

2014

Master Professionnel 2

Promotion à la santé, Éducation thérapeutique



Université de Provence AIX-MARSEILLE I
Département des Sciences de l'Éducation,
Faculté de Médecine Marseille Nord
51 Boulevard Pierre Dramard, 13015 Marseille

Soutenance du 10 juin 2014, présentée par : Natacha AGATI

Sous la direction de Monsieur Roger-Pierre GIORGI,
Maître de Conférences, Sciences de l'éducation

**LA PROFESSIONNALISATION DE L'ERGOTHERAPIE :
VERS LA RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE DE L'ERGOTHERAPEUTE ?**

2014

Master Professionnel 2

Promotion à la santé, Éducation thérapeutique



Université de Provence AIX-MARSEILLE I
Département des Sciences de l'Éducation,
Faculté de Médecine Marseille Nord
51 Boulevard Pierre Dramard, 13015 Marseille

Soutenance du 10 juin 2014, présentée par : Natacha AGATI

Sous la direction de Monsieur Roger-Pierre GIORGI,
Maître de Conférences, Sciences de l'éducation

**LA PROFESSIONNALISATION DE L'ERGOTHERAPIE :
VERS LA RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE DE L'ERGOTHERAPEUTE ?**

Jury :

Président : Madame Chantal Eymard, Maître de conférences HDR,
Sciences de l'éducation, Aix-Marseille université

Directeur : Monsieur Roger-Pierre GIORGI, Maître de conférences,
Sciences de l'éducation, Aix-Marseille université

Remerciements

« La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose que pierre. Mais de collaborer, elle s'assemble et devient temple. »

De Antoine de Saint-Exupéry

Je remercie mon directeur de mémoire, Monsieur Roger-Pierre GIORGI, Maître de conférences, au département des Sciences de l'éducation, Aix-Marseille université, de m'avoir fait confiance pour ce travail et de m'avoir accompagnée dans mes questionnements.

Je remercie également Madame Chantal Eymard, Maître de conférences HDR, au département des Sciences de l'éducation, Aix-Marseille université, de m'avoir aiguillée et soutenue durant ces deux années de master.

Je remercie Monsieur Jean Jacques BONNIOL, ancien professeur des universités, fondateur et ancien directeur du département des sciences de l'éducation à l'Université de Provence, Aix-Marseille, formateur et consultant dans le secteur sanitaire, social et médico-social, pour son soutien et sa motivation.

Je remercie tous les participants ergothérapeutes et autres professionnels de santé, auprès de qui j'ai effectué des enquêtes, qui m'ont permis de tester mes hypothèses.

Je remercie chaleureusement Marie FLORES, pour son implication dans ce travail et sa gentillesse.

Je remercie plus particulièrement Hélène DUGIER, ma maman pour son soutien sans faille depuis des années et sa dévotion à mon égard. Je remercie aussi, Frédéric AGATI, mon papa et Colette CHATEL pour leur écoute et tendresse.

Je remercie également, mes grands-parents pour leur bienveillance et leurs encouragements.

Je remercie aussi, mes amis et personnes qui me sont chers à mon coeur, merci à tous pour vos encouragements et votre sympathie. Je suis heureuse d'être aussi bien accompagnée et chanceuse de vous avoir.

Merci à tous.

Table des matières

Introduction	1
1. D'un malentendu sur la profession d'ergothérapeute	3
1.1. Parcours professionnels et premiers questionnements	3
1.2. La profession d'ergothérapeute, au carrefour de l'éducation thérapeutique ?	8
1.3. La méconnaissance de l'ergothérapie, une problématique pratique	15
2. L'ergothérapie, vers la constitution d'une profession	18
2.1. Naissance de l'ergothérapie, ou l'origine d'un malentendu	18
2.2. L'ergothérapie, un métier ? Une profession ?	19
2.3. Genèse de la professionnalisation de l'ergothérapie	21
3. La question de la professionnalisation, une problématique théorique	26
3.1. L'ergothérapie, un besoin de reconnaissance professionnelle	26
3.2. L'ergothérapeute face à sa pratique, questions de recherche	27
4. Revue de littérature : reconnaissance professionnelle, professionnalisation	29
4.1. La professionnalisation, un processus constitutif linéaire ?	29
4.2. La professionnalisation, un processus de négociation ?	29
4.3. Quels facteurs d'influence sur le processus de professionnalisation ?	30
4.4. Etats des lieux du processus de professionnalisation de l'ergothérapie	31
5. Une méthodologie hypothético-déductive	33
5.1. L'objet d'étude et le positionnement du problème	33
5.2. Les choix méthodologiques	34
5.2.1. Le choix d'une démarche hypothético-déductive	34
5.2.2. La méthode quantitative	34
5.2.3. Les modalités de recueil	35
5.2.4. Les questionnaires d'enquête	35
5.2.5. Traitement des données	38
5.3. Exploitation des questionnaires, résultats	39
5.3.1. L'analyse des données quantitatives de l'enquête auprès des ergothérapeutes	39
5.3.2. L'analyse des données quantitatives de l'enquête auprès des autres professionnels de santé	49
5.5. Discussions des résultats	54
5.5.1. Un manque de reconnaissance	54
5.5.2. Connaissance de l'ergothérapie par les autres professionnels de santé	57
5.6. Les apports de la recherche	58
Conclusion	60
Bibliographie	62
Liste des figures	66
Annexes	67
Résumé	68

Introduction

Petite question banale « Que faites-vous dans la vie ? » : « je suis ergothérapeute¹ ».

En guise de réponse, combien de fois ai-je eu à entendre, « ah oui, vous êtes ergonomiste² », ou bien « professionnel des pieds » ou encore « c'est dans les plantes, non ? ».

Parfois, je me lasse de répondre ; alors je réponds simplement que je suis comme un kinésithérapeute³, ou un psychomotricien⁴ sauf que ma pratique est totalement différente. Choisir une orientation professionnelle, étudier et se former puis se lancer dans la profession avec ses convictions, ses croyances et se confronter aux réalités de terrain, ce n'est pas toujours évident et parfois décevant.

Formée à un métier de rigueur, d'évaluation, d'accompagnement, d'éducation et de préconisation avec une grande liberté d'action, je me suis très vite sentie en discordance dans mon exercice professionnel. En discordance avec ma formation, mes acquis théoriques mais aussi avec ma vision de l'ergothérapie et ce que l'on me demandait de faire. Sans doute me direz-vous « on est tous passé par là ! » ou encore « Natacha prends de la distance, faut savoir lâcher prise ». Au début, on relativise, puis on essaye par divers procédés de s'ancrer dans sa pratique avec des innovations et de fortes implications professionnelles. Montrer que l'on est capable et être reconnu pour nos compétences, ne l'avons-nous pas tous fait lors de nos débuts professionnels ?

Comme beaucoup de jeunes professionnels, j'ai eu droit à la fameuse réplique « oui, il y a la théorie, puis il y a la pratique »... Que devais-je comprendre ? Qu'il y avait là, deux ergothérapies ? La prescrite et la réelle ?

¹ Définition sur le site de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes : « *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ».

² Définition sur le site de Centre National de Recherche Scientifique : « L'ergonomie est définie comme la science du travail ayant pour objet l'adaptation du travail à l'homme ».

³ Définition sur le site de la Corporation des Praticiens en Médecine Douce du Québec : « Personne qui pose un acte thérapeutique ayant pour objet d'obtenir le rendement fonctionnel maximal des diverses capacités d'un individu par l'utilisation de thérapies manuelles, d'exercices physiques ou par d'autres agents physiques ».

⁴ Le psychomotricien aide les personnes souffrant de différents troubles psychomoteurs - c'est-à-dire confrontées à des difficultés psychologiques exprimées par le corps - en agissant sur leurs fonctions psychomotrices : difficultés d'attention, problèmes pour se repérer dans l'espace ou dans le temps...

Trop impliquée et convaincue des besoins en ergothérapie, je me suis refusé à me contenter des pratiques professionnelles que l'on m'avait proposé jusqu'à présent.

Je me suis alors lancée dans de nouvelles études afin de mieux comprendre et réfléchir sur les étapes qui amènent à un processus de professionnalisation. Pourrais-je participer à la professionnalisation de l'ergothérapie ? Aujourd'hui, je crois tant à l'ergothérapie et sa place, que je ne peux imaginer qu'elle restera ainsi, mais plutôt qu'elle se prépare à s'émanciper et à se faire connaître et reconnaître par les autres professionnels, le public cible (patient) et le public général.

Par plusieurs lectures et recherches, je me demande quel est le positionnement de l'ergothérapeute au regard de ses compétences et quelle place lui est attribuée dans son équipe de travail. Je souhaiterais savoir, si l'ergothérapeute dans sa pratique professionnelle investit son champ de compétences.

Mais aussi, est-ce que la méconnaissance de l'action et de la pratique de l'ergothérapeute dans son équipe pluridisciplinaire et/ou d'éducation thérapeutique, entraîne une restriction de son domaine de compétences dans sa pratique professionnelle ? Plus concrètement, quelle place est donné aujourd'hui à l'ergothérapeute dans une équipe de travail et quelle place se donne-t-il dans son exercice ?

Voilà le travail que je souhaite mener et présenter pour cette fin de master 2 professionnel en Promotion à la santé et éducation thérapeutique.

1. D'un malentendu sur la profession d'ergothérapeute

1.1. Parcours professionnels et premiers questionnements

Lorsque j'ai intégré l'école d'ergothérapie⁵, moi-même je ne savais pas fondamentalement ce qu'était l'ergothérapie. Je savais que c'était une profession paramédicale avec un champ d'action très large en termes de prise en charge du patient, une prise en charge dit holistique centrée sur la personne et ses besoins.

Après trois ans de formation, entourée d'élèves apprentis ergothérapeutes, formée par des professeurs ergothérapeutes et après plusieurs stages en ergothérapie, j'étais rodée. Je n'avais plus aucun doute sur l'intérêt et l'utilité de l'ergothérapie, ni sur ma place en tant qu'ergothérapeute. Pour moi, l'ergothérapeute était alors un professionnel de l'évaluation de la qualité de vie, un expert du handicap, un rééducateur de la vie quotidienne au carrefour de plusieurs professions médicales et paramédicales.

L'arrivée sur le marché du travail fut facile, beaucoup de demandes, peu d'ergothérapeutes, le rêve. La pratique a été bien différente.

J'ai commencé par travailler quelques mois en maison de retraite en pavillon Alzheimer. Lors de mon embauche la direction m'avait fourni une fiche de poste avec la fiche ROME⁶, définissant mes activités d'ergothérapeute de manière très large et non spécifique au poste. Mais la réalité fut tout autre. Je reprenais le travail d'une ergothérapeute qui avait travaillé pendant 14 ans dans la structure. En l'espace de dix ans la formation, les compétences et les pratiques en ergothérapie avaient changé. Ma pratique ne se situait pas dans des activités occupationnelles, mais davantage dans l'évaluation, l'analyse des capacités et le travail vers l'autonomie de vie. J'ai donc souhaité, dans un premier temps, créer des ateliers sur les sens et saveurs, réaliser des toilettes évaluatives afin de connaître les capacités des résidents et de mieux souligner et valoriser leur autonomie, mettre en place des ateliers en cuisine thérapeutique afin de développer des compétences en cohérence avec ma formation.

⁵ La Haute Ecole Louvain en Hainaut, Belgique.

⁶ Fiche ROME ergothérapeute : http://rome.adem.public.lu/pdf/encyclopedique/J1403_encyclopedique.pdf

Mes ateliers n'ont jamais vu le jour. La direction souhaitait que je « colle » davantage aux activités que proposaient les animatrices du pavillon Alzheimer. Globalement, il m'a été demandé d'accompagner les aides-soignantes⁷ et infirmières⁸ lors de leurs toilettes afin de mieux les aider. En quelques semaines de travail, je me suis retrouvée à faire les toilettes des résidents le matin, à donner à manger aux résidents avec une cuillère dans chaque main, trois patients à nourrir et une table à gérer sur le temps de midi, et à animer les karaokés l'après-midi.

Je savais que je ne pratiquais pas ma profession, mais comment faire face à la pression de la direction qui me chargeait un peu plus chaque jour de missions dites « thérapeutiques⁹ » ? Qu'entendait-on par « thérapeutique » ? Le terme avait été banalisé pour justifier des actes productifs et rentables. J'avais tout à fait conscience que je palliais le déficit d'aides-soignantes et infirmières. Moi j'étais une ergothérapeute, mais une ergothérapeute qui avait besoin d'un salaire. J'ai résisté six mois avant de claquer la porte.

Je suis restée pendant deux mois sans travail, je ne voulais plus travailler en maisons de retraite de peur de revivre une expérience similaire. Je ne voulais plus revivre ces situations où l'on niait mon métier, avec toutes les dérives professionnelles que cela induit.

J'ai alors trouvé un poste en centre de rééducation, en service d'ortho-traumatologie, dans une équipe de trois ergothérapeutes et neuf kinésithérapeutes. Un vrai confort, d'une part par le fait d'avoir fait mes études dans une école Kinésithérapie-Ergothérapie et d'autre part par le nombre : je n'étais plus la seule ergothérapeute dans un service. J'avais mon planning de patients journalier, une salle d'ergothérapie, une cuisine thérapeutique, une salle d'ateliers, des activités « ergo », une balnéothérapie, du matériel pour les orthèses, des ordinateurs, un fauteuil parc, ... bref tout le confort et l'environnement pour pratiquer l'ergothérapie, la vraie ergothérapie, celle que j'avais apprise à l'école.

⁷ Définition : « L'aide-soignant est un professionnel de la santé qui est spécifiquement formé pour assister l'infirmier en matière de soins et d'éducation des patients, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier dans une équipe structurée ».

⁸ Le rôle propre de l'infirmier est précisé aux articles R 4311-1 à R 4311-5 du code de la santé publique : « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie [...] Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers ».

⁹ Définition Larousse : « Manière choisie de traiter une maladie ; traitement, thérapie ».

Au bout de quelques mois, la direction m'a proposé de travailler en service respiratoire pour remplacer l'ergothérapeute du service, en congé maternité. J'ai accepté sans hésiter. L'équipe du service respiratoire était sympathique et surtout j'avais l'autorisation de créer des ateliers thérapeutiques, ce que j'adore et ce pourquoi je suis compétente. Très vite, on m'a demandé de créer des ateliers pour l'éducation thérapeutique¹⁰. Ma cadre de santé¹¹ ayant suivi une formation par le CRES PACA (Comité Régional d'Éducation pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur) m'a donné des conseils et a assuré la supervision de mes productions. On m'a alors proposé de faire aussi cette même formation et après celle-ci, on m'a nommée responsable de l'éducation thérapeutique pour les patients souffrants de BPCO¹² en service respiratoire. Étais-je encore ergothérapeute ? Éducateur thérapeutique ? Avais-je les compétences nécessaires ? Je ne savais plus.

Je me suis retrouvée à animer des ateliers sur la prise de sprays et gestion du pilulier, des ateliers sur les techniques respiratoires et autres. Lors de mon entretien annuel, j'ai expliqué à ma direction que je ne me sentais plus ergothérapeute, et on m'a répondu que je ne l'étais plus vraiment, mais que j'étais éducatrice thérapeutique à mi-temps et ergothérapeute à mi-temps. Mais où faisais-je de l'ergothérapie ? Lorsque j'ai posé cette question à ma cadre de santé, elle m'a répondu que peu importait si je faisais ou non de l'ergothérapie, le plus important était ce que j'apportais aux patients.

Au final, depuis trois ans que je pratique mon métier, j'ai changé trois fois de poste pour les mêmes motifs de démission : dérive de la pratique et non-respect de la fiche de poste.

¹⁰ Définition selon l'OMS : « l'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

¹¹ Définition : « Un métier à plusieurs facettes .Les deux types de métiers de cadre de santé à l'étude sont : Le cadre de santé de proximité [...] Le cadre de santé de pôle semble être systématiquement un cadre supérieur de santé ».

http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveCadresdeSante2.pdf

¹² Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive ».

La question que je pose aujourd'hui au vu de ma pratique professionnelle est qu'elle place laisse-t-on à l'ergothérapeute dans une structure de santé, et notamment dans une équipe pluridisciplinaire, voire dans un groupe d'éducation thérapeutique ? Quelle vision avons-nous de l'ergothérapie ? Pourquoi l'ergothérapie est-elle souvent mal employée dans les pratiques et activités professionnelles ? Le fait d'être une profession à l'intersection de plusieurs métiers est-il un frein ? Faudrait-il travailler sur les équipes afin de mieux intégrer l'ergothérapie dans les pratiques professionnelles d'une équipe de santé ?

Voilà, autant de questions qui ont suscité en moi l'envie de me professionnaliser. La formation au CRES PACA en éducation thérapeutique a été un vrai déclencheur. Elle a agi comme une prise de conscience. En effet, lors de cette formation, j'ai étudié avec d'autres professionnels de santé sur la question de l'accompagnement en éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique m'a confortée dans mes convictions et capacités d'ergothérapeute, elle m'a permis de m'inscrire dans mon métier et de donner du sens à ma pratique professionnelle. Je n'avais plus envie de me reconverter ou changer d'orientation professionnelle, mais plutôt de montrer ma place en tant qu'ergothérapeute avec cette vision d'accompagnement dans le soin.

L'éducation thérapeutique se veut être une pratique professionnelle centrée sur la personne en prenant en compte sa qualité de vie au vu de sa pathologie. Selon la définition de l'OMS¹³, « l'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées - y compris un soutien psychosocial - conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cette démarche a pour finalité de permettre aux patients (ainsi qu'à leur famille) de mieux comprendre leur maladie et leurs traitements, à collaborer avec les soignants et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie».

¹³ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Or, l'ergothérapeute est par essence même un professionnel de la santé qui évalue et accompagne vers une autonomie de vie ajustée aux besoins et capacités de la personne. L'ergothérapeute doit s'ajuster au mieux aux situations de handicap rencontrées par la personne dans sa vie quotidienne et lui proposer diverses solutions et adaptations afin de palier ses déficits et restrictions de participation.

Aussi, les nouvelles approches aux soins et à l'accompagnement en éducation thérapeutique n'étaient-elles pas en congruence totale avec ma profession ? L'ergothérapie se confondait, de mon point de vue, complètement avec la philosophie de l'éducation thérapeutique. Il y avait là une place centrale pour ma profession, un moyen de la professionnaliser pour plus de (re)connaissance de l'équipe médicale partenaire. En effet l'ergothérapeute est formé à une approche holistique de la personne dans sa méthode de travail. Il doit envisager une relation de soin impliquant au maximum l'intégrité de la personne, dans sa globalité, avec ses interactions avec ses proches, son milieu de vie, son système social... Il ne s'agit plus de soigner classiquement le « patient » en le rendant passif, mais de proposer à la personne en situation de handicap et désireuse, un accompagnement centré sur ses besoins et capacités. De la même manière l'éducation thérapeutique s'appuie sur l'idée d'impliquer activement la personne dans son processus de soin afin de pérenniser cette démarche.

On le voit, il s'agit d'une nouvelle vision de l'accompagnement dans la santé par de l'éducation en créant une interaction, un partenariat. La connaissance et l'éducation à la santé ne se situent plus dans une dimension unilatérale « soignant-soigné », mais transversale et interactive où le patient devient participant et expert. On réinterroge la nature du rapport soignant-soigné. Il se dégage deux principes d'actions, d'une part une approche permettant aux patients d'être acteurs et d'autre part une approche pluridisciplinaire avec des objectifs et langages communs.

Ainsi, au-delà même de la rencontre entre cette lame de fond qui traverse le courant sanitaire et social d'une prise en charge holistique de la personne, et de l'ergothérapeute formé à cette approche de thérapie « participative », l'enjeu pour ce dernier pourrait être de prolonger ce mouvement, voire de coordonner les activités au sein des équipes.

L'ergothérapeute un professionnel au centre de l'éducation thérapeutique reliant, faisant lien avec les autres professionnels de santé ?

1.2. La profession d'ergothérapeute, au carrefour de l'éducation thérapeutique ?

La profession d'ergothérapeute est réglementée par l'article L.4332-1 du code de la santé publique, qui dispose qu'est considérée comme exerçant la profession d'ergothérapeute toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie.

- . Son *positionnement fonctionnel*, tel que défini dans le livre blanc de l'ergothérapie est le suivant :

« Le plus souvent membre d'une équipe pluri professionnelle (composée de médecins, d'auxiliaires médicaux, de travailleurs sociaux, d'acteurs de réseaux sanitaires, de techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus de réadaptation, d'adaptation et d'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. En tant que spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il mène des actions pour rendre possible les activités de façon sécuritaire et lever les obstacles de toute personne en situation de handicap».

Le décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 codifié à l'article R.4331-1 du code de la santé publique fixe la liste des actes que ce professionnel est habilité à accomplir. L'ergothérapeute exerce son art sur prescription médicale.

- . Le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (FPH) définit *l'activité* de l'ergothérapeute de la façon suivante

Evaluer les déficiences, les capacités et les performances motrices, sensibles, sensorielles, cognitives, mentales, psychiques de la personne.

Analyser les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicaps et poser un diagnostic ergothérapeutique.

Mettre en œuvre des soins et des interventions de rééducation, de réadaptation, de réinsertion, de réhabilitation psychosociale et de psychothérapie visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité.

Développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et la participation sociale de la personne.

Préconiser les aides techniques, aides humaines, aides animalières et modifications de l'environnement matériel, afin de favoriser l'intégration de la personne dans son milieu de vie.

Concevoir et appliquer des appareillages pour la mise en œuvre de ces traitements.

Au-delà de cet aspect rigide et formel de cette définition du métier (le prescrit), l'originalité de l'ergothérapie réside dans le fait de s'adresser à ce qui est sain chez la personne grâce à l'activité qui permet l'expression des potentialités de la personne. Cela demande à l'ergothérapeute de considérer la personne dans la globalité (vision holistique et humaniste).

. Les *compétences* de l'ergothérapeute

Pour Jonnaert et al. (2004), la compétence est un processus permettant la mise en synergie des ressources dans une situation professionnelle avec des savoirs, des habiletés ou capacités et des ressources à dimensions normatives (attitudes, valeurs, normes, rapports au savoir...).

La compétence est donc la mise en œuvre en situation, dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié et coordonné de ressources pertinentes permettant la maîtrise de la situation.

-
1. Évaluer une situation clinique et élaborer un diagnostic dans le domaine de l'ergothérapie
 2. Concevoir un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement
 3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie
 4. Concevoir, réaliser, adapter et préconiser les orthèses et les aides techniques
 5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique
 6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie
 7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle
 8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
 9. Coordonner les activités et coopérer avec les différents acteurs
 10. Former et informer
 11. Gérer un service, une structure et des ressources
-

. *Compétences croisées ergothérapie/ éducation thérapeutique*

L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé définit six situations significatives rencontrées dans la pratique de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).

Nous pouvons croiser les compétences de l'ergothérapeute avec les situations significatives rencontrées dans la pratique de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).

Situations significatives rencontrées dans la pratique de l'ETP	Compétences de l'ergothérapeute en adéquation
------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

1. Créer un climat favorable à l'ETP.	5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique 10. Former et informer
2. Analyser avec le patient sa situation, ses pratiques de santé et convenir de ses besoins en ETP.	1. Évaluer une situation clinique et élaborer un diagnostic dans le domaine de l'ergothérapie 2. Concevoir un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement
3. S'accorder avec le patient et son entourage sur les ressources nécessaires pour s'engager dans un projet et construire avec lui un plan d'action.	6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie
4. Se coordonner avec les différents acteurs de la démarche ETP pour déployer les activités	9. Coordonner les activités et coopérer avec les différents acteurs 11. Gérer un service, une structure et des ressources
5. Mettre en œuvre le plan d'action avec le patient et son entourage.	3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie
6. Coévaluer avec le patient les pratiques et les résultats de la démarche ETP.	7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle

De même, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé met l'accent sur six situations significatives rencontrées pour coordonner une démarche d'ETP.



Nous pouvons là aussi croiser les situations significatives pour coordonner une démarche d'Éducation Thérapeutique du Patient avec la cinquième compétence du référentiel de l'ergothérapeute qui fait clairement référence à la notion d'éducation. L'ergothérapeute est compétent pour « *Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique* ».

Dans le détail, la compétence « *Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique* » vise à :

Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe de personnes en vue de la mise en œuvre d'activités éducatives

Déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation

Concevoir, formaliser et mettre en œuvre des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise répondant aux besoins de la population ciblée

Conduire une démarche de promotion de la santé et de prévention à travers des actions pédagogiques individuelles et collectives et en suscitant l'investissement des personnes et de leur entourage

Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les personnes

Accompagner une personne ou un groupe dans un processus d'apprentissage par une information et des conseils sur les troubles fonctionnels, l'éducation gestuelle, les gestes et postures non traumatisants, la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines

Conseiller les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leur savoir-faire

Former à la mise en place, à l'utilisation et à la surveillance des appareillages et aides techniques, au sein de la structure puis dans le milieu ordinaire de vie

Face aux compétences attendues au vue des différentes situations significatives pour coordonner une démarche d'ETP, l'ergothérapeute avec ses compétences a un rôle central et essentiel.

Au sein d'une équipe d'ETP, les ergothérapeutes doivent pouvoir partager leurs compétences avec les autres professionnels de rééducation/réadaptation que sont les diététiciens, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les psychomotriciens, les orthoptistes et pédicures-podologues. Toutes ces professions sont récentes dans le paysage sanitaire. Toutes tentent de clarifier leurs propres rôles, leurs champs d'activité et zones de compétences, du fait des interactions. Toutes sont en quête de reconnaissance identitaire.

Dans ce qui prescrit les spécificités de l'ergothérapeute au regard des autres professions :

Professionnels de rééducation/réadaptation	Ergothérapeute
L'infirmier dispense des soins dans une relation d'aide	L'ergothérapeute se positionne en rééducateur et réadaptateur dans les activités quotidiennes de la personne
Le masseur kinésithérapeute travaille de manière analytique sur les déficiences et incapacités	L'ergothérapeute aborde la fonctionnalité dans les gestes et la prophylaxie en situation « écologique » de vie quotidienne
Le psychomotricien, travaille sur le corps en lien avec l'espace (propre et environnemental) et le psychique	L'ergothérapeute travaille sur la finalité à travers des activités que peut faire le corps.
Le neuropsychologue a une approche « plus laboratoire » pour l'évaluation des troubles neuropsychologiques du patient	L'ergothérapeute a une approche écologique des séquelles cognitives compensées ou non compensées par des mises en situations sur le lieu de vie de la personne.
L'orthoprothésiste conçoit et fabrique de grands appareillages et des appareillages articulés	L'ergothérapeute conçoit et réalise des orthèses afin d'assurer les fonctions préventive, curative, palliative, parallèlement ou en complément d'un travail de rééducation et de réadaptation
L'aide-soignante applique les recommandations et conseils de l'ergothérapeute auprès du patient	L'ergothérapeute donne les conseils (ex : apprentissage d'un nouveau geste développant l'autonomie, utilisation d'une aide technique spécifique au handicap de la personne)
L'assistante sociale intervient également dans le but de l'amélioration des conditions de vie des individus sur le plan socioéconomique	
L'ergonome travaille essentiellement sur des postes de travail, sur les conditions environnementales	L'ergothérapeute, se concentre essentiellement sur l'interaction entre le patient, la santé et l'environnement, en tenant compte de sa pathologie et de l'évolution à venir. Il prend en compte la problématique de la pathologie de ses capacités et performances et la met en adéquation avec l'étude du poste de travail

Dans le travail réel, les frontières ne sont pas si nettes et les objectifs ne traversent pas les équipes. Le prescrit est une chose, mais le réel englobe bien plus de dimensions que ce qui est défini de faire. Entre la tâche qui correspond au travail attendu (le prescrit) et le réel, ce qui se fait en situation, il n'y a pas concordance totale. C'est dans cette « petite » distinction entre tâche et activité qu'Yves CLOS (2000, p.8-9) souligne cet écart où se crée l'expérience professionnelle. Il y a donc « l'activité réalisée » et « le réel de l'activité ». Cette nuance est importante à saisir, l'activité c'est ce qui se fait, mais aussi c'est ce qui ne se fait pas, ce que l'on ne peut pas faire, ce que l'on fait ou ne fait plus, ce que l'on voudrait faire. Dans l'activité, il y a aussi ce qui est impossible à faire. « Autrement dit, dans l'activité humaine des sujets, c'est à dire aussi dans leur vie subjective, il y a tout ce qui est de l'ordre des activités ravalées. L'expérience personnelle du travail, est aussi cela ».

1.3. La méconnaissance de l'ergothérapie, une problématique pratique

Ce qui a été difficile à vivre professionnellement, ce n'est pas tant le fait que l'ergothérapie soit très mal connue par des personnes hors de mon champ professionnel, mais plutôt qu'au sein de l'équipe médicale de travail, on ne sache pas ce qu'est l'ergothérapie et que l'on positionne mal l'ergothérapeute dans l'équipe thérapeutique. De fait, on m'a restreint dans une non-pratique de ma profession et souvent à côté de mes compétences.

La méconnaissance est le fait de « Ne pas reconnaître quelqu'un, quelque chose comme tel, ne pas l'apprécier à sa juste valeur »¹⁴.

Cette méconnaissance, ou non-reconnaissance, avec toutes ses *dérives* en termes de pratiques, met sans doute en exergue le problème de la construction d'identité professionnelle, « façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes » (Sainsaulieu, 1977, p. 89). En effet, l'identité professionnelle permet aux praticiens de se représenter comme des acteurs. Elle met en question la reconnaissance réciproque des pairs.

¹⁴ Selon le dictionnaire Larousse.

Je me suis alors beaucoup questionnée. J'ai dû m'interroger sur ma pratique et mon implication, et petit à petit mon champ de réflexion s'est élargi au problème de l'identité sociale des ergothérapeutes, considérant que la profession toute entière pouvait souffrir de ce manque de reconnaissance. L'identité sociale dépend de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance des savoirs, des compétences tant par les pairs que par la société toute entière. Cela met en jeu tout autant la question du statut social et celle des images de soi. Aussi, entamer une réflexion sur sa propre identité professionnelle, nécessite sans doute de se mettre en posture réflexive.

D'après Schön (1983), un praticien est réflexif lorsqu'il prend sa propre action comme objet de réflexion. Les savoirs issus de la pratique sont le produit d'une réflexion sur l'expérience, ainsi « le praticien réflexif est un praticien qui se regarde agir comme dans un miroir et cherche à comprendre « comment » il s'y prend et parfois « pourquoi » il fait ce qu'il fait éventuellement contre son gré » (Perrenoud, 2004, p.38). Ainsi pour Schön, une action professionnelle complexe est toujours pensée et n'est pas le fruit d'un automatisme ; elle est le résultat d'une réflexion dans l'action. D'autres auteurs comme Barbier (1996), considèrent qu'il peut se constituer des « savoirs d'action » qui se construisent au contact de l'action professionnelle lorsque de nouvelles problématiques surgissent pour lesquelles il n'existe pas de procédures établies. Ces savoirs doivent être révélés au moyen de leur formulation, de leur explicitation. Dans ces cas-là, l'analyse de pratiques conçue comme un outil de professionnalisation¹⁵ trouve sa pleine justification. Elle est un moyen de mieux définir les contours d'une profession par le repérage et l'analyse des pratiques.

Toutefois, notre propos ne porte pas spécifiquement sur la question des savoirs qui sont mis en œuvre dans la pratique de l'ergothérapie, ni si ces savoirs sont construits dans l'action, mais plutôt de connaître la raison de leur mauvaise perception, que ce soit par les autres membres de l'équipe médicale, par les patients, par la société. Nous retiendrons ici l'idée générale que le praticien se prend pour objet de sa réflexion, en réfléchissant à sa manière d'agir, en se distanciant de sa propre pratique professionnelle, en la regardant, puis l'analysant. Sans doute devrait-on apprendre de ce qu'elle renvoie et de ce qui peut la réduire ou empêcher une reconnaissance professionnelle.

¹⁵ La professionnalisation renvoie à l'ensemble des compétences reconnues par une profession comme caractérisant celle-ci.

Tous ces questionnements, ces doutes ont motivé mon inscription en Master Sciences de l'Éducation, avec pour objectif de prendre du recul sur ma pratique professionnelle, de m'en extraire pour mieux l'analyser. Avec l'aide des nouvelles connaissances et de modèles théoriques, je souhaitais mieux comprendre ma profession et son contexte. Selon Jean-Marie Barbier, l'acte de travail devint acte de formation « lorsqu'il s'accompagne d'une activité d'analyse, d'étude ou de recherche sur lui-même » (1996, p.3).

Les enjeux d'une réflexion sur les activités des ergothérapeutes, en adéquation avec leurs compétences, relève d'un besoin de reconnaissance, d'autonomie, d'un meilleur positionnement dans l'espace des activités professionnelles.

S'il y a des dérives, est-ce par méconnaissance des compétences ? Faut-il construire un référentiel de compétences professionnelles de l'ergothérapeute inséré dans un groupe pluridisciplinaire en éducation thérapeutique ? Dans un groupe d'éducation thérapeutique ne devrait-on pas travailler sur l'interaction en considérant qu'il s'agit d'un construit collectif qui devrait s'appuyer sur des compétences collectives ? Faut-il construire sur la base d'une analyse de l'activité réelle ?

Cette méconnaissance et le malaise professionnel qu'elle fait naître n'impactent-ils pas l'identité professionnelle des ergothérapeutes au travail

Aujourd'hui et d'après mon réseau d'ergothérapeutes, nous sommes plusieurs à nous poser ces questions : quelles sont les compétences d'un ergothérapeute dans une équipe pluridisciplinaire, quel est son positionnement dans un groupe d'éducation thérapeutique ?

2. L'ergothérapie, vers la constitution d'une profession

Un détour est nécessaire pour percevoir l'origine, l'évolution et la professionnalisation de l'ergothérapie dans l'institution où elle s'exerce.

2.1. Naissance de l'ergothérapie, ou l'origine d'un malentendu

Après être née en secteur psychiatrique, l'ergothérapie a toujours connu des difficultés identitaires et de positionnement dans le soin, que ce soit en centre hospitalier public ou clinique du secteur privé. Ce problème de reconnaissance professionnelle a induit une véritable démarche d'évolution conceptuelle, intellectuelle et théorique de la part des ergothérapeutes qui ne renient pas leur origine et leur histoire institutionnelle mais cherchent à l'utiliser, l'analyser afin de poursuivre la formalisation de leur profession.

L'ergothérapie, qui ne portait pas encore son nom, était initialement considérée comme une solution pour combattre l'ennui dans le milieu asilaire. La finalité à cette époque (XIXe s.) était d'occuper les malades mentaux. Cette fonction était corrélée à la problématique de l'enfermement des malades en institution. Souvent, la fonction était assurée par l'infirmier dans une démarche de productivité souvent bénéfique pour la collectivité hospitalière (jardins, ferme, entretiens des espaces verts, ...).

Aussi la première pratique de l'ergothérapie consistait en des activités occupationnelles. D'ailleurs le terme même d'Ergothérapie est un néologisme contemporain, dérivant d'une traduction imparfaite de l'« Occupational Therapy », terme anglo-saxon. La traduction littérale "thérapie occupationnelle" ne fût pas retenue car cela aurait pu, dans la culture française, donner une signification de " thérapie par la distraction". Les activités occupationnelles ont en fait un sens bien plus large, elles sont définies, selon le Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière (2005), comme « des ensembles d'actions offertes aux patients dans le cadre de sa prise en charge thérapeutique pour préserver ses capacités de vie. Les activités occupationnelles comprennent des travaux artisanaux, des activités de la vie quotidienne, des activités de loisir ou culturelles ». Ainsi, malgré une connotation restrictive de la "thérapie par le travail" la traduction française de l'"Occupational Therapy" par «Ergothérapie» (du Grec Ergon = travail, œuvre), fut adoptée. Le concept est celui d'une utilisation de l'activité ou du travail à des fins thérapeutiques.

Sans doute est-ce là l'origine du malentendu : nombreux sont ceux, semble-t-il, qui continuent de penser que la finalité de l'ergothérapie consiste en des activités occupationnelles. Ainsi la profession serait marquée par une connotation « occupationnelle » liée à son histoire, proche de la distraction et du divertissement, qui aurait laissé des traces dans les milieux de la santé et dont l'ergothérapeute n'aurait pas réussi à se libérer. Or, il est demandé aujourd'hui à l'ergothérapeute d'évaluer et de rééduquer la personne à une autonomie de vie satisfaisante, alors que la place qui lui est affectée dans la réalité n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences.

2.2. L'ergothérapie, un métier ? Une profession ?

D'une manière générale, les métiers de la santé ont vu émerger au fil du temps une modification dans l'activité des intervenants de la santé, voire la constitution de nouvelles activités professionnelles liées à des spécialités. Nous avons évoqué le cas de la psychiatrie, devenue une spécialité de la médecine, mais aussi l'avènement de nouvelles professions en lien notamment avec celle d'ergothérapeute (diététiciens, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les psychomotriciens, les orthoptistes et pédicures-podologues).

Pour autant, à partir de quand peut-on dire qu'un métier ou qu'une profession se constitue ? La nécessité d'une clarification du champ sémantique s'impose alors. Quelle est la définition du métier ? Et de la profession ?

Claude Dubar (2005), effectue un détour historique pour clarifier cette terminologie. De la distinction entre professions et métiers, il montre que les professions relèvent de ce qui s'enseigne dans les universités et « dont les productions appartiennent plus à l'esprit qu'à la main » (parallèlement à l'essor des universités) et les métiers « où les mains travaillent plus que la tête ». Une opposition se serait construite au fil de l'histoire entre professions et métiers sur la base d'une dichotomie intellectuel/manuel. Max Weber (1905) dans *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, considère que ce processus est un constituant essentiel de la modernisation des sociétés. Il considère que le développement des professions s'opère par le passage d'une « socialisation principalement communautaire » où le statut est hérité à une « socialisation d'abord sociétaire » où le statut social dépend des tâches effectuées et des critères rationnels de compétences et de socialisation ». Ainsi, la construction d'une identité professionnelle aujourd'hui, suppose-t-elle la maîtrise d'une spécialité et la reconnaissance d'une communauté professionnelle légitimatrice.

Aussi, la différence entre métier et profession met-elle en jeu à la fois le type de savoirs et le mode d'acquisition de ces savoirs. Le métier correspondrait à un ensemble de savoirs incorporés, d'habileté acquise par l'expérience, tandis que celui de profession ferait appel à des savoirs savants. Cette habileté, caractéristique du métier, serait acquise par l'expérience et la répétition. Un métier donne une réponse pratique à des besoins. Comme le formule Didier d'Erceville (1997) « modeler par de nombreux facteurs, la définition d'un métier, c'est d'abord la réponse à des questions simples : Faire quoi ? Pour qui ? Comment ? »

De ce fait, nous pourrions être tentés de penser que l'ergothérapie est un métier, en ce sens qu'il donne une réponse pratique à des besoins humains qui répond aux questions simples de « Faire quoi ? Pour qui ? Et comment ? ». Ainsi, en réponse à ces questions, le décret de 1986 encadrant la profession précise que l'objectif de l'ergothérapeute est de « ...contribuer au traitement des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activités et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir, une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle »¹⁶.

Par contre, la profession, elle se caractérise par une activité faisant appel à des savoirs savants, une activité qui se « professe ». La constitution d'une profession implique la formalisation écrite de l'ensemble de ses savoirs afin d'assurer la capitalisation, la transmission et la diffusion des savoirs. Elle opère également une codification, une classification de ses savoirs dans le but d'une rationalisation des activités et d'un référentiel commun à la profession. Nous retiendrons : à partir du moment où une activité professionnelle est caractérisée par une structuration forte de l'accès au marché du travail (fermeture) que ses membres contrôlent, une identité largement revendiquée et reconnue socialement, des savoir-faire spécifiques bien identifiés, alors on pourra parler de *profession*.

Ainsi, l'ergothérapie, définie comme une « thérapie par le médical » (Gutman, 1997), fait appel à des savoirs savants. C'est une activité qui aujourd'hui se « professe », c'est-à-dire qui s'enseigne par la voie de l'explicitation orale et écrite des savoirs et des pratiques. C'est en cela que l'on peut affirmer que l'ergothérapie s'est constituée en profession.

¹⁶ Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986, fixant les catégories de personne habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.

Nous allons maintenant développer la genèse de la professionnalisation, en soulignant particulièrement comment les ergothérapeutes se sont emparés à chaque fois que possible des éléments de cette professionnalisation.

2.3. Genèse de la professionnalisation de l'ergothérapie

Avant toute chose, il convient de définir la notion de professionnalisation. La professionnalisation, dans son acception anglo-saxonne, désigne "le processus de naissance et de structuration de groupes organisés, autonomes, et défendant leurs intérêts, notamment en contrôlant l'accès à la profession et à son exercice" (Barbier, 1998).

En Europe, en France en particulier, elle renvoie également à la notion de formation des individus dans l'objectif de leur insertion dans un champ professionnel donné. Cette approche met l'accent sur les notions de changement, d'évolution, de structuration de connaissances spécifiques (Altet, 1978), ainsi que sur la dimension de réflexivité sur les pratiques (Barbier, 1998).

Comme nous l'avons évoqué plus haut, l'ergothérapie est née avec la psychiatrie, lorsque Philippe Pinel libère les chaînes des aliénés de Bicêtre en 1793. Il pose l'hypothèse que le travail est une thérapie et introduit l'idée que le travail dans l'institution peut avoir une rentabilité assurant son autarcie.

Au début du XXe s. aux États-Unis, plusieurs médecins (J. Hall, A. Meyer, W. Rush Dunton...) s'inspirent des principes introduits en France par Pinel et reconnaissent et utilisent l'activité comme modalité thérapeutique. Ils donnent naissance à une nouvelle profession l'ergothérapie. La Première Guerre mondiale favorise le développement de l'ergothérapie (convalescents et les tuberculeux) dans le domaine de la médecine physique. La valeur de l'activité dans la restauration des capacités physiques commence alors à trouver un large écho.

Durant les années 1942 à 1960, les ergothérapeutes élargissent leur technique. Ils sont impliqués dans l'entraînement à l'utilisation des prothèses, dans la fabrication d'orthèses, l'entraînement aux activités de vie quotidienne, l'entraînement à l'effort, l'évaluation, les expériences avec les techniques de facilitation.

Dans son rapport à l’OMS, le Dr HP Wood en 73, définit la notion de situation de handicap ou désavantage comme la résultante des phénomènes liés à la maladie initiale. Toute déficience, manifestation d’une maladie ou d’un trouble, génère dans les situations de la vie quotidienne diverses entraves pouvant aller de la simple gêne à l’incapacité complète. Cette situation caractérise le handicap ou désavantage.

La notion de “ situation de handicap “ est élargie au contexte environnemental et personnalisé du patient et la réadaptation ne peut avoir pour seul objet de rééduquer pour réduire ou corriger la déficience. Elle se doit de réduire ou faire disparaître les facteurs impliqués dans la situation de handicap. L’approche systémique est privilégiée, « ...L'adoption d'un modèle systémique plutôt qu'atomiste suscite donc l'émergence de plusieurs autres modèles ergothérapeutiques. Comme le souligne Forget [1983], c'est ainsi qu'apparaissent le modèle écologique (Howe et Briggs) [1982], le modèle des réponses adaptatives (King) [1978], le modèle de l'adaptation temporelle (Kielhofner) [1977], le modèle travail-jeu (Shannon) [1977], le modèle du comportement occupationnel (Clark) [1979], et le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner,) [1985]... » (Therriault et Collard, 1987).

En France, dans la mouvance législative hospitalière des années 70, un diplôme d’État d’ergothérapeute est créé par décret du 6 novembre 1970. Il modifiera l’ancienne vision productive du soin ergothérapeutique et va inciter les ergothérapeutes à réfléchir leur activité et l’exprimer comme un véritable outil de prise en charge et de soins. Pour West (1984), la mise en pratique d’ « une approche plus humaniste et holistique du handicap et de la santé doit guider la pratique ergothérapeutique ». Dès lors les ergothérapeutes allaient chercher à intellectualiser leur pratique et s’inscrire dans une mouvance générale d’évolution. En 1980, la création du Certificat de Moniteur-Cadre d’Ergothérapie permit aux ergothérapeutes de s’investir dans l’encadrement, l’enseignement et de poser les jalons de la recherche en ergothérapie.

Dans les années 1990 les systèmes de valeurs évoluent, l'information médicale se démocratise ; le malade ne subit plus, il a soif de connaître et participe à son traitement¹⁷. Les handicapés lourds, traumatisés du cerveau et de la moelle épinière sont de plus en plus nombreux. Les progrès de la réanimation concourent à la survie d'enfants et d'adultes polyhandicapés. Dans le même temps, le handicap social et la désadaptation s'accroissent dans la société du fait de l'augmentation de la précarité de l'emploi et de la déliquescence du tissu social. Parallèlement, les hôpitaux font face à un accroissement de patients de grand âge en perte d'autonomie. Par ailleurs, le malade supporte mal l'éloignement de son milieu familial, et la crise économique, les progrès de la chirurgie contribuent à rendre les séjours au sein des établissements plus courts et plus fragmentés.

Aussi, l'évolution des besoins en matière de réadaptation impose aux ergothérapeutes de réfléchir à nouveau sur leur pratique. Ils doivent répondre aux conséquences de la fragmentation et du raccourcissement des séjours et à l'obligation d'évaluation, répondre aux besoins d'information et de participation active du malade, préparer le retour à domicile et l'accomplissement du projet de vie...

Durant la même décennie, le diplôme de Cadre de Santé a été créé par Décret du 18 août 1995. Les ergothérapeutes ont saisi l'opportunité qui leur était offerte de pouvoir se former à l'encadrement avec les autres professionnels paramédicaux et ainsi devenir des cadres managers des équipes de rééducation.

À la fin des années 90, l'ordonnance dite « Juppé » engageait les établissements de santé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et mettait en place la démarche d'accréditation des établissements de santé par une certification. La certification¹⁸ est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Des professionnels de santé mandatés par la Haute Autorité de Santé réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé.

¹⁷ Charte du patient hospitalisé : circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995

¹⁸ À propos de la certification des établissements de santé : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante

Mise en œuvre par la HAS, la procédure de certification s'effectue tous les 4 ans. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé.

Elle concerne :

- les établissements de santé publics et privés,
- les installations autonomes de chirurgie esthétique,
- les Groupements de Coopération Sanitaire.

Les ergothérapeutes se sont investis dans cette démarche en participant aux groupes de travail préparatifs de l'accréditation dans leurs établissements respectifs. Cet investissement leur a permis de mieux connaître leurs partenaires professionnels, de s'intégrer dans les équipes et a montré leur volonté d'évolution et de participation aux projets institutionnels.

En juillet 2001, le rapport Piel et Roelandt, commandé par le ministère de Martine Aubry, précisait les orientations souhaitées pour la prise en compte de la santé. Ce rapport disait à propos des ergothérapeutes : « Eux aussi se trouvent devant la nécessité de repenser leur formation, leurs objectifs et leur rôle respectif dans la perspective de l'évolution de la psychiatrie vers le champ de la santé mentale dans les années à venir. En effet, ils seront tout naturellement impliqués dans les futures actions de soin et d'insertion ». Il s'agit donc pour les ergothérapeutes de rendre leurs actes de soin formels, intelligibles pour leurs partenaires professionnels.

Nous en arrivons aux bouleversements que le projet dit « Plan hôpital 2007 » a suscité dans les établissements de santé. Un des objectifs de ce plan était d'inciter les établissements à optimiser l'utilisation de leurs ressources par le nouveau système de financement lié à l'activité et les nouvelles règles budgétaires et comptables. Pour cela, l'un des volets du projet était nommé « *Nouvelle Gouvernance Hospitalière* ». Au sens général, la gouvernance désigne un ensemble de mécanismes organisationnels qui ont pour effet de délimiter les pouvoirs et les responsabilités et d'influencer les décisions dans un sens favorable aux attentes et préoccupations de l'ensemble des parties prenantes d'une organisation.

Dans le cas du plan « Hôpital 2007 », elle visait à responsabiliser les acteurs et à simplifier le fonctionnement interne des établissements, par une nouvelle organisation des activités des établissements sur une base contractuelle autour de pôles d'activités pilotés par des responsables de pôles, assistés d'un cadre soignant et administratif, et bénéficiant d'une vraie délégation de gestion. Alors que jusque-là les activités de soin s'organisaient autour de services, les établissements devaient dorénavant se regrouper en pôles d'activité. La nouvelle gouvernance réunissait alors les équipes par cohérence de pathologies dont souffrent les patients. Le but de faciliter le séjour du patient en lui évitant de parcourir une multitude de services, de mutualiser les moyens, d'associer les personnels soignants à la gestion des établissements publics de santé (EPS).

Aussi, les ergothérapeutes ne doivent pas manquer leur intégration dans ces pôles d'activités. Mais comment l'ergothérapie doit-elle s'intégrer à un pôle d'activité pour poursuivre sa démarche de reconnaissance identitaire ?

3. La question de la professionnalisation, une problématique théorique

3.1. L'ergothérapie, un besoin de reconnaissance professionnelle

La problématique traitée dans ce mémoire s'impose peut-être à une grande partie des ergothérapeutes en activité. Pour mon cas, en tant que jeune ergothérapeute, je m'y suis heurtée dès le départ, puis elle s'est confirmée au fur et à mesure de mon évolution professionnelle. Lors de mon parcours universitaire en Master 1 Sciences de l'éducation elle s'est précisée, notamment quant à la manière de l'aborder, et sans doute, elle sera encore amenée à changer au cours de ce parcours universitaire. Pour commencer, il sera nécessaire de tester cette hypothèse et de vérifier si la problématique pratique est celle du manque de reconnaissance de l'ergothérapie, qui se caractérise plus particulièrement par une méconnaissance de celle-ci par une partie des professionnels de la santé. Nous chercherons à savoir, si tel est le cas, les freins à cette reconnaissance, ainsi que les activités réelles auxquelles les ergothérapeutes sont employés.

On considère aujourd'hui que le statut professionnel ne peut être conféré que par une « société » qui reconnaît la valeur du groupe professionnel et de son travail (Cooper, 2012). La question interroge en partie le processus de professionnalisation de l'ergothérapie, professionnalisation entendue à ce niveau-là de l'analyse, comme un processus de constitution et de reconnaissance d'une profession, en quelque sorte l'institutionnalisation d'une activité. En effet, la professionnalisation, dans son acception anglo-saxonne, désigne « le processus de naissance et de structuration de groupes organisés, autonomes, et défendant leurs intérêts, notamment en contrôlant l'accès à la profession et à son exercice » (Barbier, 1998, p.5).

Nous faisons une première hypothèse selon laquelle l'ergothérapeute souffre d'un manque de connaissance de sa profession et est souvent « mal-employé » au regard de ses compétences, qu'il est contraint à des activités qui ne satisfont pas pleinement son curriculum. De la même manière, on peut aussi se demander si l'ergothérapeute qui travaille dans un groupe d'éducation thérapeutique mobilise ses compétences liées à des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique (compétences du référentiel de l'ergothérapeute, étudiées de la page 13 à 17).

Nous pensons que ce mauvais emploi constituerait, peut-être aussi, une limite à la professionnalisation des ergothérapeutes ; ceux-ci n'étant pas confrontés à des situations pratiques variées en terme thérapeutique, ils ne peuvent donc pas développer une palette de compétences de terrain afin d'être aptes à répondre aux situations inédites et complexes qui peuvent se poser à eux.

Dans cette acception, la notion de professionnalisation change de sens. En effet, en Europe, et en France en particulier, la professionnalisation renvoie à la notion de formation des individus dans l'objectif de leur insertion dans un champ professionnel donné. Cette approche met l'accent sur les notions de changement, d'évolution, de structuration de connaissances spécifiques (Altet, 1978), ainsi que sur la dimension de réflexivité sur les pratiques (Barbier, 1998). Cette conception est riche de sens et fertile en terme de développement professionnel des individus.

Ce concept de professionnalisation amène le sujet à construire aussi son expérience, dans l'action, en faisant appel à un ensemble de ressources complexes, à la fois cognitives et affectives. Si cela affecte l'individu au travail dans ce qu'il a de plus personnel, c'est aussi l'occasion pour lui de maîtriser les conditions de transformation de ses pratiques professionnelles, mêlant l'acte de production et l'acte de formation.

3.2. L'ergothérapeute face à sa pratique, questions de recherche

Cette recherche porte donc sur la question de la professionnalisation de l'ergothérapie. Les questions qui se posent sont : comment peut-on définir la professionnalisation, comment définir les processus qui conduisent à l'avènement d'une profession à part entière, quels facteurs influencent sur sa représentation? Quelles sont les résistances à la reconnaissance et à la professionnalisation de l'ergothérapie ? Celles-ci ne proviennent-elles pas du manque de clarté dans la place et le rôle de l'ergothérapeute au sein des équipes de travail ? Dans ce cas-là, ce mauvais positionnement n'entraîne-t-il pas une utilisation restrictive de l'ergothérapeute au regard de ses compétences ? Quand est-il de cette restriction dans un groupe d'éducation thérapeutique ? Ce risque n'est-il pas source de blocages au développement professionnel, à la professionnalisation ?

Nous faisons alors une deuxième hypothèse que l'ergothérapie est méconnue d'une grande partie des autres professionnels de santé avec qui il est sensé interagir dans le cadre de la prise en charge holistique du patient.

Nous l'avons vu, les frontières de l'ergothérapie sont à l'intersection d'autres professions paramédicales (kinésithérapie, psychomotriciens, orthophonistes...) ce qui peut entraîner des confusions, des malentendus, des dérives. Cela peut mettre en exergue un conflit d'intérêt et des jeux de pouvoirs entre professionnels.

De ce fait, en posant la question de savoir quelle place donnent les autres professionnels de santé à l'ergothérapeute, nous cherchons à savoir, s'il n'est pas compartimenté dans des activités qui sont trop limitatives au regard de ses compétences, ou pire, à côté de son champ de compétences. Il s'agit de savoir si une vision trop restrictive de cette profession, émanant des professionnels de la santé ne constitue pas un facteur limitant la professionnalisation des ergothérapeutes, en ne leur permettant pas d'investir leur domaine de compétences et notamment d'assumer des compétences dans un groupe interdisciplinaire.

Aussi, l'objet de cette recherche porte sur le positionnement de l'ergothérapeute au regard de ses compétences en interaction avec la place qui lui est attribuée.

L'ergothérapeute dans sa pratique professionnelle investit-il son champ de compétences ?

Plus précisément, la question soulevée porte sur **la méconnaissance de l'action et de la pratique de l'ergothérapeute au sein d'une équipe pluridisciplinaire et/ou d'éducation thérapeutique, à savoir si elle n'entraîne pas une restriction de son domaine de compétences dans sa pratique professionnelle.**

Puis, plus concrètement la question à laquelle cette recherche va s'efforcer de répondre est : **quelle place donne-t-on à l'ergothérapeute dans une équipe de travail et quelle place se donne-t-il dans son exercice ? »**

4. Revue de littérature : reconnaissance professionnelle, professionnalisation

4.1. La professionnalisation, un processus constitutif linéaire ?

La notion de professionnalisation a longtemps fait débat. Dans les premières théories de la professionnalisation, il était avancé une série de critères auxquels devaient répondre les professions pour être reconnues en tant que telles. Selon Wilensky (1964), la professionnalisation passait par la mise en place d'une école de formation, suivie par la constitution d'une association professionnelle dont le travail était d'abord de définir les tâches et compétences, puis par un engagement dans le lobbying politique pour la protection juridique de la pratique et la définition de l'emploi, et enfin par la mise en place d'un code de déontologie officiel. Plus tard, en 1971, Pavalko déclarait que la position d'une activité professionnelle se déplaçait le long d'un continuum dans le temps, passant de l'occupation à la profession, selon un certain nombre de critères.

4.2. La professionnalisation, un processus de négociation ?

Cette approche selon une liste de critères, sous-tendue par l'idée d'un ordre prescrit des événements, a été largement réfutée. Roth (1974), présentait les concepts de statut et de prestige, en faisant valoir que seul le public pouvait conférer le *prima* de «profession» sur une occupation. Selon Abbott, les professions se développent dans des champs de compétences qui ne sont pas encore reconnus. Les groupes professionnels rivalisent pour se les approprier, ce qui donne lieu à des conflits interprofessionnels. Le processus de professionnalisation évolue en fonction des relations entre ces groupes, relations qui dépendent de la façon dont ces groupes contrôlent leurs connaissances et leurs compétences. Alors, la délimitation des champs de compétences est établie par la voie de la négociation. Ainsi, ce processus est influencé par des forces internes et externes, et peut être soit renforcé, soit affaibli par des changements dans les valeurs sociales et culturelles. Abbott a déclaré que les critères définissant une profession sont déterminés par la société et, par conséquent, soumis à un environnement contextuel, culturel, et à la demande du marché.

Récemment, Adams (2010) a conclu qu'il n'y a pas d'outils théoriques pour identifier les professions, mais a soutenu une grande partie du travail d'Abbott en déclarant: «il ne semble pas y avoir la présence d'un ensemble spécifique de caractéristiques qui définit une profession, mais plutôt ... l'organisation, le statut et la structuration des relations sociales semblent être la clé » (p. 67).

Aussi, on considère aujourd'hui que le statut professionnel ne peut être conféré que par une « société » qui reconnaît la valeur du groupe professionnel et de son travail.

4.3. Quels facteurs d'influence sur le processus de professionnalisation ?

Il a été mis en évidence plus haut que la professionnalisation n'est pas un processus simple, et qu'il peut être entravé et facilité par la dynamique interne et externe à la profession. Ainsi, les éléments de l'environnement externes qui limitent l'autonomisation de l'ergothérapie sont les décideurs politiques, les syndicats, le consumérisme, les organismes de réglementation, les structures de gestion et les forces du marché. Les décideurs peuvent ne pas être conscients de la portée de la pratique de l'ergothérapie, les consommateurs/usagers peuvent ne pas comprendre la portée de l'occupation par rapport à autre chose et par conséquent, obtenir des services auprès d'autres prestataires ; les syndicats et les organismes de réglementation peuvent limiter les changements dans la pratique; et les forces du marché peuvent dicter quels services seront financés. En interne, le manque de coopération entre les groupes constitutifs de la profession en herbe, les conflits fratricides, et le manque de ressources (fonds, personnels) sont tous des obstacles à la professionnalisation (Boase, 1982). De même, le processus politique a été avancé en tant que facilitateur de la professionnalisation. Les études de Boase (1982) lui ont permis de conclure que l'activisme politique, l'utilisation judicieuse des ressources politiques, la volonté de coopérer, la présentation d'un front uni et dynamique, et une situation financière solide étaient des facteurs de succès dans la réalisation d'un «statut professionnel».

En résumé, la professionnalisation est très complexe et sujette aux influences économiques, organisationnelles, politiques, culturelles, et sociales (Adams, 2010; Siegrist, 1990). Parce que la professionnalisation est un processus dynamique et continu, ceux qui aspirent à voir l'établissement d'une profession se doivent d'examiner périodiquement l'ensemble de ces influences sur leur situation. À cette fin, le modèle de la professionnalisation (voir la figure 1) peut être un outil utile.

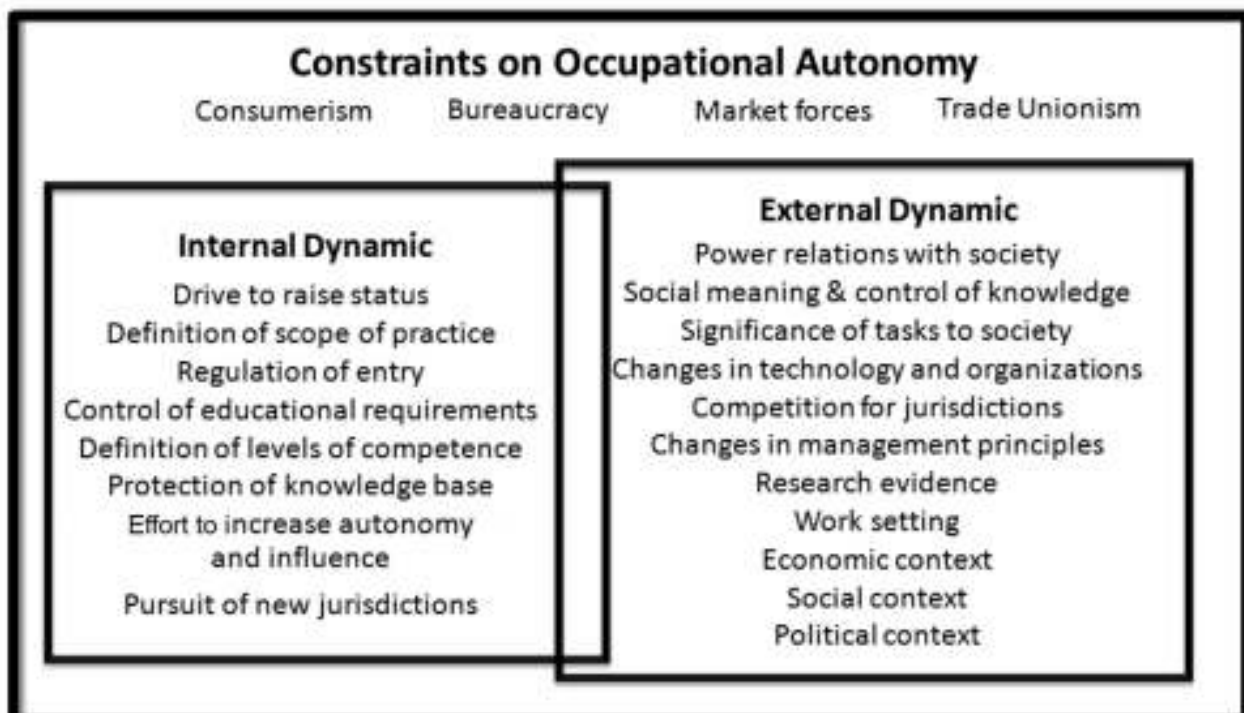


Figure 2- A professionalization framework based on Abott, 1988, Hall, 1968, Klegon, 1978, and Nancarrow and Borthwick, 2005

4.4. États des lieux du processus de professionnalisation de l'ergothérapie

Juliette Cooper fait un état des influences des dynamiques interne et externe sur le processus de professionnalisation de l'ergothérapie en utilisant le modèle de la professionnalisation. Elle distingue des éléments optimistes et d'autres plutôt pessimistes et préoccupants, dans la dynamique interne et externe de la profession.

Nous en présentons ici une synthèse, que nous avons réalisée sous la forme d'un tableau à double entrée.

Bilan de la professionnalisation de l'ergothérapie en 2012

	Dynamique interne	Dynamique externe
Aspects optimistes	<ul style="list-style-type: none"> - Un consensus sur le concept d'occupation (au sens large tel que défini selon le Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, page 21) reconnu comme central dans l'organisation de l'ergothérapie. - Des modèles de pratique reconnus et utilisés. - Un travail en partenariat avec les clients/patients. - Des programmes d'éducation et des référentiels établis. - Une expertise et une représentation croissante dans les programmes de recherche. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le vieillissement des populations et la prévalence de maladies chroniques positionne favorablement l'ergothérapie. - Les domaines de pratiques et les champs de compétences des ergothérapeutes s'élargissent. - L'intérêt pour la pratique interprofessionnelle s'accélère (travail en collaboration et programmes de formation intégrés). - L'utilisation accrue des médias sociaux intensifie les liens dans la communauté des ergothérapeutes et permet de se connecter avec le public. - Les compétences politiques et dans la représentation de l'ACE se développent.
Aspects pessimistes	<ul style="list-style-type: none"> - L'introspection, le dialogue interne est trop peu ouvert et peu compréhensible par le public. - Une difficulté à promouvoir la profession ; le plaidoyer est trop peu efficace par manque de compréhension du processus politique. - Une diminution du taux d'adhésion des ergothérapeutes aux organisations professionnelles, qui ne permet pas d'assurer une représentation adéquate de la communauté professionnelle. - Une difficulté des praticiens à travailler pleinement dans leurs champs de compétences. - Des tensions entre les praticiens et les universitaires. - Des obstacles à l'apprentissage tout au long de la vie. - Une sous-représentation des hommes dans la profession, la plupart des ergothérapeutes sont des femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une compréhension difficile de l'ergothérapie par le public. - Le manque de preuves économiques du bienfondé de l'ergothérapie (viabilité et retour sur investissement des services d'ergothérapie). - Une concurrence d'autres disciplines prétendant fournir des « activités fonctionnelles ». - Un rôle de leadership insuffisant et une sous-représentation des ergothérapeutes dans les rôles d'encadrement. - Un prestige relativement faible accordé à la profession, au moyen d'un classement des professions selon la perception du statut social.

5. Une méthodologie hypothético-déductive

5.1. L'objet d'étude et le positionnement du problème

Les développements théoriques et littéraires précédents ont permis de mettre en lumière certains aspects du champ large que recouvre le concept de professionnalisation.

Nous avons pu constater qu'au Québec l'ergothérapie avait eu un processus de professionnalisation en quatre étapes. La première étape est franchie lors de l'uniformisation de la formation et de la reconnaissance du diplôme, la deuxième lors d'une reconnaissance des pairs avec lesquels l'ergothérapeute interagit et travaille, la troisième étape correspond à une phase de reconnaissance du public cible et la dernière par le public en général.

La première question a donc été de savoir où en était le processus de professionnalisation de l'ergothérapie en France. Pour cela, nous avons dû réfléchir sur les pratiques de l'ergothérapeute et ses compétences, mais aussi sur la reconnaissance de l'ergothérapie et ses limites. L'ergothérapeute est-il reconnu ? Quelle place lui donne-t-on dans sa pratique et quelle place prend-il ? L'ergothérapeute est-il conscient de toutes ses compétences ? Les exploitent-ils pleinement dans son champ d'exercice ? Se sent-il reconnu dans sa pratique ? Souffre-t-il d'un manque de reconnaissance ?

Ainsi la problématique pratique de départ qui portait sur la méconnaissance de l'ergothérapie s'est transformée et stabilisée au fil de l'exercice de problématisation. Ce questionnement, nous a amené à réfléchir sur la place de l'ergothérapeute dans une équipe de travail : quelle place lui donne-t-on et qu'elle place se donne-t-il dans son exercice ?

Il serait intéressant de prolonger ultérieurement cette recherche en se posant la question ou en reformulant la question : la pratique de l'éducation thérapeutique en ergothérapie ne favorise-t-elle pas un processus de professionnalisation des ergothérapeutes ? Il s'agirait de comprendre en quoi elle constituerait un vecteur de transformation des pratiques, de création de nouveaux usages, de développement de savoirs professionnels aptes à faire face à une complexification de la profession liée à la logique transdisciplinaire que sous-tend l'éducation thérapeutique.

5.2. Les choix méthodologiques

5.2.1. Le choix d'une démarche hypothético-déductive

Le raisonnement proposé suit une logique déductive et la démarche méthodologique s'articule en deux temps. Dans un premier temps, l'hypothèse formulée à propos de l'objet d'étude sera testée. En effet, les premières investigations de la recherche tenteront de vérifier si l'ergothérapeute est principalement affecté par une méconnaissance ou une non-reconnaissance de sa profession, de ses compétences.

Les résultats, s'ils confirment l'hypothèse d'une méconnaissance ou non-reconnaissance des compétences des ergothérapeutes, nous amèneront à élargir la recherche sur la connaissance de l'ergothérapie par les autres professionnels de santé et sur la place qu'ils considèrent être celle de l'ergothérapeute, notamment au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Notre recherche s'articule donc en deux temps pour questionner notre objet d'étude, nous avons opté pour une investigation par deux enquêtes : une auprès des ergothérapeutes, une auprès des autres professionnels de santé.

5.2.2. La méthode quantitative

Notre recherche cherche à quantifier un phénomène et vise donc à évaluer le nombre d'ergothérapeutes impliqués par la problématique et ce qu'en pensent les autres professionnels. Elle part d'hypothèses qu'il va s'agir de vérifier de manière la plus objective et rationnelle possible, bien que nous sommes conscients que le choix des questions engage la subjectivité de leur auteur. C'est en ce sens que nous avons précisé que la démarche est hypothético-déductive puisque partant d'hypothèses, nous souhaitons les vérifier par une enquête de terrain quantitative.

L'analyse sera statistique et sera menée au moyen de questionnaires. Ils nous permettront d'obtenir des données chiffrées que nous utiliserons pour identifier les faits et étayer un raisonnement sur cette base. La méthode statistique doit permettre, si les réponses sont suffisantes, de saisir des régularités de comportements, attitudes ou opinions aptes à confirmer ou invalider nos hypothèses. Elle nous permettra également d'établir des liens entre certaines variables caractéristiques des situations professionnelles des individus sondés, de dégager des facteurs concourants à la production de la méconnaissance des compétences de l'ergothérapeute.

5.2.3. Les modalités de recueil

Le problème de la reconnaissance professionnelle n'est pas spécifique aux seuls ergothérapeutes ; il concerne sans doute l'ensemble des professionnels du paramédical. L'objectif est cependant de vérifier la pertinence de cet objet de recherche du point de vue des ergothérapeutes et des autres professionnels. Il est nécessaire pour nous de stabiliser une problématique générale par rapport au terrain.

Nous avons donc opté pour deux questionnaires. Ceux-ci ont été diffusés auprès des ergothérapeutes et autres professionnels de santé au moyen du logiciel sphinx qui a permis l'élaboration et le partage du questionnaire en ligne. Une fois les questionnaires en ligne, les réponses étaient donc enregistrées au fur et à mesure de leur saisie par le destinataire du questionnaire.

Pour la diffusion, les réseaux professionnels et personnels ont été sollicités. D'une part j'ai diffusé les questionnaires auprès des milieux professionnels où j'avais eu l'occasion de travailler, mais aussi j'ai utilisé les réseaux sociaux (Facebook et LinkedIn), et enfin je me suis rendue directement dans des services d'ergothérapie et dans des équipes où se pratique l'éducation thérapeutique, afin de leur proposer les questionnaires.

5.2.4. Les questionnaires d'enquête

Le premier questionnaire destiné aux ergothérapeutes, considère leur vécu quant à la reconnaissance de leur profession, et vise à sonder la place qu'ils se donnent. Il s'intitule « L'identité professionnelle de l'ergothérapeute ». Il se trouve en annexe N°1.

Le second questionnaire, ouvert à l'ensemble des professionnels de santé, teste la méconnaissance ou non de la profession par d'autres professionnels de santé. Il vise à sonder la place qui est donnée aux ergothérapeutes par les autres professionnels de santé. Il s'intitule « Connaissance de l'ergothérapie par des professionnels de santé ». Il se trouve en annexe N°2.

➤ « L'identité professionnelle de l'ergothérapeute »

Pour penser les questions pertinentes à poser aux ergothérapeutes, une posture réflexive vis-à-vis de ma propre expérience s'est imposée. Pour la forme, le choix a été de privilégier une série de questions fermées à cases, avec choix de modalités de réponses, et échelles de valeurs. Nous désirions d'une part ne pas buter les professionnels en essayant de ne pas rendre fastidieuse la saisie des réponses, mais aussi faciliter l'exploitation ultérieure des données. Nous avons toutefois inséré un petit nombre de questions ouvertes afin de provoquer l'intérêt du questionné à s'exprimer librement sur certaines questions et pour lui permettre de préciser certaines modalités de cases à cocher, grâce aux items « Si oui, lesquelles », « Autres raisons ».

Nous avons porté une attention très particulière au choix des questions et à leur formulation. L'intention était de « décomplexifier » l'ergothérapeute, de le rassurer par rapport à sa pratique, car nous avons constaté lors d'une première approche informelle que nombre d'entre eux n'étaient pas tout à fait rassurés par rapport à leurs pratiques. Il fallait donc essayer de ne pas « effrayer » par une approche qui aurait pu être ressentie comme trop intrusive. C'est dans cet esprit que nous avons ouvert le questionnaire avec un ensemble de questions concernant *la structure de travail, le groupe d'éducation thérapeutique, le service, l'équipe*. Ce n'est qu'après que nous avons demandé : *D'une manière générale, vous sentez-vous reconnu(e) dans votre profession ?*, question pour laquelle nous avons pris soin de définir ce que nous entendions par « reconnu(e) ». Nous avons défini ainsi : *"Reconnu(e)" au sens d'une reconnaissance de votre profession et de son utilité, d'une reconnaissance de votre capacité à mobiliser au mieux les ressources dont vous disposez, d'une reconnaissance de votre pratique professionnelle*. Nous avons également souhaité formuler la question en autorisant la subjectivité de l'ergothérapeute par « *vous sentez-vous* ». Nous avons proposé d'évaluer cette reconnaissance par une échelle d'appréciation allant de « *pas du tout reconnu(e)* » à « *Bien reconnu(e)* » et ce, pour diverses parties prenantes (*l'institution, les autres professionnels, le public (patients), la société*).

Globalement la première partie du questionnaire portait sur le sentiment qu'ont les ergothérapeutes quant à la reconnaissance ou non de leur profession, la gêne que cela peut leur occasionner... Il s'agissait de savoir s'ils considèrent ne pas être reconnus à leur juste place, s'ils sont amenés à essayer de se faire connaître.

La deuxième partie du questionnaire cherchait à évaluer, dans les rapports de travail avec les autres professionnels, le degré de connaissance de leur profession. Nous leur avons demandé

s'ils pouvaient préciser pour chaque professionnel avec qui ils peuvent être amenés à travailler, le degré de connaissance de leur profession et de l'étendue de leur compétences selon les critères : « *Très mal* », « *De manière réduite* », « *Bien, mais cantonnent ma pratique à des fonctions très basiques* », « *Bien et me sollicitent dans toutes ses dimensions* » et « *je ne sais pas* ».

La troisième partie du questionnaire portait d'une manière générale, sur les activités auxquelles ils sont employés. Tout d'abord en reprenant le référentiel des activités de l'ergothérapeute, nous leur avons demandé de préciser celles qu'ils exercent dans leur pratique professionnelle et, si elles ne sont pas exercées, la raison (*soit du fait la non pertinence dans le milieu de travail, soit que l'ergothérapeute pense que cette activité ne fait pas partie de ses compétences, soit que cette compétence de l'ergothérapeute est tout simplement méconnue dans son milieu professionnel*). Pour ne pas enfermer les activités dans un référentiel prescrit, nous avons également demandé au professionnel de s'exprimer *sur les autres activités qu'il exerce alors qu'il « considère qu'elles ne devraient pas relever de sa pratique », ou bien qu'il « souhaiterait voir reconnues comme relevant des compétences de l'ergothérapeute »*. Il s'agissait ici d'avoir une idée de leur mauvais emploi éventuel. Enfin, les derniers points ont tenté d'apprécier les freins éventuels qui pourraient expliquer le sentiment d'être « *limité(e) dans ses activités* ». Nous avons proposé les items suivants : « *fiche de poste non respectée* », « *manque de formation* », « *moyens et environnement défavorables (salle ergo, matériel, logiciels, postes informatiques....)* », « *pratique de ces activités trop lointaine* », « *supérieur hiérarchique* », « *attente de productivité et de rentabilité de la part de la hiérarchie (nombre de patients à la journée)* »...

À la fin, nous avons ouvert un espace d'expression « *Observations et commentaires* » pour que chacun puisse communiquer librement sur le sujet.

Nous n'avons pas cherché à établir un profil type de l'ergothérapeute. Nous avons uniquement voulu connaître s'il s'agissait d'un homme ou d'une femme. De même nous avons souhaité connaître l'ancienneté.

➤ « Connaissance de l'ergothérapie par des professionnels de santé »

Le second questionnaire cherchait à cerner la connaissance ou non de l'ergothérapie, des compétences de l'ergothérapeute par les autres professionnels de santé.

Nous avons voulu différencier cette (mé)connaissance selon la profession de la personne interrogée (médecin, médecin spécialiste, kinésithérapeute, psychomotricien...). La première partie du questionnaire permet de dresser un profil rapide du professionnel interrogé (sexe, profession, structure de travail, ancienneté dans la profession), et de connaître la composition de l'équipe de travail avec la question « *À quel professionnel de santé faites-vous appel dans votre structure ?* ».

La deuxième partie du questionnaire portait sur la connaissance de l'ergothérapeute (questions 6, 7, 8) et de ses compétences précises (question 9 « *Selon-vous quelles activités/compétences l'ergothérapeute est-il capable de pratiquer ?* »). Nous avons repris ici le référentiel de compétences étudié précédemment. Enfin, nous avons également cherché à savoir les activités auxquelles ils sont employés, lorsque les ergothérapeutes sont sollicités par le professionnel en question.

Pour finir, le questionnaire, nous avons demandé s'ils considéraient qu'une information précise sur la profession d'ergothérapeute leur serait utile, et comme précédemment, nous avons ouvert un champ « *Remarques et observations* » pour laisser s'exprimer le professionnel sur cette problématique.

5.2.5. Traitement des données

Pour l'exploitation des résultats, nous avons analysé les réponses aux questions grâce au logiciel spécialisé : Sphinx.

L'exploitation a donné lieu, dans un premier temps, à une analyse qui consiste à produire des tris à plats des questions de l'enquête. Cela signifie que les questions sont analysées indépendamment les unes des autres dans un objectif descriptif. Dans un deuxième temps, nous avons eu pour objectif d'étudier les relations entre certaines variables lorsqu'elles nous semblaient pertinentes, au moyen de tris croisés. Il s'agit ici de tester des associations entre certaines variables susceptibles de produire du sens sur la compréhension de nos hypothèses.

Pour ce qui est des données textuelles, nous pouvons les exploiter au moyen d'outils d'analyse textuelle tels que Verbatim ou des nuages de mots-clés.

5.3. Exploitation des questionnaires, résultats

5.3.1. L'analyse des données quantitatives de l'enquête auprès des ergothérapeutes

Les tableaux de bord des résultats se trouvent en annexe N°3.

➤ Profil des répondants

Le questionnaire sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute révèle que l'effectif est constitué à 93,5% de femme (sur une base de 65 répondants), dont l'ancienneté est majoritairement de moins de sept ans d'exercice (pour 82,3% d'entre eux). Plus de la majorité ont déjà envisagé une reconversion à 54,8%. Les structures de travail sont diverses mais la plus grande partie des répondants sont intégrés dans des SSR, soins de suite et de réadaptation (30.8%), et des EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (21.5%).

Structure de travail

	Effectifs	% Obs.
SSR	20	30,8%
EHPAD	14	21,5%
IME	10	15,4%
CH	7	10,8%
Libéral	7	10,8%
SESSAD	6	9,2%
MDPH	4	6,2%
SAVS	3	4,6%
SAMSAH	2	3,1%
Total	65	

Réponses effectives : 65 Modalités les plus citées : SSR; EHPAD; IME

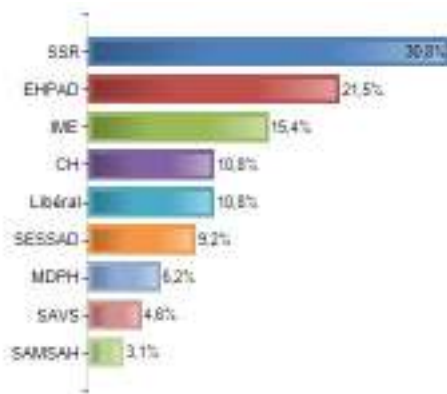


Figure 3- structure de travail des ergothérapeutes

Peu nombreux sont ceux qui ont déclaré être intégrés à un groupe de travail d'éducation thérapeutique.

Travail en groupe ETP

Effectifs		% Obs.
Oui	13	20%
Non	52	80%
Total	65	100%

Nombre d'ergothérapeutes dans le service d'ergothérapie

Toutefois, 59% des répondants déclarent travailler dans un service d'ergothérapie et dans la majorité des cas celui-ci est composé de deux à quatre ergothérapeutes (pour 66,7% des cas), de cinq à sept ergothérapeutes (dans 13,9% des cas) et de plus de 8 ergothérapeutes pour 8,3% des cas.

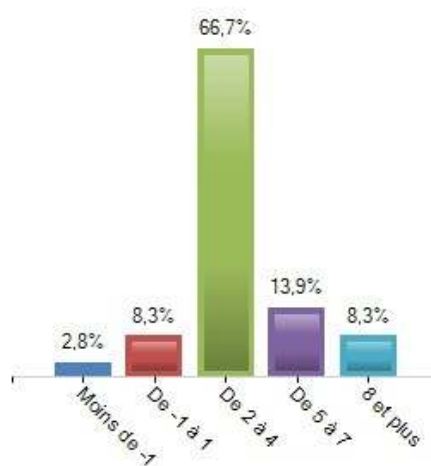


Figure 4- Nombre d'ergothérapeutes dans les services d'ergothérapie

Temps concertation / Travail d'équipe

En ce qui concerne le travail d'équipe, il est présent dans 83,9% des cas, alors que des temps de concertation formels n'existent que dans 76,5% des cas.

Un tri croisé des données permet de mettre en évidence que dans le cas où il existe un travail d'équipe, il n'existe pas pour autant des temps de concertation formels entre les membres de l'équipe. En effet, dans 24,1% des cas, alors qu'il y a un travail d'équipe, il n'existe pas de temps de concertation formels.

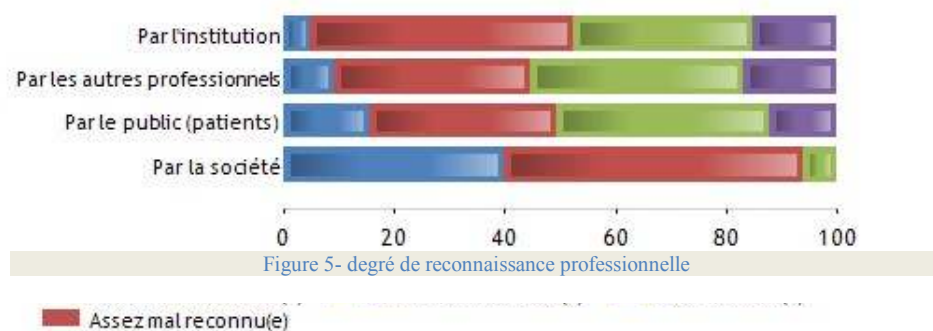
Tps de concertat... →	Oui		Non		Total	
	Eff.	% Rep.	Eff.	% Rep.	Eff.	% Rep.
Travail équipe ↓						
Oui	41	75,9%	13	24,1%	54	100%

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre de réponses en ligne.

- Sentiment des ergothérapeutes quant à la reconnaissance ou non de leur profession.

Reconnaissance professionnelle

	Pas du tout reconnu(e)		Assez mal reconnu(e)		Plutôt bien reconnu(e)		Bien reconnu(e)		Total	
	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.
Par l'institution	3	4,6%	31	47,7%	21	32,3%	10	15,4%	65	100 %
Par les autres professionnels	6	9,2%	23	35,4%	25	38,5%	11	16,9%	65	100 %
Par le public (patients)	10	15,4%	22	33,8%	25	38,5%	8	12,3%	65	100 %
Par la société	26	40%	35	53,8%	4	6,2%	0	0%	65	100 %
Total	45	17,3%	111	42,7%	75	28,8%	29	11,2%		
	60 %				40 %					



De manière générale, 60% des ergothérapeutes ne se sentent pas du tout reconnus ou assez mal reconnus, contre 40 % qui se sentent plutôt bien ou bien reconnus.

- . La reconnaissance par l'institution : 52,3 % expriment le sentiment d'être assez mal reconnus ou pas du tout reconnus, contre 47,7% plutôt bien ou bien reconnus par l'institution.
- . La reconnaissance par les autres professionnels de santé : 44,6 % des ergothérapeutes ne se sentent pas du tout ou mal reconnus, contre 55,4 % qui se sentent plutôt bien ou bien reconnus par les autres professionnels de santé.
- . La reconnaissance par le public, ici les patients : 49,2 % se sentent pas du tout ou assez mal reconnus, contre 50,8 % plutôt bien ou bien reconnus par le public de patients.

- La reconnaissance par la société : 93,8% des ergothérapeutes en exercice ne se sentent pas du tout reconnus ou mal reconnus, contre 6,2 % des ergothérapeutes qui se sentent reconnus par la société.

Aussi, 10.9 % des ergothérapeutes expriment être faiblement gênés par le manque de reconnaissance, 40.6 % expriment être gênés moyennement et 47,4 % expriment souffrir du manque de reconnaissance de leurs pratiques.

Degré de gêne du manque de reconnaissance

	Effectifs	% Rep.
1	7	10,9%
2	26	40,6%
3	23	35,9%
4	8	12,5%
Total	64	100%

De 1 = faible gêne à 4 = forte souffrance

Concernant l'évolution de la reconnaissance de l'ergothérapie, 43,5% trouvent qu'il y a une évolution, contre 56,5% qui considèrent que la reconnaissance n'a pas évolué. Pourtant 69,4% soulignent qu'ils effectuent des démarches dans leurs milieu de travail afin d'être mieux reconnus.

Les démarches réalisées par les ergothérapeutes pour faire connaître leur profession, peuvent être révélées au moyen de l'aperçu lexical et sémantique ci-après. Les principales idées sont illustrées par le nuage des mots-clés les plus fréquents (la taille indique la fréquence).



Figure 6- Nuage de mots-clés, démarches pour se faire connaître

- Connaissance de la profession d'ergothérapeute dans les rapports de travail avec les autres professionnels.

Connaissance par les professionnels

	Très mal		De manière réduite		Bien, mais "cantonnent" ma pratique à des fonctions très basiques		Bien et me sollicitent dans toutes ses dimensions		Je ne sais pas	
	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.
Médecins	8	12,3%	22	33,8%	21	32,3%	12	18,5%	2	3,1%
Médecins spécialistes	8	12,3%	13	20%	24	36,9%	16	24,6%	4	6,2%
Kinésithérapeutes	1	1,5%	16	24,6%	17	26,2%	25	38,5%	6	9,2%
Orthophonistes	5	7,7%	10	15,4%	16	24,6%	16	24,6%	18	27,7%
Psychomotriciens	2	3,1%	3	4,6%	17	26,2%	13	20%	30	46,2%
Diététiciens	4	6,2%	11	16,9%	12	18,5%	4	6,2%	34	52,3%
Infirmières	4	6,2%	13	20%	32	49,2%	9	13,8%	7	10,8%
Psychologues	3	4,6%	17	26,2%	18	27,7%	16	24,6%	11	16,9%
Aides-soignantes	9	13,8%	14	21,5%	23	35,4%	7	10,8%	12	18,5%
Brancardiers	11	16,9%	8	12,3%	9	13,8%	4	6,2%	33	50,8%
Revendeurs de matériels médicaux	0	0%	3	4,6%	23	35,4%	33	50,8%	6	9,2%
Total	55	7,7%	130	18,2%	212	29,7%	155	21,7%	163	22,8%

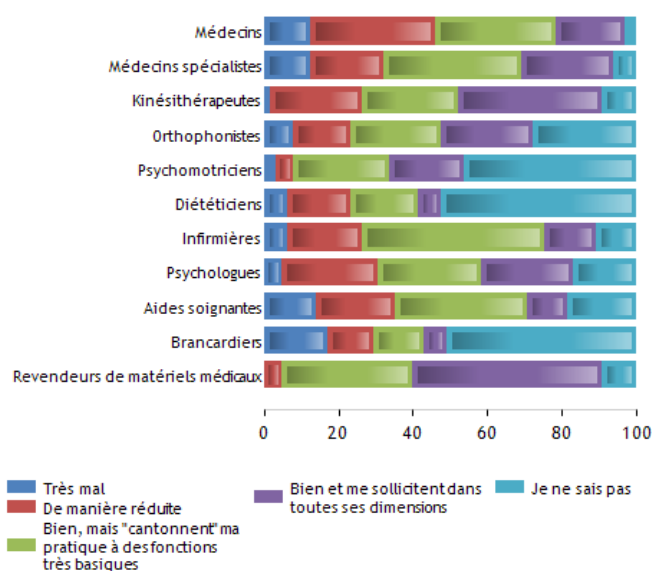


Figure 7- degré de connaissance de

l'ergothérapie par les autres professionnels de santé

Globalement, 25.9 % des ergothérapeutes estiment être très mal reconnus par les professionnels avec qui ils travaillent ou de manière réduite contre 51,4 % qui estime être bien reconnus et 22.8 % ne savent pas.

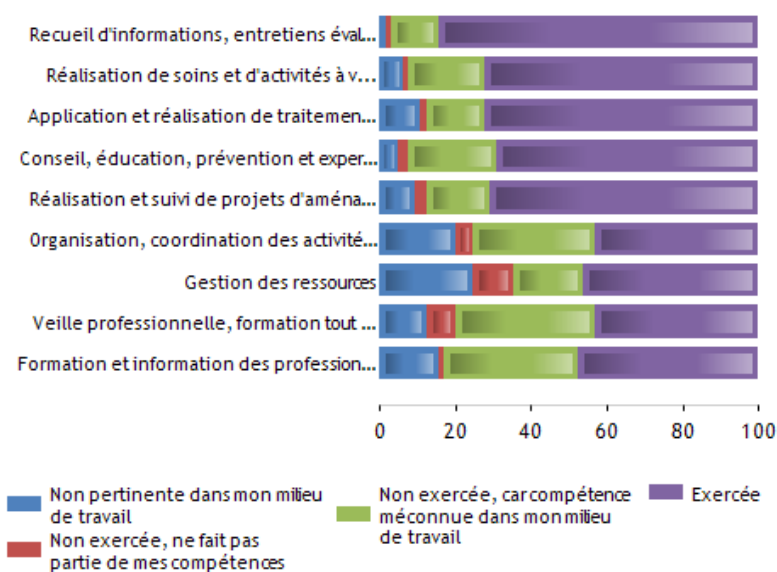
Le manque de reconnaissance le plus important se situe chez les médecins, puisque 46,1 % des ergothérapeutes qui se sont exprimés ne se sentent pas reconnus par les médecins ou de manière réduite, contre 50,8 % qui se sentent bien reconnus. Toutefois, les ergothérapeutes affirment que le plus souvent cette reconnaissance est assez limitée dans leurs pratiques, puisque les médecins les cantonnent à des fonctions très basiques. L'analyse est identique pour les médecins spécialistes.

D'une manière générale, on peut constater que les ergothérapeutes se sentent reconnus de manière réduite par les autres professionnels de santé sauf par les revendeurs médicaux avec 86,2 % des cas où les ergothérapeutes se sentent bien reconnus et plutôt sollicités dans toutes leurs dimensions et compétences.

➤ Les activités auxquelles sont employés les ergothérapeutes et les compétences mobilisées

Activités exercées

	Non pertinente dans mon milieu de travail		Non exercée, ne fait pas partie de mes compétences		Non exercée, car compétence méconnue dans mon milieu de travail		Exercée		
	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	
Recueil d'informations, entretiens évaluations	1	1,5%	1	1,5%	8	12,3%	55	84,6%	
Réalisation de soins et d'activités à v...	4	6,2%	1	1,5%	13	20%	47	72,3%	
Application et de réalisations de traitements	7	10,8%	1	1,5%	10	15,4%	47	72,3%	
Conseil, éducation, prévention et exper...	3	4,6%	2	3,1%	15	23,1%	45	69,2%	
Réalisation et suivi de projets d'aménagements	6	9,2%	2	3,1%	11	16,9%	46	70,8%	
Organisation, coordination des activités...	13	20%	3	4,6%	21	32,3%	28	43,1%	
Gestion des ressources	16	24,6%	7	10,8%	12	18,5%	30	46,2%	
Veille professionnelle, formation tout au long...	8	12,3%	5	7,7%	24	36,9%	28	43,1%	
Formation et des information des professionnels	10	15,4%	1	1,5%	23	35,4%	31	47,7%	
Total	68	11,6%	23	3,9%	137	23,4%	357	61%	100 %



Au niveau des activités, 23,4 % des ergothérapeutes soulignent qu'ils n'exercent pas leurs compétences car elles sont méconnues de l'institution alors que 61% estime exercer pleinement leurs compétences.

Une petite partie des ergothérapeutes (3.9 %) qui se sont exprimés méconnaissent la totalité de leur champ de compétences en répondant que l'activité n'est pas exercée car « elle ne fait pas partie de mes compétences ». La méconnaissance porte particulièrement sur les compétences de *gestion des ressources*, *veille professionnelle*, *organisation et coordination des activités en santé et traitement de l'information*, compétences qui relèvent pourtant bien de la profession (cf. compétences de 7 à 11, page 13).

Nous avons cherché à savoir si, lorsque l'ergothérapeute travaille dans un groupe d'ETP, il mettait en œuvre la cinquième compétence de son référentiel (« *Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique* »), étudiée à la page 16. En effet, nous avons souligné que cette compétence est en cohérence avec une démarche d'ETP, et qu'elle pourrait préfigurer d'un nouvel axe de développement professionnel de l'ergothérapeute. Pour cela nous avons effectué un tri croisé.

Groupe ETP / Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions

Conseil, éducation,... →	Non pertinente dans mon milieu de travail		Non exercée, ne fait pas partie de mes compétences		Non exercée, car compétence méconnue dans mon milieu de travail		Exercée		Total	
	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.
Groupe ETP ↓										
Non	36	69,2%	11	21,2%	3	5,8%	2	3,8%	52	100%
Oui	9	17,6%	4	7,7%	0	0%	0	0%	13	25,5%
Total	45	86,8%	15	28,8%	3	5,8%	2	3,8%	65	100%

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations en ligne.

Les résultats ne sont pas vraiment probants. En effet, aucun ergothérapeute déclarant travailler dans un groupe d'éducation thérapeutique, n'exerce cette compétence. Neuf d'entre eux, alors qu'ils sont intégrés à un groupe d'ETP, considèrent que cette compétence n'est pas pertinente dans leur milieu de travail, et quatre, qu'elle ne fait pas partie de leurs compétences. N'y aurait-il pas une méconnaissance des compétences des ergothérapeutes par eux-mêmes ?

La majorité des ergothérapeutes (61%) déclarent exercer des activités hors de leurs champs de compétences comme la réparation de matériel (récurrent), la gestion des stocks, les toilettes et repas... Tandis que la plupart d'entre eux sont en demande de faire reconnaître les activités exercées dans l'évaluation, qui sont exercées, mais non reconnues, dans les activités d'apprentissage, de coordination... Voici un extrait des remarques énoncées :

Activités exercées à faire reconnaître

Coordination entre les différents intervenants lors d'une préparation d'un retour à domicile, encore mal reconnue...

Etude de la réinsertion socio professionnelle. Etude reprise conduite auto (fait avec ortho et moniteur auto)

évaluation de l'autonomie de toutes les personnes, évaluer les repas, évaluer la communication, apprentissage dans les activités extérieures, mettre en place plus de projets et techniques

évaluations, bilans

Evaluations, diagnostics

Évaluations diverses Mise en place d'activités d'apprentissage, de rééducation ou de maintien des capacités

évaluations, informations et formations manutention, recueils de données

Évaluations mise en place d'activités adaptées d'apprentissage rééducation ou maintien des capacités

Nous avons alors voulu connaître les raisons de la limitation de leurs activités, lorsqu'ils se sentaient restreints.

Raisons de la limitation

	Effectifs	% Rep.
Moyens et environnement défavorables (salle ergo, matériel, logiciels, postes informatiques...)	39	62,9%
Supérieur hiérarchique	33	53,2%
Attente de productivité et de la rentabilité de la part de la hiérarchie (nombre de patient à la journée)	31	50%
Manque de formation	20	32,3%
Fiche de poste non respectée	19	30,6%
Pratique de ces activités trop lointaine	13	21%
Je ne sais pas	3	4,8%
Total	62	

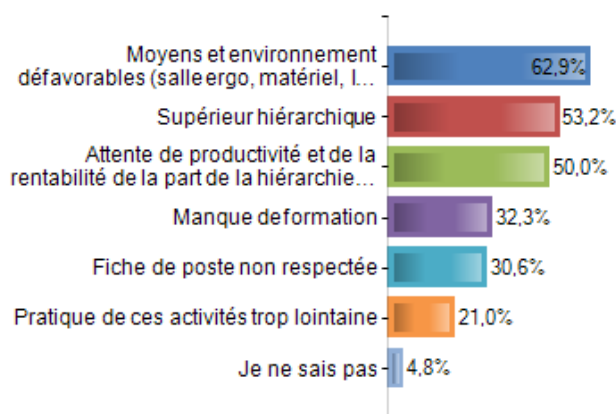


Figure 9- Raisons de la limitation d'activité de l'ergothérapeute

Pour la majorité des ergothérapeutes questionnés cette limitation serait due aux manques de moyens et à des environnements défavorables, à la hiérarchie et à une attente de productivité et rentabilité de l'établissement. Le manque de formation expliquerait ces limitations pour 1/3 d'entre eux, ainsi que le non-respect de la fiche de poste.

La question ouverte, posée sur les raisons de la limitation d'activités, permet d'affiner l'analyse. Voici une sélection des réponses les plus récurrentes que nous avons catégorisées en trois causes : le problème de manque de temps et de surcharge de travail, le problème de la méconnaissance de la profession et des compétences des ergothérapeutes par les autres professionnels de santé, et enfin, le problème de fiche de poste mal définie.

Autres raisons des limitations

Avoir plus de temps, prises en charges ergo nombreuses et de mauvaises qualités

Énormément d'attentes et de demandes de la direction... Difficile d'approfondir les actions et de partager en équipe.

Temps/surcharge

Manque de temps. 1 seule ergo pour 80 lits... On ne peut pas tout faire !

Trop de résidents pour un seul temps plein en ergo

Souvent trop administratif, manque de temps, ou réparations de matériels

Première fois que les équipes ont une ergo et ils ne connaissent pas encore toutes mes fonctions. De plus il y a un retard d'environ 2 ans dans les appareillages et du coup je dois pallier ce dysfonctionnement avant de pouvoir prendre en charge les enfants.

**Méconnaissance
Temps/surcharge**

Masse de travail technique, réparation de fauteuils roulants, ce pour quoi nous ne sommes pas formés, trop de demandes d'adaptation d'aides techniques (comme le renouvellement des embouts de cannes anglaises). Tout ce temps ne permet pas de développer les autres compétences.

L'ergothérapeute est trop et seulement assimilé au matériel et il est difficile de faire comprendre que notre travail ne se limite pas à cela en ephad.

Méconnaissance

Méconnaissance de ce qu'est l'ergothérapie plan Alzheimer qui a permis la création de nombreux postes sans que ceux-ci soient définis. On recrute un ergo par ce que le cahier des charges l'exige, que l'enveloppe financière est pour un poste d'ergo et pas pour un autre professionnel. J'ai exercé en ehpad, puis accueil de jour, puis équipe mobile gériatrique et enfin en esa : toujours le même problème !

Méconnaissance de l'ergothérapie et non prise en charge des actes

Qui fera ce qu'on ne fait pas? Fiche de poste trop générale donc difficile de faire valoir un point plutôt qu'un autre quand cela arrange l'institution et les collègues

Sur la fiche de poste est précisée que je devais m'exécuter à n'importe quelle tâche donnée par mon supérieur. Mes supérieurs hiérarchiques ne sont pas organisés et laissent couler bcp de choses, ce qui fait que l'ambiance n'est pas bonne. Il y a certaines choses que j'attends depuis longtemps comme ma salle de rééducation, mais c'est sans cesse reporté. C fatigant à la longue. Malgré tout, le travail auprès des résidents me plaît, je me donne à fond, la directrice valorise mon travail.

**Fiche de poste
mal définie**

Le problème de surcharge de travail et de manque de temps ressort de manière importante. Cela corrobore le constat précédent sur le fait qu'il existe une attente de productivité et rentabilité de l'établissement. Les causes liées à la méconnaissance de la profession et la fiche de poste mal définie sont également souvent citées et sont sans doute en lien l'une et l'autre. Peut-être que la mauvaise définition de la fiche de poste est corrélée à la méconnaissance, et sans doute, cela restreignant les activités de l'ergothérapeute à des tâches basiques, concourt-il à entretenir la méconnaissance de cette profession par les autres professionnels.

5.3.2. L'analyse des données quantitatives de l'enquête auprès des autres professionnels de santé

Les tableaux de bord des résultats se trouvent en annexe N°4.

➤ Profil des professionnels interrogés

L'effectif de répondants pour le questionnaire sur la connaissance de l'ergothérapie par les autres professionnels de santé est de 53. Il est constitué à 67,9 % de femmes.

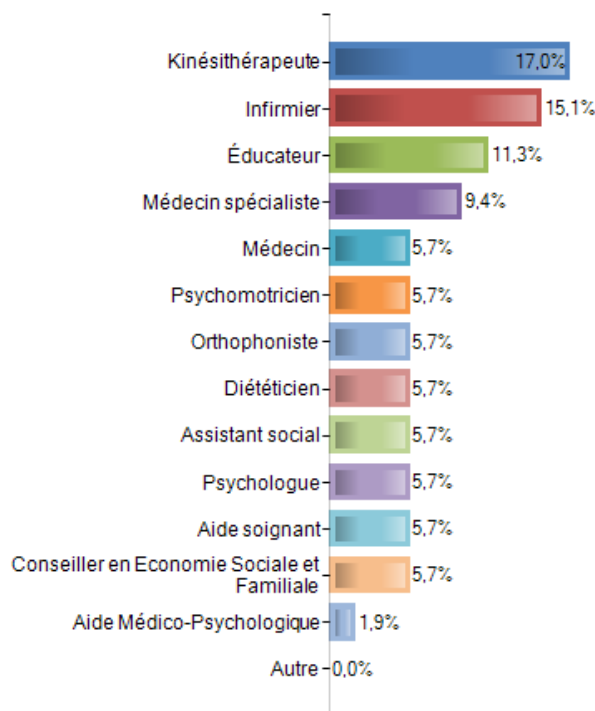


Figure 10- Professions des répondants

Les professions les plus représentées sont les kinésithérapeutes à 17%, les infirmiers à 15,1% et les éducateurs à 11,3%.

L'ancienneté est majoritairement de moins de douze ans d'exercice (pour 79,20% d'entre eux).

Les structures de travail sont diverses mais la plus grande partie des répondants sont intégrés dans le libéral, à 17% et des SSR, soins de suite et de réadaptation, à 11,3%.

➤ Les professionnels qu'ils sollicitent dans leurs relations de travail

Nous pouvons constater que les professions jamais à rarement sollicitées d'après notre effectif sont, les psychomotriciens à 58,50%, les orthophonistes à 62,30%, les diététiciens à 54,70%. Les professionnels de santé souvent sollicités sont, les médecins à 56,60%, les kinésithérapeutes et infirmiers à 52,80 % et les ergothérapeutes à 47,10%. Les professionnels systématiquement sollicités sont les médecins 49,10%, les infirmiers à 22,6% et les kinésithérapeutes à 18,9%.

Qu'en est-il des ergothérapeutes ?

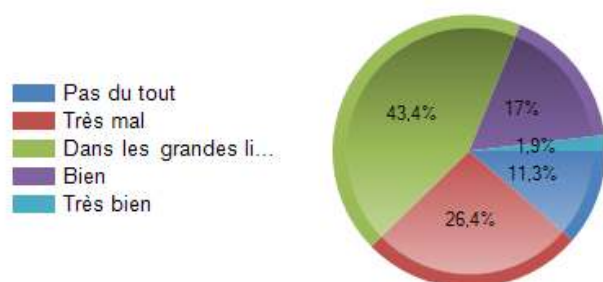
Sollicitation des ergothérapeutes selon les professionnels de santé

Ergothérapeute →	Jamais		Rarement		Assez souvent		Très souvent		Systématiquement		Total	
	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.
Profession ↓												
Médecin	1	33,3%	0	0%	0	0%	2	66,7%	0	0%	3	100%
Médecin spécialiste	1	20%	2	40%	0	0%	0	0%	2	40%	5	100%
Kinésithérapeute	3	33,3%	2	22,2%	1	11,1%	3	33,3%	0	0%	9	100%
Psychomotricien	0	0%	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	0	0%	3	100%
Orthophoniste	0	0%	1	33,3%	0	0%	2	66,7%	0	0%	3	100%
Infirmier	1	12,5%	4	50%	1	12,5%	2	25%	0	0%	8	100%
Diététicien	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%
Éducateur	0	0%	1	16,7%	1	16,7%	3	50%	1	16,7%	6	100%
Assistant social	0	0%	1	33,3%	0	0%	1	33,3%	1	33,3%	3	100%
Psychologue	0	0%	1	33,3%	0	0%	2	66,7%	0	0%	3	100%
Aide soignant	0	0%	1	33,3%	0	0%	2	66,7%	0	0%	3	100%
Aide Médico-Psychologique	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
Conseiller en Economie Sociale et Familiale	1	33,3%	0	0%	0	0%	2	66,7%	0	0%	3	100%
Autre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%
Total	10	18,9%	14	26,4%	5	9,4%	20	37,7%	4	7,5%	53	

Nous observons que les ergothérapeutes sont significativement sollicités par l'éducateur (à plus de 80% de « assez souvent » à « très souvent » et « systématiquement ») sur un effectif de 6 éducateurs exprimés.

À l'opposé, les diététiciens ne sollicitent jamais l'ergothérapeute. Les médecins, kinésithérapeutes, conseillers en économie sociale et familiale répondent à 33 % ne jamais faire appel à lui. Ces résultats sont à nuancer pour deux catégories au moins, les médecins et les conseillers en économie sociale et familiale. En effet, 66.7 % des médecins déclarent le solliciter « très souvent » et il en est de même pour les conseillers en économie sociale et familiale.

➤ Connaissance de l'ergothérapeute et de ses compétences précises



De manière générale, les professionnels de santé, à 37.7 % connaissent mal l'ergothérapie avec 11.3 % d'entre eux qui ne la connaissent pas du tout. Ceux qui disent « connaître l'ergothérapie dans les grandes lignes » représentent 43.4 % de l'effectif et seulement 18,9% disent « bien » ou « très bien connaître l'ergothérapie ».

Figure 11- Connaissance de l'ergothérapie

Pour affiner l'analyse, nous avons effectué un tri croisé du degré de connaissance de l'ergothérapie selon la profession.

Profession / Connaissance ergothérapie

Connaissance ergo →	Pas du tout		Très mal		Dans les grandes lignes		Bien		Très bien	
	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.
Profession ↓										
Médecin	1	33,3%	0	0%	2	66,7%	0	0%	0	0%
Médecin spécialiste	0	0%	1	20%	3	60%	1	20%	0	0%
Kinésithérapeute	0	0%	3	33,3%	3	33,3%	2	22,2%	1	11,1%
Psychomotricien	0	0%	1	33,3%	2	66,7%	0	0%	0	0%
Orthophoniste	0	0%	1	33,3%	2	66,7%	0	0%	0	0%
Infirmier	1	12,5%	3	37,5%	2	25%	2	25%	0	0%
Diététicien	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	0	0%	0	0%
Éducateur	1	16,7%	1	16,7%	3	50%	1	16,7%	0	0%
Assistant social	1	33,3%	0	0%	1	33,3%	1	33,3%	0	0%
Psychologue	1	33,3%	0	0%	2	66,7%	0	0%	0	0%
Aide soignant	0	0%	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	0	0%
Aide Médico-Psychologique	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Conseiller en Economie Sociale et Familiale	0	0%	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	0	0%
Autre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	6	11,3%	14	26,4%	23	43,4%	9	17%	1	1,9%

Il apparaît que certains professionnels, au moins vingt d'entre eux ne connaissent pas du tout (six professionnels) ou très mal l'ergothérapie (quatorze professionnels).

Les professionnels de santé interrogés savent à 66 % où trouver un ergothérapeute contre 34%. L'ergothérapeute est plutôt présent dans son équipe de travail des personnes questionnées à 66 %.

Connaissance des compétences de l'ergothérapeute

	Effectifs	% Obs.
Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale	49	92,5%
Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapique	36	67,9%
Gestion des ressources	29	54,7%
Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement	25	47,2%
Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement	24	45,3%
Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques	23	43,4%
Formation et information des professionnels et des futurs professionnels	20	37,7%
Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique	17	32,1%
Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions	16	30,2%
Total	53	

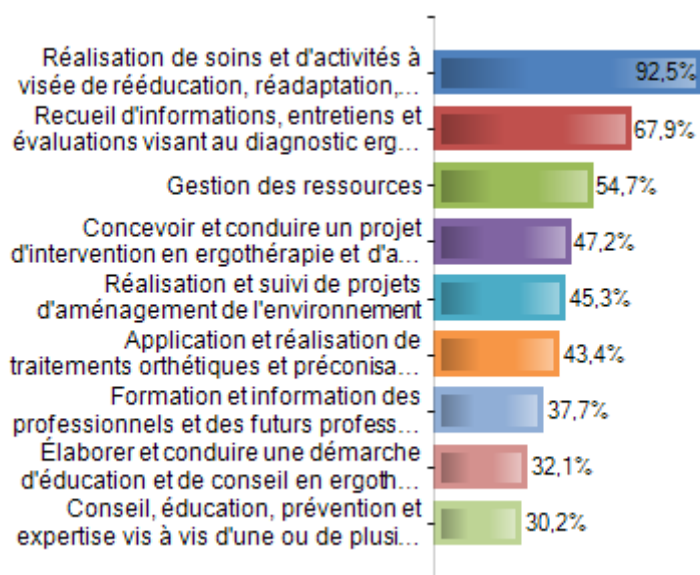


Figure 12- Connaissance des compétences de l'ergothérapeute

Trois compétences de l'ergothérapeute sont connues par plus de la moitié des professionnels ayant répondu, dont une «Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale» est connue par quasiment tous (92.5 %).

Les trois compétences les moins connues sont celles « Formation et information des professionnels et des futurs professionnels », « Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique », « Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions ». ces trois dernières, qui ne sont connues que par un tiers des professionnels, relèvent de compétences liées à l'éducation et la démarche d'éducation thérapeutique. Il semblerait que ces compétences ne soient pas connues, sans doute les activités susceptibles de les mobiliser ne sont-elles pas non plus confiées à l'ergothérapeute. C'est ce que nous allons vérifier.

Activités confiées à l'ergothérapeute par le professionnel de santé

	Effectifs	% Rep.
Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale	42	84%
Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapique	31	62%
Gestion des ressources	25	50%
Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques	19	38%
Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement	17	34%
Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement	15	30%
Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique	10	20%
Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions	9	18%
Formation et information des professionnels et des futurs professionnels	7	14%
Total	50	

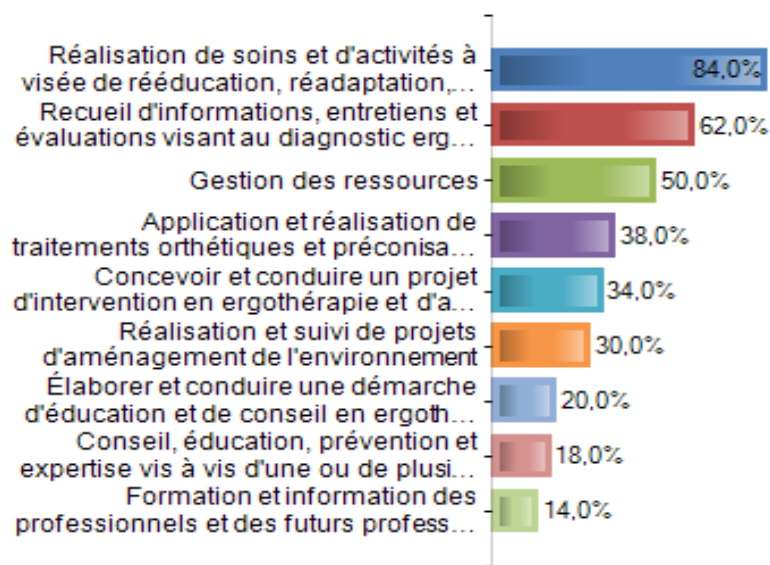


Figure 13- Activités confiées à l'ergothérapeute par les autres professionnels de santé

Ainsi, les activités confiées à l'ergothérapeute par les autres professionnels de santé corroborent les constatations vues page précédente. Elles coïncident à la connaissance qu'ils ont ou non de leurs compétences. Les activités susceptibles de mobiliser les compétences de l'ergothérapeute quant à l'éducation et la démarche d'éducation thérapeutique, ne lui sont pas confiées.

5.4. Discussions des résultats

L'objet de cette recherche a porté sur le positionnement de l'ergothérapeute au regard de ses compétences en interaction avec la place qui lui est attribuée dans une équipe de travail.

L'ergothérapeute dans sa pratique professionnelle investit-il son champ de compétences ?

La méconnaissance de l'action et de la pratique de l'ergothérapeute au sein d'une équipe pluridisciplinaire et/ou d'éducation thérapeutique, n'entraîne-t-elle pas une restriction de son domaine de compétences dans sa pratique professionnelle.

Puis, plus concrètement la question à laquelle cette recherche s'est efforcée de répondre est : **Quelle place donne-t-on à l'ergothérapeute dans une équipe de travail et quelle place se donne-t-il dans son exercice ? »**

Nous avons donc formulé deux hypothèses que nous avons tenté de confronter au réel au moyen de deux enquêtes par questionnaires.

5.4.1. Un manque de reconnaissance

Une première hypothèse selon laquelle l'ergothérapeute souffre d'un manque de connaissance de sa profession, et est souvent « mal-employé », au regard de ses compétences.

➤ Le constat d'un malaise lié au manque de reconnaissance

Grâce à l'enquête menée auprès des ergothérapeutes en activité, 60% d'entre eux ne se sentent pas du tout reconnus ou assez mal reconnus, contre 40 % qui se sentent plutôt bien ou bien reconnus. Les ergothérapeutes en exercice ne se sentent pas du tout reconnus ou mal reconnus par la société et l'institution, alors que la moitié se sentent plutôt bien ou bien reconnus par les autres professionnels de santé et les patients.

Globalement, 25.9 % des ergothérapeutes estiment être très mal reconnus par les professionnels avec qui ils travaillent ou de manière réduite, contre 51,4 % qui estiment être bien reconnus (22.8 % ne savent pas).

Aussi, on constate que 10.9 % des ergothérapeutes expriment être faiblement gênés par le manque de reconnaissance, 40.6 % expriment être gênés moyennement et 47,4 % expriment souffrir du manque de reconnaissance de leurs pratiques.

Le manque de reconnaissance le plus important se situe envers les médecins, puisque 46,1 % des ergothérapeutes qui se sont exprimés ne se sentent pas reconnus par les médecins ou de manière réduite, contre 50,8 % qui se sentent bien reconnus. Toutefois, les ergothérapeutes affirment que le plus souvent cette reconnaissance est assez limitée dans leurs pratiques, puisque les médecins les cantonnent à des fonctions très basiques. L'analyse est identique pour les médecins spécialistes.

D'une manière générale, on peut constater que les ergothérapeutes se sentent reconnus de manière réduite par les autres professionnels de santé sauf par les revendeurs médicaux avec 86,2 % des cas où les ergothérapeutes se sentent bien reconnus et plutôt sollicités dans toutes leurs dimensions et compétences.

➤ Une partie des compétences méconnues et sous-utilisées dans les pratiques professionnelles

Au niveau des activités, 23,4 % des ergothérapeutes soulignent qu'ils n'exercent pas leurs compétences car elles sont méconnues de l'institution alors que 61% estiment exercer pleinement leurs compétences.

Une petite partie des ergothérapeutes qui se sont exprimés méconnaissent la totalité de leur champ de compétences en répondant que l'activité n'est pas exercée car « elle ne fait pas partie de mes compétences ». La méconnaissance porte particulièrement sur les compétences de *gestion des ressources, veille professionnelle, organisation et coordination des activités en santé et traitement de l'information*, compétences qui relèvent pourtant bien de la profession (cf. compétences de 7 à 11, page 13).

➤ Des compétences de l'ergothérapeute en éducation thérapeutique non mobilisées en travail d'ETP

On a aussi cherché à savoir, en effectuant des tris croisés, si l'ergothérapeute qui travaille dans un groupe d'éducation thérapeutique mobilise ses compétences liées à des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique (étudiées de la page 13 à 17). Lorsque l'ergothérapeute travaille dans un groupe d'ETP, il met en œuvre la cinquième compétence de son référentiel (« *Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique* »), étudiée à la page 16.

Lors de l'étude du référentiel de l'ergothérapeute, nous avons souligné que cette compétence est en cohérence avec une démarche d'ETP, et qu'elle pourrait préfigurer d'un nouvel axe de développement professionnel de l'ergothérapeute.

Mais, les résultats ne sont pas vraiment probants. En effet, aucun ergothérapeute déclarant travailler dans un groupe d'éducation thérapeutique, n'exerce cette compétence. Neuf d'entre eux, alors qu'ils sont intégrés à un groupe d'ETP, considèrent que cette compétence n'est pas pertinente dans leur milieu de travail, et quatre, qu'elle ne fait pas partie de leurs compétences. Aussi, n'y aurait-il pas une méconnaissance des compétences des ergothérapeutes par eux-mêmes ?

➤ Des ergothérapeutes employés à des activités hors champ professionnel

Nous pensons que ce mauvais emploi constituerait, peut-être aussi, une limite à la professionnalisation des ergothérapeutes. On constate, que la majorité des ergothérapeutes (61%) déclarent exercer des activités hors de leurs champs de compétences comme la réparation de matériel (récurrent), la gestion des stocks, les toilettes et repas... Tandis que la plupart d'entre eux sont en demande de faire reconnaître les activités exercées dans l'évaluation, dans les activités d'apprentissage, de coordination,... qui sont exercées, mais non reconnues.

➤ Les raisons des restrictions d'activités

Pour la majorité des ergothérapeutes questionnés cette limitation serait due au manque de moyens et à des environnements défavorables, à la hiérarchie et à une attente de productivité et rentabilité de l'établissement. Le manque de formation expliquerait ces limitations pour 1/3 d'entre eux, ainsi que le non-respect de la fiche de poste.

La question ouverte, posée sur les raisons de la limitation d'activités, permet d'affiner l'analyse. Voici une sélection des réponses les plus récurrentes que nous avons catégorisées en trois causes : le problème de manque de temps et de surcharge de travail, le problème de la méconnaissance de la profession et des compétences des ergothérapeutes par les autres professionnels de santé, et enfin, le problème de fiche de poste mal définie.

Le problème de surcharge de travail et de manque de temps ressort de manière importante. Cela corrobore le constat précédent sur le fait qu'il existe une attente de productivité et rentabilité de l'établissement. Les causes liées à la méconnaissance de la profession et la fiche de poste mal définie sont également souvent citées et sont sans doute en lien l'une et l'autre. Peut-être que la mauvaise définition de la fiche de poste est corrélée à la méconnaissance, et sans doute, cela restreignant les activités de l'ergothérapeute à des tâches basiques, concourt-il à entretenir la méconnaissance de cette profession par les autres professionnels.

5.4.2. Connaissance de l'ergothérapie par les autres professionnels de santé

Nous avons ensuite confronté notre deuxième hypothèse à la réalité, au moyen des questionnaires dédiés aux professionnels de santé. Nous cherchions à savoir si l'ergothérapie est méconnue d'une grande partie des autres professionnels de santé avec qu'il est sensé interagir dans le cadre de la prise en charge holistique du patient.

➤ Les professionnels qu'ils sollicitent dans leurs relations de travail

Nous avons constaté que les professions jamais à rarement sollicités d'après notre effectif sont, les psychomotriciens à 58,50%, les orthophonistes à 62,30%, les diététiciens à 54,70%. Les professionnels de santé souvent sollicités sont, les médecins à 56,60%, les kinésithérapeutes et infirmiers à 52,80 % et les ergothérapeutes à 47,10%. Les professionnels systématiquement sollicités sont les médecins 49,10%, les infirmiers à 22,6% et les kinésithérapeutes à 18,9%.

Nous observons que les ergothérapeutes sont significativement sollicités par l'éducateur (à plus de 80% de « assez souvent » à « très souvent » et « systématiquement ») sur un effectif de 6 éducateurs exprimés. À l'opposé, les diététiciens ne sollicitent jamais l'ergothérapeute. Les médecins, kinésithérapeutes, conseillers en économie sociale et familiale répondent à 33 % ne jamais faire appel à lui.

➤ Connaissance de l'ergothérapeute et de ses compétences

De manière générale, les professionnels de santé, à 37.7 % connaissent mal l'ergothérapie avec 11.3 % d'entre eux qui ne la connaissent pas du tout. Ceux qui disent « connaître l'ergothérapie dans les grandes lignes » représentent 43.4 % de l'effectif et seulement 18,9% disent « bien » ou « très bien connaître l'ergothérapie ».

Trois compétences de l'ergothérapeute sont connues par plus de la moitié des professionnels ayant répondu, dont une «Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale » est connue par quasiment tous (92.5 %).

Les trois compétences les moins connues sont celles « Formation et information des professionnels et des futurs professionnels », « Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique », « Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions ».

Ces trois dernières, qui ne sont connues que par un tiers des professionnels, relèvent de compétences liées à l'éducation et la démarche d'éducation thérapeutique. Il semblerait que ces compétences ne soient pas connues, sans doute les activités susceptibles de les mobiliser ne sont-elles pas non plus confiées à l'ergothérapeute.

5.5. Les apports de la recherche

L'objet de cette recherche a porté sur le positionnement de l'ergothérapeute au regard de ses compétences en interaction avec la place qui lui est attribuée dans une équipe de travail.

L'ergothérapeute dans sa pratique professionnelle investit-il son champ de compétences ?

La méconnaissance de l'action et de la pratique de l'ergothérapeute au sein d'une équipe pluridisciplinaire et/ou d'éducation thérapeutique, n'entraîne-t-elle pas une restriction de son domaine de compétences dans sa pratique professionnelle ?

Puis, plus concrètement la question à laquelle cette recherche s'est efforcée de répondre est : « Quelle place donne-t-on à l'ergothérapeute dans une équipe de travail et quelle place se donne-t-il dans son exercice ? ».

Nous avons donc formulé deux hypothèses que nous avons tenté de confronter au réel au moyen de deux enquêtes par questionnaires.

Une première hypothèse selon laquelle l'ergothérapeute souffre d'un manque de connaissance de sa profession, et est souvent « mal-employé », au regard de ses compétences. Nous pouvons dire que l'ergothérapeute souffre d'un manque de reconnaissance dans sa pratique professionnelle et qu'il ne se sent pas pleinement reconnu comme professionnel. Il est souvent mal employé dans ses compétences. Malgré des démarches dans leur milieu de travail afin d'être mieux connus, cela ne semble pas suffire à les conforter pas dans une évolution de reconnaissance professionnelle.

Même si les ergothérapeutes soulignent une reconnaissance chez les médecins qui prescrivent leurs pratiques, ils se sentent limités et cantonnés à des fonctions très basiques. Les ergothérapeutes se disent, reconnus par les autres professionnels de santé mais de manière réduite. Ils montrent aussi, qu'il y a un travail à faire sur la connaissance de l'ergothérapie auprès des patients et du public en général. En effet, la majorité des ergothérapeutes enquêtés ne se sentent pas du tout reconnus par la société.

Nous avons ensuite confronté notre deuxième hypothèse à la réalité, au moyen des questionnaires dédiés aux professionnels de santé. Nous cherchions à savoir si l'ergothérapie est méconnue d'une grande partie des autres professionnels de santé avec qu'il est sensé interagir dans le cadre de la prise en charge holistique du patient. Nous pouvons dire, que de manière générale, les professionnels de santé connaissent mal l'ergothérapie ou dans les grandes lignes. En effet, seulement trois compétences sont connues par plus de la moitié des professionnels de santé.

Conclusion

Bien que l'ergothérapeute soit intégré dans une équipe de travail avec différents professionnels de santé, nous pouvons dire qu'il n'est pas pleinement employé dans toute la diversité de ses compétences. Cette situation implique une souffrance professionnelle de l'ergothérapeute qui ne se sent pas connu et reconnu dans toutes ses dimensions et vit souvent des situations de limitations d'activités.

Cette recherche nous a donc amené à réfléchir sur les étapes de la professionnalisation. Il s'agissait de savoir aujourd'hui, où se situait la profession et quelle place a l'ergothérapeute dans une équipe pluridisciplinaire.

Nous pouvons dire, qu'un travail sur la reconnaissance du diplôme et un « lissage » de la formation et des compétences exigées a été réalisé ces dernières années. Mais il faut encore travailler sur la connaissance de l'ergothérapie auprès des différents professionnels de santé en interaction avec les ergothérapeutes, le public cible (patient) et le public général (la société).

Bien que les ergothérapeutes mettent en place des démarches d'information sur leurs pratiques et leurs compétences dans leur milieu de travail, il faudrait aller plus loin. Il serait intéressant de travailler sur les compétences qui sont transversales entre les différentes professions qui sont en interaction. L'idée serait de mettre en lien les compétences partagées au sein des équipes pluridisciplinaires, et ce plus particulièrement au sein des équipes d'éducation thérapeutique dans le but de faciliter une prise en charge holistique du patient.

De plus, cette recherche nous a amené à souligner que les compétences de l'ergothérapeute sont extrêmement proches de celles attendues en éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique ne fait-elle pas partie intégrante de la démarche d'un ergothérapeute ? L'éducation thérapeutique n'est-elle pas un des axes de professionnalisation à développer en ergothérapie ? L'ergothérapeute, de par sa formation socio-médicale et sa capacité d'évaluation, n'est-il pas un des professionnels les plus aptes à coordonner un groupe d'éducation thérapeutique ?

Cette recherche devrait faire l'objet de nouvelles investigations sur la pratique de l'éducation thérapeutique en ergothérapie en partant d'une nouvelle hypothèse qui est que l'éducation thérapeutique favorise un processus de professionnalisation des ergothérapeutes. Il s'agirait de comprendre en quoi elle constitue un vecteur de transformation des pratiques, de création de nouveaux usages. N'y aurait-il une opportunité de développer des savoirs professionnels dans l'action aptes à faire face à une complexification des professions, liée à la logique transdisciplinaire que sous-tend l'éducation thérapeutique.

Pour moi, il n'y a plus de doute sur les compétences d'un ergothérapeute et sa place. Je me refuse à une reconversion professionnelle et souhaite travailler et poursuivre ce questionnement afin de mieux positionner mes compétences et me faire connaître et reconnaître. L'éducation thérapeutique s'offre à moi aujourd'hui comme une ouverture de ma profession avec un fort potentiel d'avenir et de pratiques.

Bibliographie

OUVRAGES ET DOCUMENTS

- Abbott, A. (1988). *Le régime des professions : Un essai sur la division du travail d'expert*. Chicago, University of Chicago Press.
- Adams, TL (2010). Profession: Un concept utile pour l'analyse sociologique? *Revue canadienne de sociologie*, 47, 49-70. Doi: 10.1111/j.1755618X.2010.01222.x
- Altet, M., (1978). *Recherche et formation*, n°17.
- Altet, M. et Martayan, M. (2007). *Repères méthodologiques autour de la dynamique des Groupes d'Analyse de Pratiques Professionnelles*. IFCS - AP-HM.
- Baptiste S. (2011). Are we there yet? *OT Maintenant*, 13 (4), 26-27.
- Barbier, J-M. (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris, PUF.
- Barbier, J.M. (1998). *Voix nouvelles de la professionnalisation*, symposium du REF.
- Blanchard-Laville, C et Fablet, D. (1996). *L'analyse des pratiques professionnelles*. Paris, L'Harmattan, Coll. Savoir et Formation.
- Boase, J. (1982). *Règlement et les professions paramédicales: Une étude du groupe d'intérêt*. Administration publique du Canada, 25, 332-353. Doi: 10.1111/j.1754-7121.1982.tb02079.x
- Clark P N. (1979). *Human development through occupation: theoretical framework in contemporary occupational therapy practice*. Part .I. Am. J. Occup. Ther, 33, 504.
- Clot, Y et Faïta, D. (2000). *Genres et styles en analyse du travail .Concepts et méthodes*. Travailler, 2000, 4 : 7-42.
- Cooper, J. (2012). Reflections on the professionalization of occupational therapy: Time to put down the looking glass. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79 (4), 199-209. Article consulté sur : http://www.caot.ca/cjot_pdfs/cjot79/oct/cooper.pdf
- Forget A. (1983). *Application d'un paradigme systémique à l'évaluation ergothérapique des personnes âgées*. Can. J. Occup. Ther, 50, 4-107.

- Guihard, J-P (2001). La formalisation des actes d'ergothérapie en psychiatrie, des folies aux faux lits. In *Expériences en Ergothérapie*. Montpellier, Sauramps Medical.
- Home MC. , Briggs AK. (1982). *Ecological systems model for occupational therapy*. Am. J. Occup. Ther., 36, 322.
- Howland, GW (1944). *Allocution Canadian Journal of Occupational Therapy*, 11 (1), 3-5.
- Hughes, CE (1963). *Métiers*. Daedalus, 92 (4), 655-668.
- Jongbloed, L. (1984). Substituabilité du travail et de la professionnalisation des ergothérapeutes. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 51, 131-133.
- Kielhofner G. (1977). *Temporal adaptation : a conceptual framework for occupational therapy*. Am. J. Occup. Ther, 31, 235.
- Kielhofner G. (1985). *A model of human occupation – Theory and Application*. Baltimore : Williams and Wilkins.
- King JL. (1978). *Toward a science of adaptive responses*. Am. J. Occup. Ther., 32, 429.
- Lichtenberger, Y. (1999). La compétence comme prise de responsabilité. In Club CRIN (éd.). *Entreprises et compétences : le sens des évolutions* (p.69- 85). Paris : Les cahiers du club CRIN
- Pavalko, RM (1971). *Sociologie des métiers et professions*. Itasca, IL: Peacock
- Perrenoud, Ph. (2004). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. *Éducation permanente*, (160), 35-60. Article consulté sur http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2004/2004_15.html
- Piel, E., Roelandt, J.L (2001). *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport ministériel
- Pierquin L, Roche A (1958). La Thérapeutique des traumatisés du travail. Extrait des *Annales de Médecine Physique*, tome 1, n°3, juillet, septembre
- Roth, JA (1974). Professionnalisme: leurre du sociologue. *Sociologie du travail et profession*, 1, 6-23. doi: 400100102 10.1177/073088847
- Sainsaulieu, R. (1977). *L'identité au travail*. Paris : Presse de la Fondation nationale des sciences politiques.

Schön, D. A. (1983). *Le praticien réflexif à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Editions Logiques

Shannon P.D. (1977). *The derailment of occupational therapy*. Am. J. Occup. Ther., 31, 229.

Siegrist, H. (1990). Professionnalisation comme un processus: Patterns, la progression et la discontinuité. Dans l'affaire M. & R. Burrage Torstendahl (dir.), *Les métiers de la théorie et de l'histoire: Repenser l'étude des professions* (pp. 177-202). Londres, Royaume-Uni: SAGE.

Soula- Desroches, M. (2000). *L'identité professionnelle en travail, l'analyse de situation professionnelle dans la formation des praticiens*. Paris, L'Harmattan.

Sorel, M. (2005). Des questions qui émergent. In M. Sorel & R. Wittorski (Ed.), *La professionnalisation en actes et en questions* (pp.115-121). Paris : L'Harmattan.

Therriault.PY., Collard FL., (1987). Ergothérapie : « Je me souviens ». *Dans Journal d'Ergothérapie*, 9 (2), 41-49. Masson, Paris

West W.L (1984). *A reaffirmed philosophy and practice of occupational therapy for the 80,s*. Am. J. Occup. Ther., 1984, 38, 1 : 15

Wilensky, HL (1964). La professionnalisation de tout le monde ? *American Journal of Sociology*, 70, 137-158. doi: 10.1086/223790

Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.

Wittorski , R. (2003). *Analyse des pratiques et professionnalisation, travail social et analyse des pratiques professionnelles*. Paris, L'Harmattan.

SITES WEB

- . Aide-Soignant : <http://www.aide-soignant.be/lois/definition.html>
- . ANFE: l'Association Nationale Française des ergothérapeutes : <http://www.anfe.fr/index.php>
- . CNRS : Centre National de Recherche Scientifique : <http://www.dsi.cnrs.fr/methodes/ergonomie/definition.htm>
- . CPMDQ : Corporation des Praticiens en Médecine Douce du Québec : <http://www.cpm dq.com/htm/Kinisidefinition.htm>
- . HAS: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242507/parcours-de-soins-de-la-bronchopneumopathie-chronique-obstructive
- . Infirmier : <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/definition-du-role-propre-infirmier.html>
- . Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/therapeutique/77749>
- . Mediadico: <http://www.mediadico.com/dictionnaire/definition/meconnaissanceSanté>.
- . Gouvernement : http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveCadresdeSante2.pdf
- . Site en Ergothérapie : <http://ergotooletp.e-monsite.com/medias/files/epes-2002-1-1.pdf>
- . Santé. Gouvernement : http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveCadresdeSante2.pdf

Liste des figures

Figure 1- Situations significatives pour coordonner une démarche d'éducation thérapeutique

Figure 2- A professionalization framework based on Abott, 1988, Hall, 1968, Klegon, 1978, and Nancarrow and Borthwick, 2005

Figure 3- Structures de travail des ergothérapeutes

Figure 4- Nombre d'ergothérapeutes dans les services d'ergothérapie

Figure 5- Degré de reconnaissance professionnelle

Figure 6- Nuage de mots-clés : démarches pour se faire connaître

Figure 7- Degré de connaissance de l'ergothérapie par les autres professionnels de santé

Figure 8- Activités auxquelles sont employés les ergothérapeutes

Figure 9- Raisons de la limitation d'activité de l'ergothérapeute

Figure 10- Professions des répondants

Figure 11- Connaissance de l'ergothérapie

Figure 14- Connaissance des compétences de l'ergothérapeute

Figure 13- Activités confiées à l'ergothérapeute par les autres professionnels de santé

Annexes

Annexe 1 : questionnaire pour les ergothérapeutes, « l'identité professionnelle des ergothérapeutes ».

Annexe 2 : questionnaire pour les autres professionnels de santé, « Connaissance de l'ergothérapie par les professionnels de santé ».

Annexe 3 : tableaux de bord des résultats de l'enquête l'identité professionnelle des ergothérapeutes.

Annexe 4 : tableaux de bord des résultats de l'enquête sur la connaissance de l'ergothérapie par les autres professionnels de santé.

Résumé

Titre : La professionnalisation de l'ergothérapie : vers la reconnaissance professionnelle de l'ergothérapeute ?

La pratique de l'ergothérapie engendre de la part des ergothérapeutes, un sentiment de méconnaissance de leur action et de leur pratique au sein de l'équipe pluridisciplinaire avec laquelle ils sont amenés à travailler. Cette méconnaissance n'entraîne-t-elle pas une restriction de leur domaine de compétences dans leur pratique professionnelle ? Investissent-ils leur champ de compétences dans leur pratique professionnelle et notamment dans le cadre d'un travail en éducation thérapeutique ?

L'objet de cette recherche porte sur le positionnement de l'ergothérapeute au regard de ses compétences en interaction avec la place qui lui est attribuée. Plus concrètement la question à laquelle cette recherche s'efforce de répondre est : quelle place donne-t-on à l'ergothérapeute dans une équipe de travail et qu'elle place se donne-t-il dans son exercice ? »

Une première enquête vise à appréhender le rapport des ergothérapeutes à leur propre profession (sentiment de méconnaissance de leur profession, degré de gêne/souffrance induite, activités auxquelles ils sont employés, compétences mobilisées, raisons des limitations...). Une seconde enquête tente d'appréhender le degré de connaissance de la profession par les professionnels de santé avec qui les ergothérapeutes sont amenés à travailler.

Mots-clés : activités, compétences, pratiques, profession, professionnalisation, reconnaissance professionnelle.