrogées expriment que cette stratégie peut conduire à un désinvestissement occupationnel :

Participant 1 : « *En général je l'essuie (la vaisselle). Mais avant je la faisais. Mais maintenant, je ne la fais plus.* »

L'évitement n'est pas toujours possible et cela peut induire des conséquences désagréables pour les personnes :

Participant 2 : « *Y a un certain moment où tu peux plus éviter. Et pis du coup, t'es encore dans des plus mauvaises conditions (...) ce jour-là que si tu l'avais fait à l'avance.* »

Finalement, selon les sujets de l'étude, cette stratégie a un impact sur leurs interactions sociales. L'interviewée 2 exprime cela relativement à une activité de cuisine entre amies, à laquelle elle évite de participer par appréhension d'être confrontée à une situation redoutée :

Participant 2 : « *Enfin, ça typiquement, je me culpabilise. (...) j'ai des copines, elles font tout et moi je suis là « je suis désolée, mais moi je peux pas vous aider ». C'est trop horrible. Enfin, c'est pire égoïste.* »

4.5.2 Les stratégies mises en place pour soutenir la réalisation d'activité

Les personnes interrogées expriment avoir développé différentes stratégies de soutien pour réaliser les activités. Tant l'interviewée 1 que l'interviewée 2 expriment mobiliser des stratégies de détournement de l'attention (ou d'auto conviction) sur des éléments externes, ce qui leur permet de réaliser tout ou partie de l'activité.

Participant 2 : « (...) *je me fais des petits mensonges ou justement je regarde pas, (...) je détourne mon attention en fait. Et ça, ça fonctionne bien. Ça franchement ça*

fonctionne bien. Et pour pas être énervée, pas être stressée, de pas me poser mille questions (...) y a pas longtemps que je fais ça, mais ça marche. »

Lors de ses déplacements, l'interviewée 1 déclare que « *la stratégie c'est de me concentrer sur quelque chose ou de me dire je ne me retourne pas* » afin d'éviter de contrôler constamment qu'elle n'a causé aucun préjudice. L'interviewée 1 exprime une autre stratégie qu'elle mobilise quand elle n'est guère motivée par l'activité. « *Alors je me dis que je vais mettre en même temps un autre objectif (...). J'ajoute un autre objectif qu'est quelque chose qui me fait plaisir* ». L'interviewée 2 applique une stratégie pour se rassurer quand l'activité demandée lui paraît difficilement réalisable : « *(...) une de mes stratégies, c'est généralement quand je fais quelque chose, quand je crée, je vais toujours demander à quelqu'un qui me rassure en fait. Qu'il me dise "oui, oui, c'est très bien. Continue comme ça". Sinon, j'avance pas.* ». Relativement à la problématique du TOC et aux rituels, la clôture de l'activité peut être problématique. L'interviewée 1 a développé sa propre stratégie. « *Y'a des fois ce qui m'aide à arrêter, c'est si j'écoute de la musique pis qu'une musique est assez rythmée, j'arrive à lire un peu en rythme comme ça. Et pis à m'arrêter en fonction de la musique.* » Finalement, l'interviewée 1 exprime que, pour elle, une stratégie importante est de faire l'activité et de ne pas la déléguer : « *Je suis contente d'avoir fait la tâche en question, plutôt que l'avoir déléguée à quelqu'un d'autre* ».

4.5.3 Les stratégies en lien avec la gestion temporelle

Ce type de stratégies est particulièrement appliqué par l'interviewée 2 qui sature son emploi du temps afin d'éviter certaines conséquences. « *Quand j'ai du temps libre, je passe la plupart de mon temps à (...) ruminer tu vois. Et c'est super négatif. C'est pour ça que je fais plein de trucs, que j'occupe tout le temps mes journées. Parce que, sinon, je fais rien en fait.* » La personne est toutefois consciente des conséquences de cette stratégie sur le moyen à long terme : « *le planning chargé c'est une solution à court terme qui peut fonctionner tu vois. Genre, mais à long terme, c'est une accumulation de fatigue et pis ça améliore pas du tout - mais pas du tout - les choses en fait. Donc, c'est un peu une fausse stratégie.* ».

4.6 La notion de contrôle

La notion de contrôle est présente chez les deux personnes ayant témoigné lors de cette étude. Les interviewées décrivent une notion de contrôle se rapprochant d'un besoin.

Participant 1 : « *(...) j'ai envie que tout soit sous contrôle, pour éviter une surprise sur le moment.* »

Ce besoin se révèle principalement dans deux domaines différents : « l'activité » et « l'environnement physique et social » (représentés dans les sous-thèmes).

4.6.1 L'activité

C'est ce sous-thème qui est majoritairement représenté. Les sujets de l'étude expriment que d'être en contrôle leur permet de se sentir à l'aise quand ils performant dans les activités :

Participant 2 : « *Ben en fait, je sais ce que je dois faire. Je sais exactement comment je veux ranger, comment je veux que ça soit entreposé, etc., où est-ce que je dois mettre ce qui doit être jeté. Enfin voilà. J'ai une idée très précise de ce que je veux et je sais que je peux l'accomplir.* »

Le fait d'être en contrôle est perçu comme un étayage pour eux (notamment pour la confiance ou la prise d'initiative).

Participant 2 : « *Et pis par contre, y a d'autres activités où je me sens vraiment à l'aise dans le domaine, où je sais ce que je dois faire, où je sais que là c'est bon j'ai confiance (...). Typiquement en hand (handball) et tout je suis hyper à l'aise, je sais ce que je dois faire, aussi sur un terrain machin, et là c'est moi qui dirige un peu l'équipe voilà.* »

Le besoin de contrôle se révèle également dans la clôture de l'activité. L'interviewée 1 en parle ainsi : « *Quand l'activité est terminée vous dites ? C'est un peu quand j'arrive à sortir de la boucle de mon TOC. Quand j'arrive à arrêter cette envie de toujours contrôler et pis de reconstrôler et pis de recommencer.* »

4.6.2 L'environnement physique et social

La notion de contrôle est également présente dans l'environnement, tant physique que social, de la personne. L'interviewée 1 exprime que le contrôle peut se transférer sur son environnement social : « *Pis là, je leur ai dit (aux infirmiers du CMS) qu'on allait fixer un nombre de fois, donc six. Et pis que ce qui m'aiderait c'est qu'ils me disent, que y a pas de risque si je me lave pas bien, ou que six fois c'est suffisant (...)* »

Comme pour l'activité, la notion de contrôle sur l'environnement social permet à la personne de se sentir plus à l'aise, et notamment de se rassurer. Cela peut toutefois induire des difficultés interpersonnelles et relationnelles. L'interviewée 2 exprime que ses rapports aux autres étaient entravés par ses exigences. Pour pouvoir fonctionner, elle a dû s'adapter : « *Mais du coup, je continue à être exigeante envers moi (...) mais plus avec les autres. Parce que j'ai compris que (...) ça venait de moi en fait, cette exigence* » et que « *la seule manière de pas venir contrôler tout ce que les gens font ben c'est de pas être derrière eux. Donc c'est simplement de pas regarder ce qu'ils font.* »

La notion de contrôle se transpose également à l'environnement physique sur lequel les personnes portent une attention conséquente. C'est particulièrement vrai pour un des sujets de l'étude dont le TOC induit un besoin de contrôle même lors de ses interactions sociales. A de nombreuses reprises durant les entretiens, il s'est inquiété du contrôle qu'il avait sur son environnement physique (ex. « *Juste, c'était fermé la porte ?!* »).

4.7 L'influence du rapport aux autres sur le sentiment d'efficacité

Ce thème décrit les différents types d'interactions que vivent les participantes, et leurs impacts sur leur sentiment d'efficacité personnel. Trois sous-thèmes ont été choisis pour illustrer ces différentes relations : "la comparaison à autrui", "le regard des autres", "l'aide et la collaboration".

4.7.1 La comparaison à autrui

La comparaison aux autres semble être parfois une tâche difficile pour les deux participantes, sachant qu'elles se jugent par moment « hors réalité » dans la manière de réaliser une activité :

Participant 1 : « *Je me dis (...) que je suis pas dans la réalité par rapport à ça. Je suis pas dans ce que font la plupart des gens. Mais (...) j'y pense pas trop pis j'essaie pas de le quantifier ou bien de comparer toujours pour chaque truc que je fais. »*

Participant 1 : « *Des fois je sais même plus quelles sont les (...) durées, ou les niveaux de qualité, qui sont normalement attribués à chaque activité. »*

Toutefois, lorsque les participantes se comparent à autrui, elles vont souvent se considérer comme inférieures à la personne comparée :

Participant 2 : « *C'est efficace pour le lendemain, c'est fait. Mais en fait, ce besoin que je ressens – que ce soit fait de cette manière - c'est irrationnel (...) ça sert à rien. Y a que pour moi qu'il faut que ça soit comme ça. »*

Participant 1 : « *Quand je compare à une autre personne, je suis admirative et pis je me dis "mais comment est-ce qu'elle fait ? C'est (...) difficile pis elle arrive à faire ça". Pis c'est un peu stupide. C'est pas difficile, c'est moi qui en suis arrivée à croire que c'est difficile pis à, des fois, à admirer les autres. »*

L'impact de ces comparaisons est donc généralement négatif sur le sentiment d'efficacité :

Participant 2 : « *C'est vraiment un peu contradictoire. Autant je me sens efficace de préparer mon sac, mais autant c'est tellement exagéré comme je le fais que c'est pas efficace. »*

Intervieweur : « Si vous vous voyez fonctionner dans le train à comparer à, par exemple, cette personne. Est-ce que vous vous dites ben moi je le fais en 26 fois, cette personne l'a fait en une fois je suis admirative de ça. Mais est-ce que vous vous dites, du coup, ben mon sentiment d'efficacité il en prend un coup ? Participante 1 : « Oui. »

4.7.2 Le regard des autres

Les participantes ont exprimé l'importance des autres, de leur regard et de leurs paroles, pour pouvoir se rassurer vis-à-vis de leur comportement, et ainsi se sentir plus efficaces :

Participante 1 (en parlant des infirmiers du CMS): « (...) me rassurer, en me disant que c'est des TOCS, et pis (...) que je fais sûrement les choses bien. Et depuis qu'on a choisi cette méthode, ben ça marche mieux. Je prends moins de temps pour me doucher pis je suis un peu moins stressée. C'est plus efficace. »

Participante 2 : « Si je tiens compte que de mon avis, j'avance pas. J'avance pas du tout. Je suis vraiment obligée de demander tout le temps l'avis des gens partout autour de moi. Dans tout ce que je fais, j'attends en fait l'approbation de quelqu'un. Mais même si ça le concerne absolument pas. Même s'il a juste rien à voir dedans. »

La seconde participante ajoute que le regard et les dires de ses copines sur ses comportements lui permettront de déterminer si son comportement est « normal » ou « obsessionnel-compulsif » :

Participante 2 : « Mon copain (...) il remet tout, mais vraiment tout sur mes obsessions (...) c'est pas une question de TOC au fait. C'est une question que moi j'aime pas l'odeur de la fumée et je pense que je suis pas la seule". (...) souvent j'en parle avec mes copines. Je leur dis : "mais là, ça sent la clope machin et toi tu fumes pas, ça te dérangerait, tu serais saoulée ?". Elle me dit "bwah oui". Du coup, je peux retourner vers lui et dire : "C'est pas une obsession, c'est normal. Il y a des gens qui sont comme moi là". »

4.7.3 L'aide et la collaboration

Les deux participantes ont fait part de l'importance de l'aide dans la réalisation de leurs activités :

Participante 1 : « Donc ça m'aide vraiment que mon père me donne les médicaments lui-même. »

Participante 2 : « Mais effectivement, quand je bosse en groupe etc., j'attends toujours d'avoir l'opinion des gens, d'ailleurs quand on fait des travaux etc. Je suis

constamment en train de poser des questions, demander des conseils, de savoir comment il ou elle a fait, pour me rapprocher de ce qu'ils font. »

Or, certaines fois, l'aide d'une personne tierce ne permettra pas d'impacter positivement sur le sentiment d'efficacité :

Intervieweur : *« Et étant donné que le temps diminue pour prendre vos médicaments (grâce à une aide externe), est-ce que vous vous sentez efficace dans l'activité "prendre les médicaments ?"* Participante 2 : *« Euh, non ! Parce que je peux pas le faire seule. Je suis pas autonome pour ça et pis pour plein d'autres choses. »*

Les participantes établissent également un lien de causalité entre leur perfectionnisme - leur haut degré d'exigence - et les difficultés de collaboration :

Participante 1 : *« Donc pour les personnes, les autres personnes, c'est embêtant parce que on doit toujours négocier pis moi je freine et pis je veux que ça soit bien contrôlé et bien fait. »*

Participante 2 : *« En fait, je me suis rendu compte de ça quand je cuisinais avec une copine (...). Pis je voyais bien que, à chaque fois qu'elle faisait un truc, je lui disais "mais faut pas faire comme ça". Alors que, enfin, tout le monde fait comme il veut. Pis j'étais là "oooh mais si je cuisinais avec moi je me trouverais trop chiant et tout". »*

La seconde participante ajoute avoir pris conscience de l'impact de son perfectionnisme sur les autres, et explique avoir réagi comme suit :

Participante 2 : *« Mais du coup, je continue à être exigeante envers moi (...) mais plus avec les autres. Parce que j'ai compris que (...) ça venait de moi en fait, cette exigence. »*

4.8 L'impact du type d'activités sur le sentiment d'efficacité

4.8.1 Le cadre organisationnel

Les deux personnes ayant participé à l'étude expriment l'importance pour elles d'avoir un cadre (par exemple des obligations ou des rendez-vous) qui soutienne leur organisation temporelle.

Participante 2 : *« Donc pour moi d'avoir des obligations, c'est vraiment une manière d'organiser (...) mes journées, ma vie et tout ça. De - comment on dit ? - de poser un cadre en fait. »*

Sans ces éléments qui étayaient l'organisation de leur journée, les interviewées expriment des difficultés à gérer leur organisation journalière :

Participant 2 : « Si j'ai pas un cadre, quelque chose de concret, (...) je me laisse trop aller. (...) Moins efficace, c'est pas possible. C'est clair. Donc, moi, il me faut des obligations et c'est ça qui rythme mes journées. »

Sans cadre organisationnel, des difficultés à s'investir dans les occupations apparaissent :

Participant 2 : « Quand j'ai pas de rendez-vous, ça arrive très souvent que je dorme jusqu'à trois heures l'après-midi. »

4.8.2 Les activités nouvelles

Les deux personnes participant à l'étude réagissent de manière différente à une nouvelle activité. Pour l'interviewée 1, cela lui permet d'être moins envahie par son TOC : « Quand une activité est nouvelle bwah, euh ...mmh. Je prends l'exemple, toujours cet exemple de la boîte aux lettres. Euh... je suis plus focalisée sur ce qui est nouveau et pis moins sur euh les dangers qu'il y aurait de mmmhh euh de faire une erreur vu que mes TOC c'est principalement la euh la peur de faire des erreurs qui pourraient nuire à d'autres personnes ». Pour l'interviewée 2, une nouvelle activité est perçue comme déstabilisante : « Je sais pas ce qu'il attend de moi, je sais pas comment doit être structuré mon travail parce que c'est la première fois que je fais ça ».

4.9 Le rapport à l'inefficacité

Comme développé dans les différents thèmes et sous-thèmes, l'inefficacité est une composante indissociable du quotidien des deux sujets de l'étude. Ils l'expérimentent dans de nombreuses activités et dans de nombreux domaines. Les éléments qui engendrent un sentiment d'inefficacité ont été explicités. Le fait que cette notion d'inefficacité soit présente dans leur quotidien amène les personnes à se juger fréquemment inefficaces dans ce qu'elles réalisent :

Participant 2 : « En fait, je suis pas très efficace dans tout ce que je fais. »

Participant 2 : « (...) franchement, je suis pas, en général dans mes activités, dans ce que je fais, je ne suis pas très efficace ». Cela peut amener la personne à se dévaluer : « (...) je serai tout le temps en train de me dire que ce que je fais c'est pourri (...) »

Cela peut induire de potentielles conséquences sur l'estime de soi, ou encore la confiance en soi. Ces éléments seront développés lors de la discussion (cf. point 5.).

4.10 Le rapport à l'efficacité

Il est intéressant de remarquer qu'il existe très peu de déclarations des interviewées relativement à leur rapport à l'efficacité. Les deux le définissent principalement – comme développé plus haut – grâce à deux critères (le temps et la qualité) :

Participant 1 : « *Le critère temps pis le critère qualité, qui sont (...) les deux critères d'efficacité les plus importants pour moi.* »

Toutefois, elles présentent très peu de situations où elles se jugent efficaces. Ce qui, d'une certaine manière, révèle leur rapport à l'efficacité et renforce les éléments abordés en relation avec le sentiment d'inefficacité.

5. Discussion

Le but de ce travail était d'explorer, à travers la narration, ce que la personne adulte présentant un TOC exprime de son sentiment d'efficacité personnelle relativement à ses occupations. Afin d'étayer la narration, un design de type qualitatif a été retenu. Les entretiens semis-dirigés ont permis de soutenir les personnes dans leur narration et d'aller à la rencontre des questions de recherche. Afin de soutenir les participantes dans leur processus de narration, des guides d'entrevue évolutifs ont été constitués suite au premier entretien audio-enregistré. A travers la narration, les participantes ont transmis des informations relatives à leur sentiment d'efficacité personnelle dans les activités de la vie quotidienne et particulièrement dans celles qu'elles jugent difficilement réalisables, ainsi que sur les adaptations occupationnelles et les éléments qui les soutiennent – notamment, les stratégies personnelles. Les éléments pertinents ont été retranscrits dans les résultats. La visée de ce point est de mettre en perspective les résultats constitués grâce à une analyse thématique continue menée par deux codeurs indépendants et les notions théoriques développées au début de ce travail.

De manière générale, les participantes à l'étude n'ont que peu employé le terme "d'efficacité" pour aborder leur sentiment. Ce qui, au fond, pourrait être représentatif de la perception qu'elles ont de leur efficacité. Car, selon Bandura, pour qu'une personne manifeste des croyances d'efficacité dans un domaine - ou dans une action - c'est qu'elle estime en elle des capacités sous-jacentes (sous-attitudes qui tendent à des performances plus complexes) (Bandura, 2007). Ainsi, le fait que les personnes interviewées n'aient pas ou très peu manifesté de croyances d'efficacité pourrait d'une part vouloir dire qu'elles n'en perçoivent pas. D'autre part, les résultats reflètent des difficultés pour les interviewées à définir ce qui est efficace ou non. Les participantes expriment que pour définir leur efficacité personnelle, elles peuvent mobiliser l'avis d'un tiers. Toutefois, une participante précise que même si le

jugement externe sur son efficacité est positif, son jugement personnel ne rejoindra pas cet avis. Il est intéressant de souligner ici que les effets sociaux (réactions d'autrui - positives ou négatives) et autoévaluatifs (positifs ou négatifs consécutifs au comportement personnel) présentés par Bandura ne s'accordent pas. Les perceptions d'autrui (effets sociaux) ne s'accordent pas à celles de la personne (autoévaluatifs). Ces observations témoignent d'une faible estime de leur efficacité personnelle, indépendamment du jugement externe. Si les personnes ont peu usé du terme "d'efficacité", elles ont développé leur sentiment à travers celui de "l'inefficacité", afin d'exprimer leur perception de leur efficacité. Ce sentiment est engendré par des éléments différents pour les deux personnes interviewées. Bien que les éléments qui l'engendrent soient individualisés, l'analyse des données a permis de faire ressortir des similitudes et des éléments communs. Les deux sujets de l'étude expriment que le fait de ne pas tenir ses objectifs ou de ne pas atteindre les résultats escomptés renforce le sentiment d'inefficacité. Cette difficulté à atteindre les résultats qu'ils se fixent a un caractère redondant pour les deux personnes interviewées. Il paraît pertinent de s'intéresser à ce que Bandura expose concernant l'attente des résultats. Pour lui, *"les résultats prévus dépendent largement du jugement des personnes sur leurs capacités à réussir dans des situations données"* (Bandura, 2007, p.39). Pour Bandura, il existe une relation causale forte entre les croyances d'efficacité personnelle et les attentes de résultats (Bandura, 2007). Ainsi, une personne, dont les croyances d'efficacité personnelle sont faibles, se fixera des objectifs relativement faibles. En effet, puisque l'attente de résultat est *"un jugement sur la conséquence probable que ces performances entraîneront"* (Bandura, 2007, p.39), une personne peu confiante en ses performances le sera d'autant plus quant à sa capacité à atteindre les résultats envisagés. Il semble que la logique du raisonnement de Bandura ne soit pas exactement congruente à ce qu'expriment les deux participantes. En effet, bien que leur sentiment d'efficacité générique soit perçu comme faible, toutes deux ont fait part de leurs exigences en termes de qualité, qu'elles jugent plus élevées que la moyenne. Afin de tendre à l'atteinte de leurs exigences dans leurs activités, les participantes ont expliqué mettre en place des comportements de vérification et de perfectionnisme. Elles prétendent n'atteindre que rarement leurs exigences, ce qui ne fait que renforcer leur sentiment d'inefficacité. Cela pourrait correspondre à des croyances fondamentales dysfonctionnelles relativement à la responsabilité personnelle, le besoin de contrôle, le besoin de perfectionnisme et de certitude (Abramowitz, Lackey & Wheaton, 2009). Comme développé dans les résultats, pour les interviewées, la notion de perte de temps (ou de prendre plus de temps que prévu) induit un sentiment d'inefficacité. Elles associent souvent la perte de temps à leurs comportements compulsifs, de vérification et de perfectionnisme. Au sens de l'APA, les facteurs temporels sont une composante importante du TOC (caractère

chronophage) : « *les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable* » (American Psychiatric Association, 2015, p. 277).

Pour Kielhofner, *"l'auto-efficacité commence avec le self-control"* (Kielhofner, 2008, p.38). Selon lui, pour que la personne puisse mobiliser ses capacités de manière efficiente, elle doit être capable de contrôler ses émotions et ses pensées ainsi que d'exercer un contrôle sur ses propres actions et décisions (Kielhofner, 2008). Les interviewées l'ont clairement verbalisé, le fait d'évoluer dans des activités ou des environnements sur lesquels elles ont un contrôle les soutient. Elles se sentent plus à l'aise dans des activités où elles sont en contrôle et donc où elles se jugent plus efficaces. Cela fait écho à ce que Kielhofner décrit de l'investissement occupationnel : les individus *"focaliseront particulièrement leurs efforts là où ils croient qu'ils vont être efficaces"* (Kielhofner, 2008, p.38). A contrario, les sujets de l'étude expriment que lorsque des situations où ils ne sont pas en contrôle se présentent à eux, ils se sentent déstabilisés, ce qui peut influencer leur perception de leur sentiment d'efficacité personnelle. Cela rejoint le postulat de Kielhofner (2008) pour qui il est impossible d'avoir un haut taux d'efficacité si l'individu se croit à la merci d'émotions et de pensées incontrôlables. Ce qui semble particulièrement intéressant chez les deux participantes est la notion de contrôle, et plus spécifiquement le besoin de contrôle. En effet, ce concept semble transversal dans les déterminants du sentiment d'efficacité, soit en interaction étroite avec chacun des éléments composant ces déterminants. Les participantes le verbalisent au travers des situations suivantes : le contrôle des composantes "temps" et "qualité" d'une activité est un déterminant du sentiment d'efficacité. Le type d'activités et sa structure influencent le niveau de contrôle et déterminent le sentiment d'efficacité ; une activité offrant un cadre à la personne augmentera son contrôle, contrairement à une activité offrant plus de liberté. L'autonomie, soit le degré de contrôle dans une activité relativement aux autres intervenants est un déterminant du sentiment d'efficacité. Le contrôle et la gestion du matériel nécessaire à la réalisation d'une activité influencent également le sentiment d'efficacité. Tout comme le contrôle que les participantes ont sur les personnes impliquées dans une activité commune. De façon synthétique, ces différents constats ont permis de relever que le besoin de contrôle se manifeste par des modelages de la personne sur l'environnement physique et social et l'activité.

Comme mentionné plus haut, d'après Kielhofner (2008), les personnes peuvent exercer un contrôle sur leurs pensées, émotions, actions et décisions. Il faut noter que les participantes ont relativement peu parlé de contrôle de leurs pensées et émotions, en comparaison à celui qu'elles exercent sur l'activité et l'environnement, par le biais de modelage. Dans cette recherche de contrôle, les participantes à l'étude ont décrit les stratégies qu'elles mettent en

place dans leur vie quotidienne. Bien qu'elles expriment que ces stratégies puissent avoir des conséquences négatives, elles leur permettent de tendre à se sentir en contrôle dans ce qu'elles réalisent ; " *à vivre des expériences de maîtrise*" pour reprendre les termes de Bandura (Chapelle, 2004, p.43). Car si "*les succès produisent un sentiment d'efficacité [...], les échecs le minent*"(ibid.). L'appropriation et l'application de stratégies peuvent être appréhendées comme un moyen développé par la personne pour se sentir plus à l'aise dans ce qu'elle entreprend et, par conséquent, d'augmenter son sentiment d'efficacité personnelle. Comme le décrit Kielhofner (2008), les personnes se sentent davantage capables de contrôler les résultats dans certaines circonstances que dans d'autres. Ainsi, lors d'un manque ou d'une perte de contrôle, Kielhofner (2008) explique que des stratégies ou croyances personnelles peuvent être mobilisées par la personne et potentiellement influencer la course des événements ou des circonstances dans le monde externe. Il paraît important de rappeler ici que ces stratégies peuvent potentiellement entraîner des conséquences jugées comme négatives par les participantes. A la lumière des déterminants de la notion de contrôle, définis par la narration des deux participantes, il ne semble aucunement surprenant de constater que les stratégies exprimées par les interviewées s'appliquent sur elles-mêmes (la personne), l'activité, et l'environnement, et ce, afin d'augmenter le sentiment de contrôle, et par extension le sentiment d'efficacité. Pour rappel, dans la partie introductive consacrée à la présentation du modèle de l'occupation humaine (MOH) et du sentiment d'efficacité personnelle, le contournement d'opportunités d'expérience occupationnelle afin d'éviter les feedbacks environnementaux négatifs avait été abordé (Kielhofner, 2008). Ce contournement particulièrement tendanciel chez les personnes ayant un faible sentiment d'efficacité, se manifeste chez les deux participantes par une stratégie qu'elles nomment "l'évitement". La stratégie de l'évitement est effectivement couramment mobilisée par les personnes présentant un TOC, vis-à-vis des personnes, des lieux ou des objets sources d'obsessions et de compulsions (American Psychiatric Association, 2015, p.280). Eifert et Forsyth (2005) expliquent également que l'évitement a une place importante chez les personnes présentant un TOC. Les mêmes auteurs définissent la fonction de l'évitement comme un moyen de minimiser et contrôler les situations d'aversion (ibid). Cette dernière définition permet de solidifier le lien supposé entre les stratégies mises en place par les participantes et la notion de contrôle.

Comme mentionné dans les résultats, les participantes identifient un revers négatif à l'évitement ; cette stratégie ne permet pas de résoudre un problème, mais de le contourner. De plus, elle entraîne un désinvestissement occupationnel. En effet, comme mentionné dans l'introduction, le temps consacré aux obsessions ou à l'accomplissement des compulsions, l'évitement des situations potentiellement déclenchantes sont autant d'éléments qui

renforcent l'altération (American Psychiatric Association, 2015, p. 282). Il semble important de préciser que les stratégies de "saturation du planning" et d'"auto conviction" semblent en étroite corrélation avec l'évitement ; la saturation du planning permet d'éviter les situations d'aversion, et l'évitement permet de soutenir l'auto conviction (cf. résultats).

Finalement, il semble important de préciser que le sentiment d'efficacité est toujours rattaché à une situation spécifique qui implique une personne (pensées et émotions, déterminants personnels, valeurs, intérêts, habitudes, rôles et capacité de performance) réalisant une activité spécifique (notamment des étapes et une durée) dans un environnement particulier (physique et social) (AOTA, 2014 ; Kielhofner, 2008). Ce sont ces diverses composantes de la situation, ainsi que leur évolution, qui influencent le contrôle et le besoin de contrôle, et par extension, le sentiment d'efficacité des participantes.

Pour Bandura, pour pouvoir juger de son efficacité personnelle il faut "*connaître les exigences de l'activité*" (Bandura, 2007, p.102). Afin de pouvoir appréhender si elle détient les aptitudes requises pour réaliser une activité, la personne doit connaître "*les exigences qui doivent être satisfaites pour réaliser*" ladite activité (ibid.). Or, comme l'expriment les participantes, le fait de ne pas connaître les attentes entraîne pour elles de ne pas pouvoir appréhender avec certitude si elles détiennent les exigences requises. La thymie a également un impact sur la vie quotidienne de la personne. Cette composante est reconnue dans la littérature : « *le TOC est fréquemment associé à des troubles anxieux ou de l'humeur* » (Hollander 1996 cités dans Clair & Trybou, 2016, p. 13). Les conséquences du TOC peuvent potentiellement induire chez la personne des remises en cause de son sens de compétence et d'efficacité - notamment l'estime de soi et la confiance en soi - qui impactent sur son humeur. Comme l'exprime Bandura (Chapelle, 2004) l'humeur est une composante importante, car elle affecte - positivement ou négativement - le sentiment d'efficacité personnelle.

Il paraît intéressant de reprendre ce qu'une participante a dit relativement aux activités nouvelles. La personne décrit que, lorsqu'elle réalise une nouvelle activité, elle se focalise plus sur ce qui est nouveau et moins sur les dangers potentiels. Ce qu'elle exprime se rapproche des théorisations de Julien, O'Connor et Aardema pour qui les obsessions ne résulteraient pas "*d'évaluations dysfonctionnelles de pensées intrusives normales, mais plutôt d'un récit interne distant de l'ici et maintenant*" (Julien, O'Connor et Aardema, 2016) - donc de la réalité. Ce récit interne serait le produit de l'imagination de la personne étayé - notamment - par des expériences personnelles, des ouï-dire, des faits abstraits et des idées (Julien, O'Connor et Aardema, 2016).

Les éléments présentés ci-dessus ont été synthétisés dans la figure 2. Un dynamisme cyclique oscillant entre besoin de contrôle, sentiment d'efficacité et mise en place de stratégies semble illustrer la péroraison des éléments discutés jusqu'ici. Le dynamisme est amorcé par une situation (activité réalisée par une personne dans un environnement). La manière dont se présente la situation à la personne a un impact sur le déroulement de celle-ci. Il semble donc essentiel de préciser que le sentiment d'efficacité personnelle, faisant partie intégrante de la personne, existe déjà à l'idée de réaliser une activité, soit avant même que l'activité ait débuté. Puis, dès le début de la réalisation de l'activité, un besoin de contrôle sur les éléments de la situation se développe, avec en parallèle la mise en place de stratégies permettant de répondre à ce besoin. Le sentiment d'efficacité va donc fluctuer selon le degré d'assouvissement de ce besoin de contrôle. Ainsi, le sentiment d'efficacité évolue avant, durant, et après la réalisation d'une activité. Il est jaugé en continu par la personne qui adapte ses actions, notamment grâce à la mise en place de stratégies. Les différentes adaptations faites durant chacune des situations concourent à l'adaptation occupationnelle. Cette notion d'adaptation occupationnelle est définie par Kielhofner (2008). Selon l'auteur, l'adaptation occupationnelle tend à répondre à un déphasage entre l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle engendré par des obstacles de vie (par exemple un trouble). Il est révélé qu'un trouble affecte la compétence occupationnelle de manière plus prononcée que l'identité occupationnelle. Si la composante de l'identité se maintient, les comportements relatifs à la compétence occupationnelle sont considérablement affectés. L'impact du trouble induit pour la personne des adaptations sur la manière dont elle organise sa vie de manière à prendre ses responsabilités et à atteindre ses objectifs, tout en respectant les obligations sociales et ses rôles. Ainsi, la personne est confrontée à un *challenge* occupationnel puisqu'elle est amenée à adapter ses compétences occupationnelles afin de parvenir à une vie intéressante et satisfaisante pour elle. Ces notions révèlent l'adaptation occupationnelle de la personne à un niveau macro. Un des intérêts de cette étude a trait aux éléments verbalisés par les participantes relativement à leur adaptation occupationnelle à un niveau micro - c'est-à-dire dans des situations précises. Ce qui est relevé par les dires des sujets de l'étude, c'est que ces situations précises, de par leurs composantes particulières, contraignent la personne à des adaptations permanentes. La macro adaptation occupationnelle est donc induite par des micros adaptations résultant des interactions de la personne, lors d'activités, avec l'environnement, et selon l'interprétation qu'elle fait de ses expériences. L'intérêt porté à ces expériences est particulièrement important dans la mesure où les individus se définissent à partir de leurs actions.

ADAPTATION OCCUPATIONNELLE

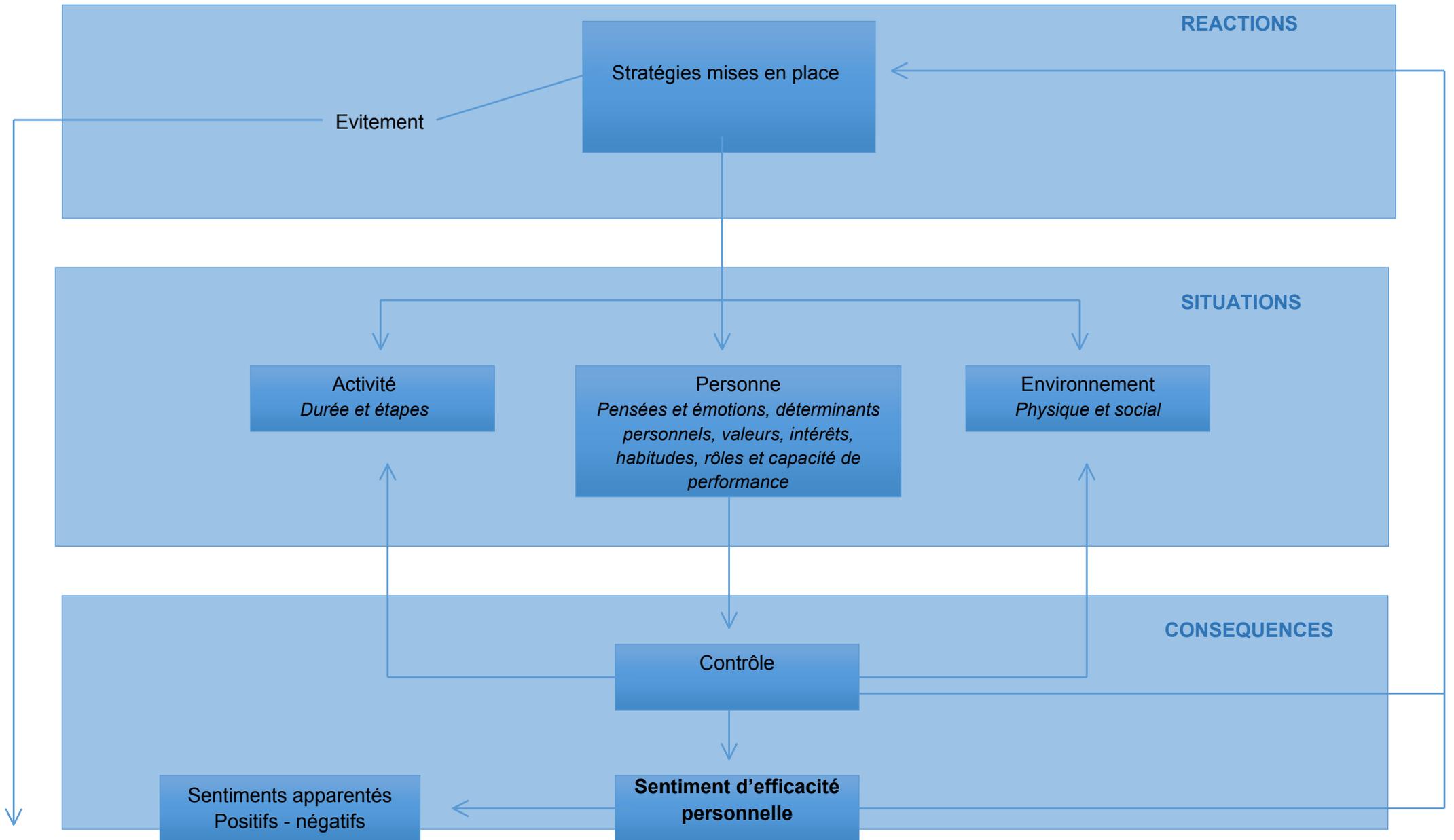


Figure 2 : Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'adaptation occupationnelle

5.1. Limites de l'étude

Il existe certaines limites à cette étude. En effet, relativement aux exigences temporelles et à l'accessibilité au terrain, il n'a pas été possible d'atteindre la saturation des données. Pour cela, il aurait fallu un plus grand nombre de participants ou un plus grand nombre d'entretiens. L'échantillonnage constitué n'est pas représentatif des portraits fonctionnels potentiels du TOC. Pour qu'une transférabilité des données soit possible, il aurait fallu pouvoir s'appuyer sur un éventail plus représentatif.

5.2. Conclusion

Cette étude a permis d'apporter un éclairage sur la place et l'importance du sentiment d'efficacité personnelle dans les expériences occupationnelles des personnes présentant un TOC. Les éléments discutés ont permis de souligner la pertinence d'appréhender le sentiment d'efficacité personnelle relativement à la sphère de l'être. Toutefois, comme cela a été exposé, cette seule perspective serait réductrice et incomplète. En effet, il paraît judicieux d'appréhender les influences du sentiment d'efficacité personnelle dans la sphère de l'agir puisque c'est des actions de la personne que résultent les adaptations occupationnelles, et c'est à travers celles-ci que la personne se construit. La complexité et le caractère individuel des expériences vécues par les personnes présentant un TOC soutiennent la mobilisation d'approches occupationnelles centrées sur la personne afin d'accompagner cette population dans ses propres défis occupationnels.

6. Liste des références bibliographiques

Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44–52.

Abramowitz, J.S., Schwartz, S.A., Franklin, M.E. & Furr, J. M. (2003). Symptom Presentation and Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(6), 1049-1057.

Abramowitz, J.S., Lackey, G.R & Wheaton, M.G. (2009). Obsessive–compulsive symptoms: The contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders* 23, 160–166.

Abramowitz, J.S., Taylor, S. & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, 374, 491–99.

American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy framework : Domain and Process 3rd. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, S1-S48.

doi:10.5014/ajot.2014.682006

American Psychiatric Association. (2015). Troubles anxieux. In American Psychiatric Association (Ed.), *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (pp. 221-274). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Barzelay, M. (1993). The single case study as intellectually ambitious inquiry. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 3(3), 305-318.

Bandura, A. (2002). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck.

Bavaro, S. M. (1991). Occupational therapy and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Occupational Therapy* 45 (5), 456-458.

Bélangier, R., Briand, C. & Rivard, S. (2005). Le modèle de l'occupation humaine (MOH). In M.J. Manidi (Ed.), *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* (pp. 111-158). Lausanne : Les cahiers de l'éésp.

Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy : A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 26(1), 17-31.

Cara, E. (2013). Anxiety disorders. In E. Cara & A. MacRae. (Eds.), *Psychosocial occupational therapy: an evolving practice* (3rd ed. pp.258-307). New-York: Delmar Cengage Learning.

Chamberlain, S.R., Blackwell, A.D., Fineberg, N.A., Robbins, T.W. & Sahakian, B.J. (2005). The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 29, 399–419.

Chapelle, G. (2004). “J’y arriverai” : le sentiment d’efficacité personnelle. Rencontre avec Albert Bandura. *Sciences humaines*, 148, 42-45.

Clair, A.-H. & Trybou, V. (2016). *Comprendre et traiter les TOC. Données actuelles et nouvelles perspectives pour le Trouble Obsessionnel Compulsif*. Paris : Dunod.

Cottraux, J. (2011). *Les psychothérapies comportementales et cognitives* (5ème ed.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Cottraux, J. (2001). *Les thérapies cognitives: Comment agir sur nos pensées et nos émotions ?* Paris : Retz/VUEF.

Cottraux, J. (1998), *les ennemis intérieurs*. Paris: Edition Odile Jacob.

Donaghy, M., Nicol, M. & Davidson, K. (2008). *Cognitive Behavioural Interventions in Physiotherapy and Occupational Therapy*. Philadelphia : Elsevier Ltd.

Dumez, R. (2015). What is a Case, and what is a case study ? *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 127, 43-57.

Dumez, H. (2013). *Méthodologie de la recherche qualitative*. Paris: Vuibert.

Duncan, M. & Prowse, C. (2014). Occupational therapy for anxiety, somatic and stressor-related disorders. In R. Crouch & V. Alers (Eds.), *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health* (5th ed. pp. 368-388). Oxford : Wiley-Blackwell.

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: a practitioner’s guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland: New Harbinger.

Flyvbjerg, B. (2011). Case study. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (pp. 301-316). London : SAGE Publications.

Gelfand, L.A. & Radomsky, A.S. (2013). Beliefs about control and the persistence of cleaning behaviour: *An experimental analysis*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 172-178.

Herreid, C.F. (1997). What is a case? Bringing to science education the established teaching tool of law and medicine. *Journal of College Science Teaching*, 27(2), 92-94.

Huppert, J.D., Cahill, S. P. & Foa, E. B. (2009). Anxiety disorders : Cognitive-behavioral therapy. In B. Sadock & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan and Sadock comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed. pp.1915-1926). Philadelphia : Wolters Kluwer Lippincott, Williams and Wilkins.

Jones, M.K. & Menzies, R.G. (1997). The cognitive mediation of obsessive-compulsive handwashing. *Behaviour Research and Therapy Journal*, 35(9), 843-850.

Julien, D., O'Connor, K. & Aardema, F. (2016). The inference-based approach to obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of its etiological model, treatment efficacy, and model of change. *Journal of Affective Disorders* 202,187–196.

Kielhofner, G., (2008, 4e éd). *Model of Human Occupation theory and application*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. (2004, 3e éd.). *Conceptual foundations of occupational therapy*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Kielhofner, G.(2002, 3e éd.). *A Model of Human Occupation : Theory and Application*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Laforest, M. (2014). *L'exposition et la prévention de la réponse dans la thérapie cognitive comportementale du trouble obsessionnel compulsif : Utilité et efficacité de la réalité virtuelle*. Ottawa : Ecole de psychologie, Faculté des sciences sociales

Lagacé, M., Briand, C., Desrosier, J. & Larivière, N.(2015). A qualitative exploration of a community-based singing activity on the recovery process of people living with mental illness. *British Journal of Occupational Therapy* 79(3), 1-10.

Loiselle, C. G., Polit, D. F., Profetto-McGrath, J. & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, Québec : Editions du Renouveau pédagogique.

Magne, S. & Monestier, L. (2002). *Les troubles obsessionnels compulsifs. Que peut apporter l'ergothérapie ?* Lausanne : Haute école de travail social et de la santé - EESP.

Manidi, M.J., (Ed.) (2005). *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*. Lausanne : Les cahiers de l'éesp.

Matuska, K. & Christiansen, C.(Eds.). (2009). *Life balance : multidisciplinary theories and research*. Bethesda, MD : American Occupational Therapy Association.

Meyer, S. (2007). *Démarche et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne, Suisse : Les cahiers de l'eesp.

Nakonechny, J. (2010, 15 novembre). *Breaking the Chains of Obsessive Compulsive Disorder*. Récupéré de http://www.cotfcanada.org/documents/case_studies/COTFCS57.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2000). *CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*. Paris : Masson.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2000). *CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris : Masson.

Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B. & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive–compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Cinical Psychology Review*, 40, 156-169.

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve: De Boeck-Solal.

Yin, R.K. (2014). *Case Study Research. Design and Methods (5th)*. Sage Publications Inc. : London.

Annexes

Annexe 1 : Formulaire de consentement

Titre du projet

Le sentiment d'efficacité personnelle dans les occupations des personnes adultes présentant un trouble obsessionnel compulsif

Personnes responsables du projet

- Minisini Lucas & Meyer Amir, étudiants en ergothérapie
- Desrosiers Julie, directrice du Travail de Bachelor
- Gontier Marie, co-directrice du Travail de Bachelor

Objectifs du projet

Dans le cadre de notre Travail de Bachelor, nous désirions pouvoir réaliser des entretiens avec vous afin que vous puissiez vous exprimer sur votre sentiment d'auto efficacité. Les entretiens seront semi-dirigés. Ce qui veut dire que la discussion sera libre, mais que nous poserons environ six questions.

Enregistrement audio

L'enregistrement sera réalisé durant les entretiens de la manière la moins intrusive qui soit afin de respecter la personne participante à l'étude. L'enregistrement sera utilisé uniquement par les étudiants. Une fois l'obtention de notre diplôme, tous les enregistrements seront détruits.

Droit de retrait

Durant l'ensemble de la récolte de données - soit les entretiens, la personne participante pourra se retirer à tout moment sans devoir apporter de justifications ni redouter de préjudices. Les données récoltées seront alors détruites.

Confidentialité

Toute information récoltée sera anonymisée afin de respecter la personne participante à l'étude. Le cas échéant, des noms d'emprunt seront utilisés.

Publication potentielle du travail

Nous informons la personne que ce travail peut potentiellement être publié. Toutefois, un refus de la personne de voir ce travail être rendu visible au-delà du cercle restreint des

personnes qui permettront son élaboration et sa validation, soit les personnes dont le nom figure au début 12 du document, sera entendu et respecté. Aucune publication ne sera réalisée sans le consentement de la personne participante.

Consentement

Je déclare consentir aux modalités de l'étude et accepter que je sois enregistré lors des entretiens. Je donne mon accord pour l'exploitation des informations données dans le cadre du travail de Bachelor de Lucas Minisini & Amir Meyer.

La signature offre au signataire la garantie que l'ensemble des éléments notifiés dans ce document seront respectés en toute situation.

Lieu et date : Nom, Prénom et Signature :
.....
.....

Annexe 2 : Guide d'entrevue

- a. Pourriez-vous nous décrire une journée type de votre vie ? Nous vous proposons de vous baser sur la journée de hier.
- b. Durant cette journée, sauriez-vous définir une activité dans laquelle vous vous êtes senti efficace et une autre dans laquelle vous vous n'êtes pas senti efficace ?
- c. Qu'est-ce qui fait que vous vous sentez plus efficace dans cette activité que dans l'autre ?
- d. Quel est votre sentiment lorsque vous achevez une activité dans laquelle vous vous êtes senti efficace ? Et quel est votre sentiment dans une activité dans laquelle vous vous n'êtes pas senti efficace ?
- e. Utilisez-vous des stratégies, des moyens pour vous sentir plus efficace dans certaines activités ?