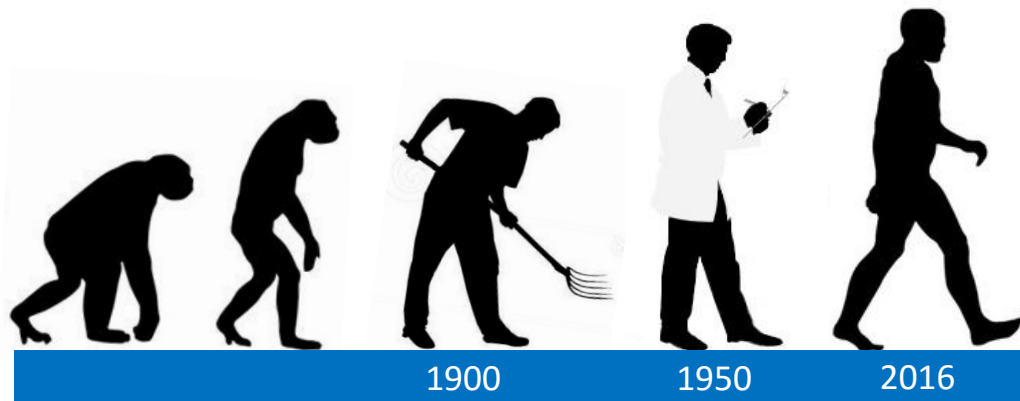


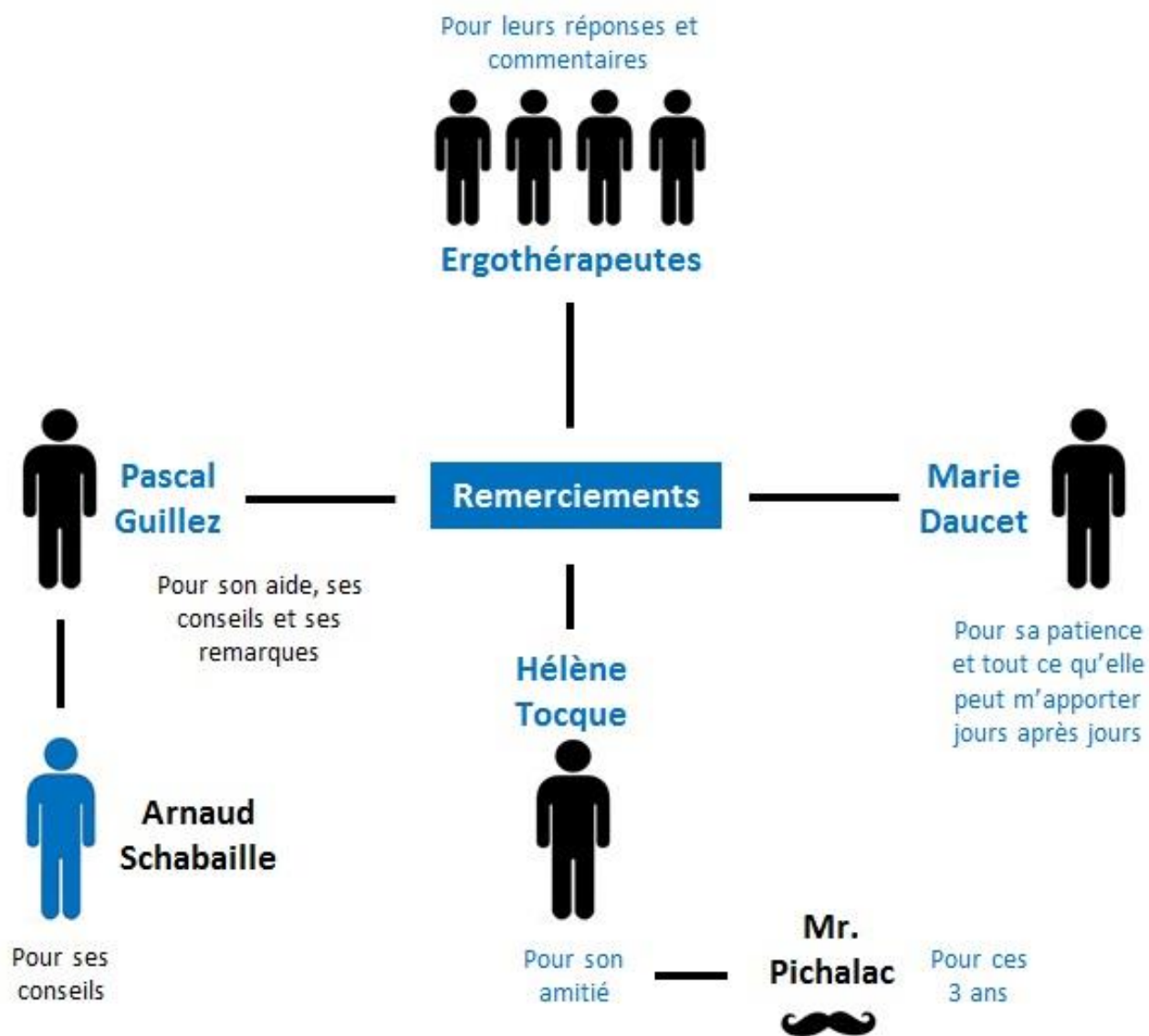


Evolution de la **pratique** de l'ergothérapie en France



D'un point de vue paradigmatique

Mémoire d'initiation à la recherche



« L'ergothérapie,
c'est comme le printemps,
c'est une reprise d'activité »

C. Champigny 2016

SOMMAIRE

Introduction	1
1ère partie : La pratique de l’ergothérapie, une divergence des visions	2
1.1 La partie émergée de l’iceberg : des ergothérapies	2
1.1.1 Différentes définitions de l’ergothérapie	2
1.1.2 Différentes représentations de l’ergothérapie	3
1.2 La partie immergée de l’iceberg : UN flou identitaire	5
1.2.1 L’identité professionnelle, un thème important en ergothérapie	5
1.2.2 Reconnaissance de la pratique de l’ergothérapie	7
1.2.3 Les différentes raisons de ces signes mis en avant dans la littérature ergothérapique	8
1.3 Les raisons de cette période de confusion : un changement paradigmatique	11
1.3.1 Une évolution des pratiques mis en lumière dans la littérature	11
1.3.2 Changement paradigmatique, phénomène extraordinaire ou classique ? : Un éclairage historique	12
1.3.3 Une évolution de la pratique de l’ergothérapie en France : pré enquête de terrain	13
2^{ème} partie : De la structure des révolutions scientifiques à la structure des révolutions ergothérapiques	15
2.1 Le paradigme patho-centré dans la pratique ergothérapique	16
2.1.1 Qu’est-ce que les ergothérapeutes évaluent et traitent au quotidien ?	16
2.1.2 Pourquoi ? : Une approche bottom-up	16
2.2 Le paradigme centré sur la personne et ses activités dans la pratique ergothérapique	17
2.2.1 Qu’est-ce que les ergothérapeutes évaluent et traitent ?	17
2.2.2 Pourquoi ? : Une approche top-down	18
2.3 Influence paradigmatique : le champ de l’ergothérapie	19
2.3.1 Construction du « champ de l’ergothérapie »	19
2.3.2 Utilisation du « champ de l’ergothérapie »	20

3^{ème} partie : La pratique de l’ergothérapie, un changement paradigmatique	20
3.1 Un contexte socio-politico-économique propice aux changements	20
3.1.1 Evolutions sociétales et sociales	20
3.1.2 Evolutions politiques	21
3.1.3 Evolutions économiques	22
3.2 Homogénéité paradigmatique du champ de l’ergothérapie	22
3.2.1 Science de l’activité humaine	23
3.2.2 ANFE	23
3.2.3 Formation initiale en ergothérapie	24
3.3 Et la pratique quotidienne de l’ergothérapie ?	25
3.3.1 Question de recherche	25
3.3.2 Hypothèses	25
4^{ème} partie : Construction de l’outil de recherche	25
4.1 Questionnaire de recherche	26
4.1.1 Choix de l’outil et de la population	26
4.1.2 Construction par rapport à notre première hypothèse	26
4.1.3 Construction par rapport à notre seconde hypothèse	27
4.2 Construction du questionnaire et transmission	28
4.2.1 Les différents types de questions	28
4.2.2 Echelles de Likert	28
4.2.3 Questionnaire final et transmission	29

5^{ème} partie : Analyse des résultats	30
5.1 Une évolution de la pratique de l'ergothérapie	30
5.1.1 Une pratique de l'ergothérapie centrée sur la personne et ses activités	30
5.1.2 La pathologie encore bien présente dans la pratique.....	33
5.1.3 Des activités qui ont du sens.....	34
5.1.4 Les activités de la vie quotidienne, cœur de métier de l'ergothérapeute	37
5.1.5 Le secteur Médico-social à l'avant-poste du changement paradigmatique	38
5.2 Des facilitateurs et des obstacles à l'évolution de la pratique	38
5.2.1 Des éléments propres aux structures	39
5.2.2 Des éléments propres aux équipes	40
5.2.3 Des éléments propres aux ergothérapeutes.....	41
Discussion	42
Constat sur les hypothèses	42
Evolution du paradigme vs changement paradigmatique	42
Trois niveaux d'analyses des facilitateurs et des obstacles	43
Les limites de l'analyse des résultats	43
Conclusion	44
Références bibliographiques	45

Introduction

Qui peut affirmer ne jamais avoir été confronté à cette fameuse question : Qu'est-ce que tu fais dans la vie ?

Il est globalement très facile d'y répondre, surtout lorsque l'on est moniteur d'auto-école, électricien ou boulanger, la plupart des gens ayant une représentation plutôt exacte de ces métiers. Mais lorsque l'on répond que nous sommes ergothérapeutes, cela se complique car arrive une question incontournable, Qu'est-ce que l'ergothérapie ? Comme le précise Rozenn Beguin Botocro (ROZENN BOTOCCRO, 2000), il s'agit d'une « *petite question banale qui m'est posée chaque fois que j'annonce que je suis ergothérapeute. Certains s'engagent alors sur le terrain incertain des tentatives de réponses en suggérant qu'il s'agit de la rééducation des pieds...* ». On pourrait également ajouter la vision d'une profession en lien avec les plantes ou encore la non moins fréquente confusion avec l'ergonomie. Bref, De la part du grand public, répondre à cette question « *renvoie souvent à des notions bien éloignées [...] voire même complètement hors contexte* » (ADENOT, 2013).

Et voilà bien le nœud du problème, qu'est-ce que l'ergothérapie ? « *Agacée de répondre à cette incessante question, je me décide finalement à y donner ma version. Je m'aperçois alors qu'elle m'est tout à fait personnelle, qu'elle évolue au fil de mon expérience et de mes intentions, qu'elle n'est ni stable ni homogène* » (BEGUIN BOTOCCRO, 2000). Pourtant, lorsque nous interrogeons les mécaniciens sur leur métier, ou plus proche de nous les médecins, nous pouvons présumer recevoir des réponses homogènes aussi bien des professionnels que du grand public. Pourquoi en ergothérapie cela semble-t-il plus difficile ?

1ère partie : La pratique de l'ergothérapie, une divergence des visions

Dans cette première partie, nous nous appuyerons principalement sur une étude menée en 2011 par C. Richard, A. Colvez et N. Blanchard pour le compte de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). Nous ferons le constat d'une multiplicité des définitions, des concepts et des représentations de l'ergothérapie par les ergothérapeutes. Si cette diversité est source de richesses, elle peut également être vécue comme facteur d'hétérogénéité. Nous en évoquerons les conséquences tant au niveau de l'identité professionnelle que de la reconnaissance et du développement du métier. Pour terminer, nous exposerons différentes origines possibles à cette multiplicité mis en avant dans la littérature ergothérapique. Au cours de cette première section, l'analyse des résultats d'une pré-enquête de terrain réalisée sous forme de questionnaire auprès d'ergothérapeutes ayant moins de 5 années d'expériences (41 résultats) sera utilisée pour appuyer nos propos. Elle fera également l'objet d'une présentation plus importante à la fin de cette partie.

Nous avons choisi de présenter l'ensemble des résultats de nos questionnaires en nous basant sur les principes de la Data vision ou Data visualisation (MACCHANDLESS, 2010 ; MACCHANDLESS 2014).

1.1 La partie émergée de l'iceberg : des ergothérapies

1.1.1 Différentes définitions de l'ergothérapie

La définition d'un métier renvoie à des enjeux multiples en fonction du point de vue sous lequel on se place et est donc « *source de renseignement sur les bases auxquelles elle se réfère* » (TURLAN, 1997). S'il est totalement utopique en interrogeant des ergothérapeutes (ou n'importe quelle autre profession) sur la définition de leur métier de recevoir des réponses en tout point identiques, des définitions semblables seront tout de même signes d'une homogénéité des bases de l'ergothérapie. En 2007 (MARCHALOT, 2007), une étude proposait trois définitions différentes de la profession aux ergothérapeutes et à d'autres professionnels de

santé. Il a alors pu être montré que les ergothérapeutes ne revendiquaient pas une définition commune de l'ergothérapie et qu'ainsi l'ergothérapie en France n'avait pas (en 2007) de définition qui fédérait l'ensemble des acteurs. Une seconde étude de 2011 (RICHARD, COLVEZ et BLANCHARD, 2011) plus qualitative met en avant que « *les ergothérapeutes ont des difficultés à donner une définition précise de ce qu'est l'ergothérapie* ». Les auteurs ajoutent ensuite que « *sur les 24 ergothérapeutes interrogés, aucun n'est parvenu à totalement s'accorder avec ses collègues lorsqu'il leur a été demandé de donner une définition à l'ergothérapie* ». Ces différentes études mettent en avant que les définitions du métier divergent en fonction des ergothérapeutes interrogés.

Qu'en est-il alors aujourd'hui, quasiment 10 ans après la première étude et 5 ans après la seconde ? Nous avons dans notre pré-enquête demandé aux ergothérapeutes de définir l'ergothérapie. Nous avons ensuite analysé les différentes définitions recueillies à l'aide d'une grille de lecture en partant du principe suivant : « *modélée par de nombreux facteurs, la définition d'un métier, c'est d'abord la réponse à des questions simples : Faire quoi ? Pour qui ? Comment ?* » (D'ENCREVILLE in BEGUIN BOTOCRO, 2000). De nombreux concepts ou thèmes ont alors pu être mis en avant. 11 éléments différents apparaissent au niveau des buts de l'ergothérapie, 13 en ce qui concerne les moyens mis en œuvre pour atteindre les buts (Avec 13 sous-éléments pour les différents types d'activités) et 19 au niveau des caractéristiques à prendre en compte. Notre pré-enquête met ainsi également en avant une importante hétérogénéité des définitions de l'ergothérapie. (Annexe #2).

Si différentes définitions de l'ergothérapie sont mises en avant, il semble alors que les bases auxquelles se réfèrent les ergothérapeutes soient différentes. Ont-ils alors différentes représentations du métier ?

1.1.2 Différentes représentations de l'ergothérapie

L'étude de 2011 précédemment citée visait à percevoir les représentations des ergothérapeutes sur leur profession. De manière à les aider à donner une définition de l'ergothérapie, 5 mots leur ont été demandés. Au total plus de 25 mots ont été

recueillis démontrant que « *chaque individu semble s'être individuellement forgé une connaissance séparée du métier et de sa représentation* » (RICHARD, COLVEZ et BLANCHARD, 2011).

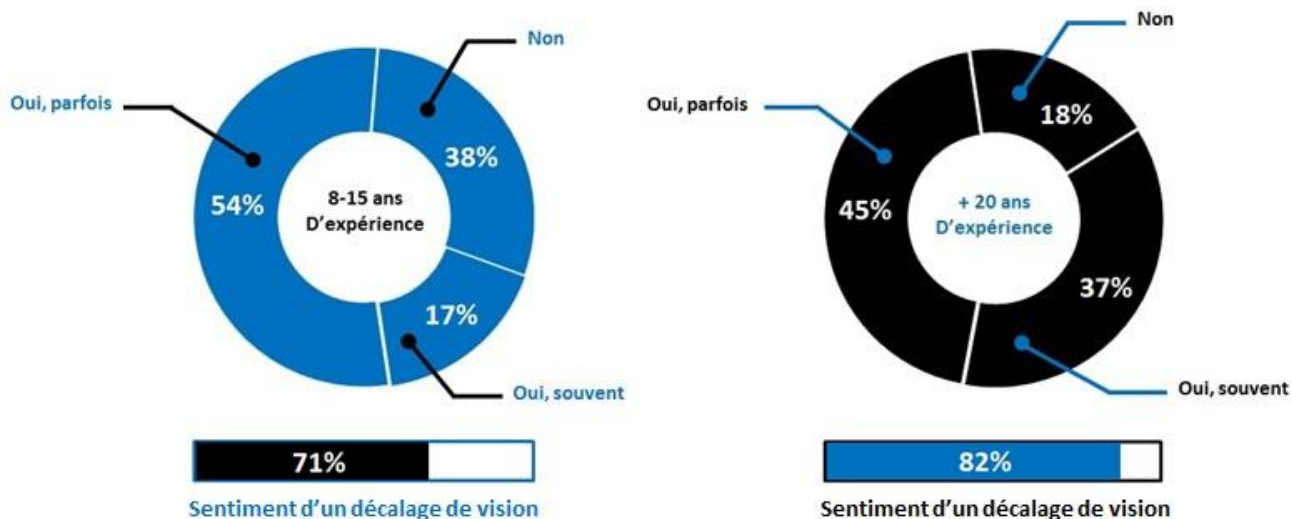
Dans notre pré-enquête, nous avons pu demander aux ergothérapeutes de nous présenter les fondamentaux de l'ergothérapie. Lors de l'analyse des réponses, deux grandes catégories ont émergé. D'une part des fondamentaux liés à la pratique de l'ergothérapie ou 23 éléments différents ont été recueillis et de l'autre des fondamentaux liés à la posture en tant qu'ergothérapeute ou 18 éléments différents sont ressortis (Annexe #3). Ces résultats où de nombreux concepts sont présents permettent donc également d'appuyer le fait qu'il existe différentes représentations du métier. Il faut toutefois nuancer les choses en précisant qu'au sein de l'étude de 2011, les chercheurs n'ont choisi d'interroger que des ergothérapeutes ayant au moins 5 années d'expériences de manière à ce qu'ils puissent avoir un certain recul vis-à-vis du métier. Notre pré-enquête quant à elle ne concerne que des ergothérapeutes ayant moins de 5 années d'expériences.

Même s'il existe différentes représentations de l'ergothérapie, les auteurs ont pu par l'analyse de questionnaires et d'entretiens définir 4 profils d'ergothérapeutes différents (Idéaliste, Agissant, Traditionnel et Contestataire voir Annexe #4) correspondant à des tendances différentes de représentations du métier. Dans ces résultats, il est intéressant de constater que les « jeunes » ergothérapeutes se situent majoritairement dans un profil différent des plus « anciens » (Respectivement Contestataire et Traditionnel) mettant en lumière une caractéristique générationnelle dans l'analyse des représentations de l'ergothérapie. Dans notre pré-enquête, nous avons voulu interroger cette caractéristique en ciblant les ergothérapeutes ayant moins de 5 ans d'expériences. Nous leur avons alors demandé s'ils ressentaient un décalage de vision de l'ergothérapie par rapport aux générations précédentes (entre 8 et 15 ans d'expériences) et par rapport aux générations plus anciennes (plus de 20 ans d'expériences).

Les résultats mettent en évidence que les jeunes diplômés déclarent avoir une vision différente de l'ergothérapie comparativement aux générations précédentes et

peuvent se sentir en décalage vis-à-vis d'elles. Le phénomène est d'ailleurs plus marqué avec les ergothérapeutes les plus expérimentés.

#1 Ressentez-vous un décalage de visions par rapport aux générations précédentes d'ergothérapeutes ?



Ce décalage s'exprime au niveau de la prise en compte de la nouveauté, de la centration sur la personne, sur l'utilisation de moyens ainsi que de concepts différents (Annexe #5).

Nous venons de le voir, il existe différentes représentations et définitions de l'ergothérapie. Cette pluralité procure une richesse indéniable à la profession et lui permet d'avancer aussi bien d'un point de vue théorique que pratique. Cependant, si l'hétérogénéité est une richesse favorisant la discussion, le débat et ainsi l'essor de l'ergothérapie, trop d'hétérogénéité n'est-elle pas un frein à l'identité, au développement et à la reconnaissance du métier ?

1.2 La partie immergée de l'iceberg : un flou identitaire

1.2.1 L'identité professionnelle, un thème important en ergothérapie

Alors que la question identitaire reste une constante dans l'histoire de l'ergothérapie (RICHARD, COLVEZ et BLANCHARD, 2011; DORVAL, 2013), qu'en est-il de l'identité professionnelle des ergothérapeutes aujourd'hui ? Si une « *vision commune*

favorise l'émergence d'une identité professionnelle » (MARCHALOT, 2007), il y a fort à parier que les nombreuses définitions de la profession et la présence de différents profils ne facilitent pas l'émergence d'une identité professionnelle uniforme et solide. L'étude de 2007 précédemment citée met d'ailleurs en avant un « profil identitaire hétérogène » des ergothérapeutes (Ibid.). On comprend alors le besoin exprimé par les professionnels lors de l'étude de 2011 « de se forger une véritable identité professionnelle » (RICHARD, COLVEZ et BLANCHARD, 2011) dans un contexte où il est difficile de « se sentir ergothérapeute et non un « mélange » » (Ibid.). L'identité comporte cependant deux facettes distinctes. D'un côté, il existe une identité pour soi que nous venons de balayer et qui va permettre aux ergothérapeutes de se reconnaître comme tels ; il semble que cette identité soit instable. D'un autre côté, il existe l'identité pour les autres, l'identité que l'ergothérapeute va pouvoir renvoyer aux autres professionnels ou aux bénéficiaires de ses interventions. Ces deux facettes de l'identité, pour soi et pour les autres, sont à la fois distinctes, complémentaires et indissociables. « En effet, l'identité vécue a besoin du regard de l'autre pour être confirmée même si ce regard est nécessairement source d'interprétations subjectives. Ainsi c'est dans la communication qui s'instaure entre soi et autrui que se forge, se confirme, s'ancre sa représentation subjective de son identité propre » (DORVAL, 2013).

Se baser sur des concepts clairs et définis, avoir « un lexique professionnel cohérent, précis et spécialisé permet aux ergothérapeutes d'organiser les interventions logiquement et de réfléchir à leurs actions professionnelles [...]. En clair, à ne pas se confondre avec d'autres professions » (MEYER, 2015). Cela est d'autant plus important que l'ergothérapie s'insère le plus souvent dans un fonctionnement pluridisciplinaire où elle « se confronte régulièrement à ces questions de partage de compétences, de champs d'actions partagés. L'ergothérapeute se retrouve alors bien souvent dans cette posture, où il s'agit de dire, d'expliquer, de prouver sa spécificité » (DORVAL, 2013). Il semble alors qu'ici aussi les variétés de définitions et les variétés représentationnelles soient une limite à la construction d'une identité pour les autres claire. En 2006, Marie Chantal Morel Bracq (MOREL BRACQ, 2006) présentait dans un mémoire de recherche la nécessité croissante de répondre à des difficultés récurrentes rencontrées par les étudiants de Bordeaux lors de leurs stages. On peut notamment citer les « problèmes de positionnement de

l'ergothérapeute et de l'ergothérapie dans la structure », « *le sentiment récurrent de non-reconnaissance du travail* » et « *la difficulté à expliquer et argumenter la spécificité de l'ergothérapie* » (Ibid.). Ces différentes problématiques peuvent être mises en avant comme symptômes d'une identité pour les autres ébranlée.

A ce stade de la réflexion, nous avons mis en avant des conséquences identitaires aussi bien au niveau des ergothérapeutes entre eux que par rapport aux personnes gravitant autour d'eux. Mais alors si l'identité pour les autres est perturbée, quelle en est la conséquence au niveau des représentations de l'ergothérapie par les autres professionnels ou par le grand public ? Et quelles en sont les conséquences pour la reconnaissance et le développement de l'ergothérapie ?

1.2.2 Reconnaissance de la pratique de l'ergothérapie

« La légitimité d'un acte professionnel, surtout dans le champ médical ou scientifique, doit s'appuyer sur des valeurs et des concepts propres, qui le différencient des autres et lui permettent de s'affirmer. Dans le cas contraire, la pratique est impossible, ou en tout cas difficile et la reconnaissance par les autres professionnels compromise » (RICHARD, COLVEZ et BLANCHARD, 2011). Or, les concepts et les valeurs mis en avant par la majorité des ergothérapeutes restent multiples et globaux. Dans ce contexte, on peut se poser la question de la reconnaissance de l'ergothérapie par les autres professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que par les personnes se trouvant directement au contact de l'ergothérapeute.

Dans les écrits professionnels, on peut constater que la question du développement et de la reconnaissance de la pratique de l'ergothérapie est une problématique réelle. En 2007, 36% des ergothérapeutes exprimaient une non reconnaissance du métier (MARCHALOT, 2007) faisant du besoin de former les équipes et de communiquer sur ses compétences une préoccupation majeure des professionnels (Dorval, 2013). En ce qui concerne la reconnaissance de l'ergothérapie au sein de la sphère médicale et paramédicale, les conclusions de l'étude de C. Richard, A. Colvez et N. Blanchard sont claires : *« l'hétérogénéité des représentations professionnelles et socioprofessionnelles des ergothérapeutes nuit à leur reconnaissance par le corps médical. Chaque professionnel apporte avec lui une*

approche différente du métier et de sa pratique. Cette absence d'homogénéité professionnelle empêche une identification des ergothérapeutes par les professionnels qui évoluent avec eux autour des patients » (RICHARD, COLVEZ et BLANCHARD, 2011). Une seconde étude datant de 2004 et interrogeant les ergothérapeutes sur leur reconnaissance mettait en avant qu'ils se sentaient pour 68% d'entre eux méconnus des médecins (WAGNER, 2004, in MARCHALOT, 2007).

En ce qui concerne le grand public, *« l'ergothérapie, n'est, en général, pas connue d'avance mais se découvre lors de circonstances particulières [...] Nous n'en avons donc pas de représentations ou de conceptions a priori »* (BEGUIN BOTOCCRO, 2000). Cette mauvaise connaissance de l'ergothérapie par le public est mise en avant par 98.9% des ergothérapeutes lors de l'étude de Claude Wagner (WAGNER 2004, in MARCHALO, 2007). Mais ce qui est plus paradoxal et problématique, c'est que même suite à un contact avec un ergothérapeute, les patients peuvent encore avoir des difficultés à l'identifier et peuvent le confondre avec les autres professionnels paramédicaux (ADENOT, 2013).

La coexistence au sein de l'ergothérapie, de visions, de représentations et de définitions différentes amène à un certain flou identitaire pour la profession limitant sa reconnaissance par le milieu médical (prescripteurs) mais également par le public bénéficiaire de l'ergothérapie. Nous pouvons donc nous demander quelles sont les origines d'une telle diversité ?

1.2.3 Les différentes raisons de ces signes mis en avant dans la littérature ergothérapique

L'analyse de la littérature ergothérapique nous apporte de nombreux éléments que nous pouvons organiser en 5 raisons à la fois différentes et complémentaires.

Première raison : la *« disparité entre les différents instituts de formation »* (RICHARD, COLVEZ et BLANCHARD, 2011).

Dans un contexte où les étudiants passent le concours d'entrée et arrivent dans la profession sans réellement savoir ce qu'est l'ergothérapie (ADENOT, 2013) et donc

sans forcément en avoir de représentation a priori, la formation initiale est donc un vecteur primordial de transmission d'une vision du métier. Le programme de formation reste unique et national mais chaque Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) est libre de se l'approprier en privilégiant une direction plutôt qu'une autre créant ainsi une forme de « *culture d'école* » (RICHARD, COLVEZ et BLANCHARD, 2011). Par exemple, plus l'IFE donnera à l'activité une place importante et plus le futur ergothérapeute « *sera enclin à s'éloigner d'une trop grande technicité pour se rapprocher d'une approche plus idéologique* » (DORVAL, 2013). On peut alors comprendre qu'en interrogeant les ergothérapeutes sur la définition du métier ou sur ses fondamentaux, de nombreux éléments puissent apparaître. Les auteurs de l'étude ANFE précisent dans ce sens que le croisement de leurs données « *a clairement établi qu'il existe un lien entre les caractéristiques socioprofessionnelles des sujets, leur institut de formation et les contenus de leurs discours* » (RICHARD, COLVEZ et BLANCHARD, 2011).

Deuxième raison : La culture locale

Dans la citation précédente, en plus de la formation initiale, les caractéristiques socioprofessionnelles des ergothérapeutes sont mises en avant comme facteurs orientant leurs discours. Cette seconde origine nommée « *culture locale* » (Ibid.) s'oriente vers deux éléments de niveaux différents : le secteur d'intervention puis la structure en elle-même. Ces deux éléments sont ensuite modulés en fonction de la population accueillie (enfants, adultes, personnes âgées). Il est ainsi possible de découper les secteurs d'intervention en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), lieux de vie, psychiatrie et libéral ou entre d'une part le secteur sanitaire et d'autre part le secteur médico-social. Selon les découpages, les problématiques seront différentes et les orientations de l'ergothérapie également. De même, à un niveau moins global, les caractéristiques fonctionnelles et organisationnelles de chaque structure notamment par rapport au partage des compétences dans un contexte pluridisciplinaire vont influencer les représentations de l'ergothérapie. « *L'ergothérapeute a cette faculté de se diversifier afin de s'adapter* » (Ibid.).

Troisième raison : l'absence de modèle conceptuel de référence

Parce que « *les mots pour « dire » l'ergothérapie ne sont pas innocents* » (MEYER, 2013), la question des concepts utilisés, de leurs cohérences, de leurs précisions et de leurs spécificités sont des caractéristiques primordiales. Mais au-delà des mots, il s'agit de l'absence d'un modèle conceptuel commun qui est mis en avant et qui « *empêche les ergothérapeutes à s'identifier clairement. Ils font allusion à ce qu'ils appellent « un panier commun à tous les ergothérapeutes » mais ne parviennent pas à aller au-delà* » (RICHARD, COLVEZ et BLANCHARD, 2011). Lorsqu'ils utilisent des modèles, les ergothérapeutes vont soit l'emprunter aux autres professionnels (Ibid.), soit utiliser des référentiels étrangers (92%) (Ibid.) ou encore se baser sur un mélange de différents modèles (Ibid.). Cela rend alors difficile l'argumentation de ce qui est fait dans la pratique ainsi que l'expression de la spécificité de l'ergothérapie. Les modèles élaborés par des ergothérapeutes sont des outils indéniables pour argumenter notre spécificité et « *souvent, faute de pouvoir affirmer leur propre jargon, les ergothérapeutes oscillent entre l'adoption du vocabulaire de la médecine et celui du sens commun* » (MEYER, 2013). Le développement du Modèle Canadien du Rendement Occupationnelle (MCRO) par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (CAOT) est un très bon exemple de l'utilisation d'un modèle conceptuel commun qui a servi l'homogénéité de l'identité professionnelle des ergothérapeutes Canadiens. (MOREL BRACQ, 2009).

Quatrième raison : la croissance démographique de l'ergothérapie

La question des disparités en ergothérapie en lien avec son évolution démographique peut être posée ainsi : « *c'est un métier jeune avec une évolution relativement rapide et d'autant plus ces dernières années. La croissance démographique en ergothérapie est fixée à 80 % entre 2001 et 2011. Est-ce un groupe professionnel structuré ? Ou tend-il à le devenir ?* » (ADENOT, 2013)

1.3 Les raisons de cette période de confusion : un changement paradigmatique

1.3.1 Une évolution des pratiques mis en lumière dans la littérature

Cinquième raison : un changement de paradigme

L'évolution historique et le développement de l'ergothérapie nous permet d'apporter une dernière origine à la diversité des définitions et des points de vue sur la profession. La pratique évolue pour de multiples raisons (sociales, économiques, politiques, théoriques...) ce qui implique différentes définitions et représentations de l'ergothérapie en fonction de la période étudiée. Ainsi, si l'on prend différentes définitions de l'ergothérapie, il est possible de suivre son évolution conceptuelle (TURLAN, 1997). L'étude de 2011 permettait de montrer que l'ergothérapie était au commencement d'une nouvelle évolution mais que du chemin restait à parcourir. La nature de ce changement est présentée de manière plus précise dans l'étude de 2007 qui indique que « *le zoom sur le profil identitaire des ergothérapeutes a permis de mettre en avant la diversification et la redéfinition actuelle de l'ergothérapie. [...] L'ergothérapie cherche à sortir du modèle biomédical [...] et à entrer progressivement dans le domaine médico-social lié au modèle global.* » (MARCHALOT, 2007). Dit autrement, depuis quelques années de nombreux modèles et concepts issus principalement des pays anglo-saxons se sont développés. Ils cherchent à s'éloigner d'une vision purement médicale pour mettre en avant l'importance de l'agir et son rapport avec la santé (CESET, 2005).

Il nous semble que cette explication soit plus transversale que les autres et qu'elle puisse même les regrouper en partie. Elle explique également mieux la variété des définitions et des représentations de l'ergothérapie indexées à des différences générationnelles comme nous avons également pu le mettre en avant dans notre pré-enquête. Au cours de ce mémoire, nous nous focaliserons donc plus particulièrement sur cette éventualité tout en gardant à l'esprit la complémentarité de chaque origine. Nous pouvons alors nous demander si l'ergothérapie ne serait pas au sein d'un changement paradigmatique expliquant la présence simultanée de différentes définitions et représentations de l'ergothérapie.

1.3.2 Changement paradigmatique, phénomène extraordinaire ou classique ? : Un éclairage historique

Il semble y avoir un consensus quant à l'évolution historique des idées dominantes en ergothérapie. La littérature anglo-saxonne (DUNCAN, 2006) reprise par Marie-Chantal Morel Bracq (MOREL BRACQ, 2006 ; MOREL BRACQ, 2009), Kielhofner (KIELHOFNER, 2009) cité dans un ouvrage de Sylvie Meyer (MEYER, 2013) mais également Moses N. Ikiugu et Ciaravino (IKIUGU et CIARAVINO, 2007), présentent l'ergothérapie comme évoluant en suivant trois paradigmes successifs (MEYER, 2011 ; GABLE, 2000 ; BEGUIN BOTOCRO, 2000).

Un premier paradigme (Début du XXème siècle) nommé paradigme de l'occupation (KIELHOFNER, 2009 in MEYER, 2013) reposant sur le pragmatisme comme fondement philosophique (IKIUGU et SCHULTZ, 2006) ou l'activité est un moyen thérapeutique permettant de déployer et de développer des compétences.

Un second paradigme (Milieu du XXème siècle) nommé paradigme mécaniste (KIELHOFNER, 2009 in MEYER, 2013) se fondant sur le positivisme et la méthode scientifique de manière à légitimer la pratique dans le monde médical. L'activité est un moyen de prise en charge permettant l'amélioration des composantes internes de l'être humain.

Un troisième paradigme (Fin du XXème siècle) nommé paradigme contemporain (Ibid.) prenant en compte la signification des activités pour la personne et le rôle de l'environnement au sein d'un modèle Personne Environnement Occupation (LAW, COOPER, STRONG et al, 1996) basé sur une approche systémique. L'activité est un objectif de l'ergothérapie. Au sein de ce paradigme, nous pouvons dissocier deux éléments associés : Une centration sur la personne d'une part et l'activité comme objectif d'autre part.

Dans la suite de ce texte et pour des raisons pratiques, nous parlerons de paradigme centré sur la pathologie pour le paradigme mécaniste et de paradigme centré sur la personne et ses activités pour le paradigme dit « contemporain ».

1.3.3 Une évolution de la pratique de l'ergothérapie en France : pré-enquête de terrain

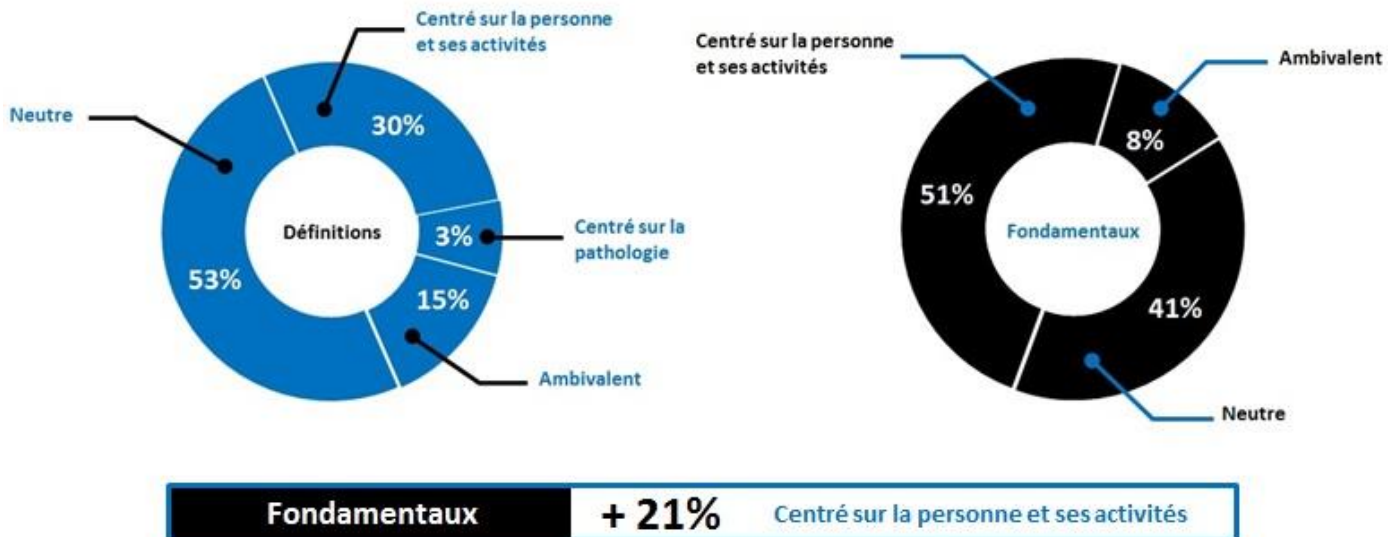
Le développement historique de l'ergothérapie a principalement été étudié dans des travaux canadiens et anglo-saxons. On peut donc se demander si l'évolution de l'ergothérapie a suivi la même évolution en France. Marie Chantal Morel Bracq (MOREL BRACQ, 2009) précise dans son ouvrage sur les modèles conceptuels que l'on retrouve les différents paradigmes en France mais de manière un peu décalée sans toutefois préciser la durée de ce décalage. Meyer (MEYER, 2013) et Ikiugu (IKIUGU et CIARAVINO, 2007) précisent également qu'en Europe, la transition vers une nouvelle conception de l'ergothérapie paraît plus tardive mais aussi plus calme. Si changement paradigme il y a, il semblerait alors qu'il s'agisse d'un passage du paradigme centré sur la pathologie au paradigme centré sur la personne et ses activités.

Nous avons vu que les ergothérapeutes ayant moins de 5 années d'expériences avaient une vision différente des ergothérapeutes plus expérimentés. Les raisons avancées sont : le sentiment d'une méconnaissance par les ergothérapeutes plus expérimentés des nouvelles technologies, des nouvelles techniques, des nouvelles évaluations et des outils validés. Ils mettent en avant une absence de pratique basée sur les preuves, couplé à un certain conservatisme. La seconde raison mis en avant concerne une pratique plutôt analytique manquant parfois de sens pour la personne et éloignée de leurs environnements écologiques. On retrouve ensuite le sentiment d'une définition différente de l'ergothérapie ainsi que l'utilisation de concepts et de modèles distincts. Enfin, les jeunes ergothérapeutes mettent en avant l'utilisation de techniques et de moyens différents avec notamment une utilisation plus importante par les ergothérapeutes plus expérimentés d'activités artisanales. Ces résultats mettent en avant pour les jeunes ergothérapeutes une vision plutôt orientée au sein du paradigme centré sur la personne et ses activités. Vision qu'ils ne semblent pas retrouver chez leurs collègues plus expérimentés.

Nous avons également analysé les définitions et les fondamentaux de l'ergothérapie en les classant selon qu'ils étaient centrés sur la pathologie, plutôt centrés sur la pathologie, ambivalents (regroupant des orientations issus des deux paradigmes),

plutôt centrés sur la personne et ses activités, centrés sur la personne et ses activités ou neutres (sans éléments issus des deux paradigmes).

#2 Analyse des définitions et des fondamentaux de l'ergothérapie donnés par les ergothérapeutes ayant moins de 5 années d'expériences en fonction des paradigmes

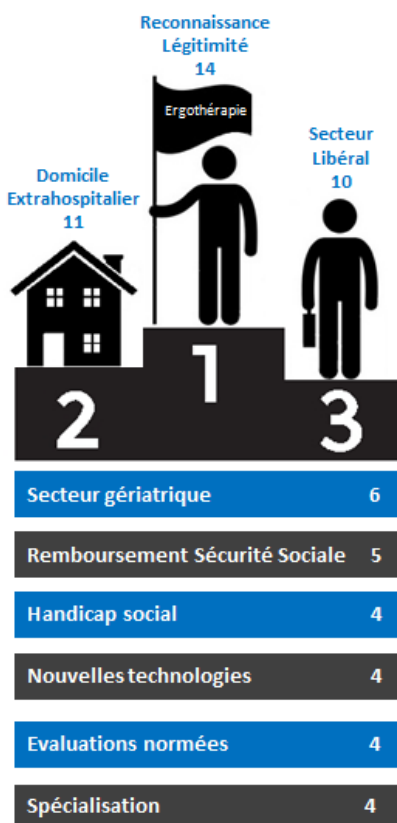


L'analyse des fondamentaux de l'ergothérapie montre une diminution des orientations neutres et ambivalentes au profit de la catégorie centrée sur la personne et ses activités. Il semblerait que les définitions données soient plus globales et donc moins ancrées dans un paradigme au contraire des fondamentaux. Il semble que chaque ergothérapeute a pu se forger une définition de l'ergothérapie plutôt globale et donc moins orientée dans une catégorie contrairement aux fondamentaux de l'ergothérapie qui semblent avoir une composante subjective plus importante. Pour terminer, l'analyse de cette pré-enquête met en évidence la vision d'un futur de l'ergothérapie orienté vers une reconnaissance et une expansion du métier. Les ergothérapeutes mettent également en avant le développement de l'ergothérapie dans les milieux de vie des personnes notamment dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées ainsi que l'expansion du secteur libéral.

« L'insertion sociale et ses facettes que sont par exemple, la réadaptation professionnelle, l'accompagnement des jeunes handicapés, le soutien au domicile, le conseil aux personnes sont peu à peu devenus les nouveaux lieux d'exercice de l'ergothérapie. Au vu de l'histoire de l'ergothérapie, je pense qu'il s'agit là d'un passage vers une pratique "hors les murs" des institutions tout à fait important.

Serait-ce une transition vers un changement important de la profession ? » (BEGUIN BOTOCCRO, 2000). Ces différentes données permettent en tout cas d'établir que la vision de l'ergothérapie par les nouvelles générations d'ergothérapeutes (moins de 5 années d'expériences) s'oriente principalement vers un paradigme centré sur la personne et ses activités.

#3 Vision future de l'ergothérapie pour les ergothérapeutes ayant moins de 5 années d'expériences



2^{ème} partie : De la structure des révolutions scientifiques à la structure des révolutions ergothérapeutiques

Dans cette partie, nous analyserons dans un premier temps les paradigmes centré sur la pathologie et centré sur la personne et ses activités en répondant aux questions fondamentales posée par Krefthing : « *Qu'est-ce que les thérapeutes évaluent et traitent et pourquoi ?* » (KREFTING, 1985). Il convient de garder à l'esprit que chaque paradigme est un regard, aucun n'est meilleur qu'un autre mais chacun pose un monde différent sur ce qu'il observe. Nous construirons ensuite le « champ de l'ergothérapie » regroupant dans un esprit systémique l'ANFE, les IFE, la science

de l'activité humaine et la pratique ergothérapeutique. Ces différentes sphères peuvent être impactées par les paradigmes tout comme être des éléments les impactant.

2.1 Le paradigme patho-centré dans la pratique ergothérapeutique

2.1.1 Qu'est-ce que les ergothérapeutes évaluent et traitent au quotidien ?

Au sein du paradigme patho-centré, les ergothérapeutes vont développer des outils spécifiques des différentes composantes de la personne afin de mettre en évidence un certain nombre de déficiences. L'activité est alors un moyen de l'ergothérapie pour améliorer les composantes « défaillantes » de la personne. Ainsi, « *les caractéristiques des activités sont inventoriées. Les fonctions physiques ou psychologiques qui semblent particulièrement à l'œuvre dans leur exercice sont recensées à l'aide de différents cadres de références (psychodynamique, biomécanique...)* » (MEYER, 2011). L'analyse d'activité prend donc une place importante ici. La comparaison entre les fonctions requises par l'activité et celles que la personne doit développer permet de choisir les activités utilisées comme moyen d'intervention. C'est ce que Meyer (MEYER, 2007 in MEYER, 2011) nomme le « *principe opératoire classique de l'ergothérapie* ». En plus des activités artisanales notamment, les activités analytiques (cônes, arbres à anneaux, bac de graines...) font également partie des moyens utilisés. Les ergothérapeutes vont également développer et adapter des exercices spécifiques de manière à rééduquer une composante objectivée auparavant. Avec l'évolution du paradigme, les activités deviennent de plus en plus signifiantes pour la personne de manière à ce qu'elle puisse s'impliquer davantage. Ainsi, « *le choix des activités va changer et s'orienter vers des exercices, des jeux, des activités culinaires ou domestiques parce que les ergothérapeutes se rendent compte que les moyens proposés doivent faire sens pour le patient [...] Le principe opératoire demeure et s'affine* » (Ibid.).

2.1.2 Pourquoi ? : Une approche bottom-up

Le paradigme patho-centré fait partie des approches de type bottom-up (Approche ascendante) ; « *Interventions ciblant les habiletés/capacités de la personne avec*

l'espoir d'améliorer ensuite la performance dans les activités » (TROUVE, OFFENSTEIN et AGATI, 2015). Ce paradigme est donc axé sur la récupération. La pathologie produit des effets sur les fonctions qui ont-elles-mêmes des effets sur la performance dans les activités. L'intervention cible la rééducation des composantes motrices, cognitives, perceptuelles, sensorielles, sociales... par l'intermédiaire de l'activité qui est un outil thérapeutique (www.portailenfance.ca). « Le geste normal et normé est la référence [...] L'approche est analytique et vise à décomposer le mouvement pour le renforcer et dissocier l'activité pour en améliorer chaque étape » (BEGIN BOTOCCRO, 2000). Prescrire des activités permet d'agir sur les fonctions déficitaires ou de les maintenir à un certain niveau.

Dans cette optique, « l'ergothérapie a pour objectif de contribuer au traitement des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps ; elle consiste en des situations d'activités et de travail en vue de solliciter les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle » (Décret d'actes, 1986).

2.2 Le paradigme centré sur la personne et ses activités dans la pratique ergothérapique

2.2.1 Qu'est-ce que les ergothérapeutes évaluent et traitent ?

Dans une optique centrée sur la personne et ses activités, les ergothérapeutes vont évaluer de nombreuses sphères appartenant aussi bien à la personne qu'à son environnement ou à ses activités personnelles. Ainsi, on retrouvera des outils permettant de mettre en avant les habitudes de vie de la personne, ses capacités, sa qualité de vie, ses envies, sa satisfaction, l'ensemble de ses activités (soins personnel, loisir et profession) mais également son environnement physique et social. Toutes ces composantes *« peuvent aider ou au contraire restreindre la participation sociale de la personne. C'est pourquoi la pratique de l'ergothérapie se focalise sur le soutien nécessaire aux individus pour qu'ils puissent changer des aspects de leur personne, de leurs occupations ou de leur environnement »* (WFOT, 2015). L'ergothérapeute va donc chercher à modifier l'environnement, fournir des aides techniques ou donner des conseils de manière à permettre ou faciliter l'activité.

L'ergothérapeute va ainsi être un facilitateur d'activité. Les activités sont celles de la personne et sont préférentiellement analysées au sein de ses environnements (environnements écologiques). « *L'activité n'est donc plus considérée comme thérapeutique, entraînant un désinvestissement des activités manuelles lors des prises en charge en ergothérapie* » (ADENOT, 2013).

2.2.2 Pourquoi ? : Une approche top-down

La démarche présente au sein du paradigme se focalise d'abord sur les activités de la personne pour aller ensuite vers les éléments de capacité fonctionnelle. Elle est qualifiée de top-down (Approche descendante). L'ergothérapeute va chercher à ce que les personnes puissent non seulement « *participer aux occupations qu'ils veulent réaliser, mais aussi de faire toutes les choses qu'ils ont besoins de faire ou qu'on attend qu'ils réalisent socialement et culturellement* » (WFOT, 2015). L'ergothérapie dans cette vision se base sur les principes suivants : « *les humains ont un besoin inné et la capacité de s'engager dans les occupations, l'occupation influence la santé et le bien-être, l'occupation organise le temps et structure la vie, les occupations sont riches et remplies de sens, l'engagement dans une occupation est unique et contextuel, l'occupation à un potentiel thérapeutique* » (Ibid.).

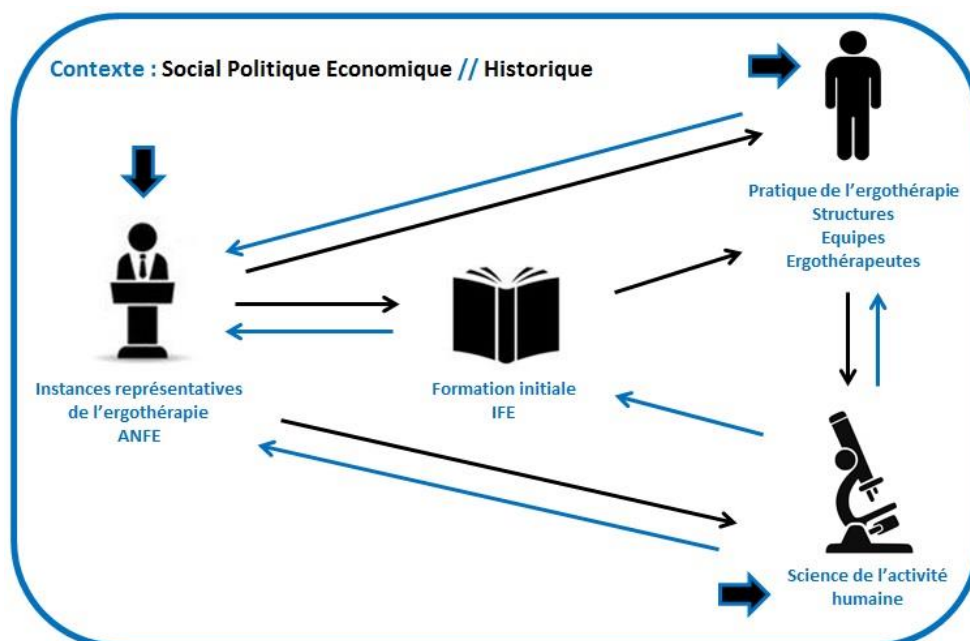
Dans cette optique, l'ergothérapie a pour objectif de permettre aux personnes non seulement de participer aux activités qu'ils veulent réaliser, mais aussi de faire toutes les choses qu'ils ont besoin de faire ou qu'on attend qu'ils réalisent socialement et culturellement ; elle consiste en tous les moyens permettant d'y parvenir. (Diplôme d'Etat Annexe 1, 2010)

2.3 Influence paradigmatique : le champ de l'ergothérapie

2.3.1 Construction du « champ de l'ergothérapie »

Le concept de paradigme est à l'origine développé par Thomas Kuhn (KHUN, 1970) au niveau du champ scientifique. Il va alors se rattacher à différents éléments. La formation joue un rôle important en permettant la transmission du paradigme. « *Tous (les scientifiques) ont une formation et une initiation professionnelle semblable, à un degré inégalé dans la plupart des autres disciplines. Ce faisant, ils ont assimilé la même littérature technique et en ont retiré dans l'ensemble le même enseignement* » (Ibid.). De même, en ergothérapie, les IFE vont jouer ce rôle. Ce qui va différer, c'est que la transmission du paradigme peut également s'effectuer au niveau d'autres sphères. En effet les instances représentatives de la profession proposent des formations complémentaires, un positionnement particulier vis-à-vis de questions importantes ainsi que des manifestations professionnelles. Dans le champ de l'ergothérapie en France, ce rôle est majoritairement joué par l'ANFE. Le concept de paradigme s'est développé pour comprendre l'évolution scientifique, il est donc normal de le retrouver au sein des disciplines scientifiques sous tendant une discipline pratique comme c'est le cas en ergothérapie avec la science de l'activité humaine (Science de l'occupation humaine). Cela nous amène à la construction du schéma suivant :

#4 Champ de l'ergothérapie



2.3.2 Utilisation du « champ de l'ergothérapie »

Il s'agit d'une représentation systémique de l'ergothérapie permettant de mettre en valeur les interactions entre les sous-systèmes et ainsi la dynamique du système entier. Il est important de noter que ce champ est traversé par des contraintes sociales, politiques et économiques qui vont agir sur lui par l'intermédiaire des sous-systèmes. Il n'existe cependant pas de sphère dominante, un changement paradigmatique peut se produire dans n'importe laquelle sans notion de priorité et impacter plus ou moins fortement les autres par la suite. De la même façon, il n'existe pas d'entrée spécifique ou de sens de lecture prédéterminé.

3^{ème} partie : La pratique de l'ergothérapie, un changement paradigmatique ?

Dans cette partie, nous mettrons en évidence des éléments sociaux, politiques et économiques favorisant le changement paradigmatique au sein du « champ de l'ergothérapie ». Nous en analyserons alors les différentes sphères afin d'y mettre en lumière ce changement. La pratique de l'ergothérapie sera alors un point d'accroche pour notre question de recherche et nos hypothèses.

3.1 Un contexte socio-politico-économique propice aux changements

3.1.1 Evolutions sociétales et sociales

Depuis un certain nombre d'années, on assiste à un important progrès scientifique. Dans ce contexte, avec l'évolution des techniques de secourisme et de réanimation couplé aux avancées technologiques, on peut observer une diminution des maladies infectieuses et une augmentation des maladies chroniques. L'espérance de vie continuant d'augmenter, 70% des décès sont imputables à ces maladies (www.santé-2025.org). « *L'objectif est que, dans les 15 ans à venir, les progrès dans la prévention et le traitement des complications à long terme des maladies chroniques contribuent à préserver la qualité de la vie des personnes ayant atteint un*

très grand âge » (www.santé-2025.org). Le travail des ergothérapeutes s'orientera alors clairement vers le milieu de vie des personnes afin de leur permettre de maintenir leurs activités malgré la présence d'une maladie chronique (Ministère de la santé et des sports, 2008). En ce qui concerne les personnes bénéficiaires de soins de santé, la synthèse des travaux de prospective santé 2025 n'est pas sans rappeler le slogan des associations de patient « *Rien sur nous sans nous* ». L'étude met en avant que les associations de patients prendront de plus en plus d'importance et que les interventions seront de plus en plus personnalisées renforçant ainsi le rôle des personnes dans leur traitement et dans leur prise en charge avec un développement important de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) (www.santé-2025.org).

3.1.2 *Evolutions politiques*

Au niveau des politiques de santé, les personnes occupent une place de plus en plus importante. On peut notamment le constater avec le développement de la charte du patient hospitalisé (Circulaire DGS/DH/95-22, 1996 ; Loi 2002-203, 2002), de l'enfant hospitalisé (conférence européenne des associations, 1988) ou des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2007). Il est d'ailleurs important de souligner que 2011 était l'année des patients et de leurs droits de manière à renforcer l'importance accordée à cette thématique au sein de la loi « Hôpital patient santé territoire » du 21 juillet 2009 (Ministère de la santé et des sports, 2011). La notion de projet de vie mis en avant dans la loi du 11 février 2005 (Loi 2005-102) et qui marque la volonté de partir des aspirations et des besoins de la personne est également une évolution importante inscrite dans la loi. La volonté de personnaliser les interventions au travers notamment du projet personnalisé d'intervention (PPI) ou du projet personnalisé de soins (PPS) montre également une volonté politique d'orienter le système de santé français vers la prise en compte de la singularité de chaque situation. L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) établit d'ailleurs des recommandations concernant les attentes de la personne et le projet personnalisé. « *Cette recommandation de bonnes pratiques professionnelles vise à favoriser l'expression et la participation de l'utilisateur dans la conception et la mise en œuvre du projet qui le concerne* » (ANESM, 2008). La HAS n'est d'ailleurs pas en reste avec la publication

d'un document proposant différents moyens de tendre vers une démarche centrée sur le patient en se fondant sur la personnalisation des soins. Elle met ainsi en avant qu'il existe « *une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expertise du patient* » (HAS, 2015). De plus, « *les politiques de santé montrent la volonté des pouvoirs publics d'entraîner la France dans un virage ambulatoire risquant de bousculer l'exercice du métier. Le passage progressif d'un modèle hospitalo-centré vers un modèle domicile-centré pousse l'ergothérapie à prendre plus d'importance en milieu de vie ordinaire, au détriment de la pratique institutionnelle* » (TROUVE, OFFENSTEIN, AGATI, 2015).

3.1.3 Evolutions économiques

« *L'hôpital représente en France près de la moitié de la dépense de santé. La réduction de la durée moyenne des séjours (DMS) a donc été fixée comme priorité dans de nombreux pays, afin de limiter les dépenses d'hospitalisation. Les gains générés peuvent alors servir à d'autres mesures sociétales voire contribuer à la réduction des déficits. Si la qualité est l'affaire de tous, le discours doit être le même en ce qui concerne la DMS* » (PAIN, 2012). Entre 2001 et 2009, La DMS a diminué de 4.2% en hospitalisation complète ce qui équivaut à une diminution d'une journée. Dans le même temps, l'hospitalisation partielle et l'hospitalisation à domicile ce sont largement développées (Dossier solidarité et santé N°25, 2012). Dans ce contexte, la prise en compte du retour au domicile et de la reprise des activités de la personne prend tout son sens.

3.2 Homogénéité paradigmatique du champ de l'ergothérapie

Une analyse des différentes sphères du « champ de l'ergothérapie » va nous permettre d'avoir une vue d'ensemble du ou des paradigmes en présence. Il sera ainsi possible d'en déduire l'hétérogénéité ou au contraire l'homogénéité du « champ de l'ergothérapie » d'un point de vue paradigmatique.

3.2.1 Science de l'activité humaine

L'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) reprend la définition de Wilcock (WILCOCK, 2006) pour définir la science de l'occupation (Science de l'activité humaine en France) comme étant « l'étude rigoureuse des humains en tant qu'êtres occupationnels » (ACE, 2012). Cette manière de définir la science soutenant la pratique de l'ergothérapie (SIFEF, 2013) s'est développé dans les années 1990 par des chercheurs de l'University of Southern California (USC) au premier rang desquels Elizabeth Yerxa (YERXA, CLARK, JACKSON et al, 1989). Cette science et les concepts qui y sont développés s'inscrivent tout particulièrement au sein du paradigme centré sur la personne et ses activités en ergothérapie. Bien que la science de l'activité humaine soit très peu représentée en France, elle s'inscrit tout de même au sein de ce paradigme.

3.2.2 ANFE

L'ANFE présente également différents éléments appuyant le paradigme centré sur la personne et ses activités. D'une part par son rattachement à la World Foundation of Occupational Therapy (WFOT) qui s'est officiellement positionnée dans ce paradigme (WFOT, 2010) ; Positionnement repris et diffusé par l'ANFE (ANFE, 2011). D'autre part les dernières assises de l'ergothérapie (ANFE, 2015) ayant comme thème principal l'activité humaine s'inscrivent dans ce nouveau paradigme. Le discours de clôture d'Éric Trouvé président de l'ANFE est à ce titre significatif et sans ambiguïtés : *« Il ne s'agit donc plus de distribuer des solutions, mais bien d'accompagner le changement. L'ergothérapeute est bien un thérapeute et non un technicien ! Enfin, l'approche centrée sur la personne, plutôt que sur le déficit ou la pathologie, permet de donner pleinement le pouvoir aux personnes et de garantir leur autonomie. A l'instar de nos collègues du monde entier, il est urgent que les ergothérapeutes français s'emparent eux aussi de ces approches, renouent avec leurs origines et en finissent avec une vision réductionniste de la santé afin d'affirmer une autre façon d'accompagner l'homme dans son développement. Rentrons définitivement dans l'ère de l'Activité signifiante et significative comme un but de l'ergothérapie, car il s'agit de la finalité de la vie des hommes »* (TROUVE, 2015).

3.2.3 Formation initiale en ergothérapie

Concernant les études menant à la profession, le nouveau programme (2010) servant de base dans les IFE précise que l'ergothérapie « se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne – activité – environnement. L'activité s'entend selon la définition du terme anglo-saxon « occupation » [...] L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. [...] L'ergothérapeute exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie » (Diplôme d'Etat Annexe 1, 2010). Cette définition est en adéquation avec le paradigme centré sur la personne et ses activités en ergothérapie ; Certaines Unités d'Enseignements (UE) étant particulièrement influencées par ce paradigme (Diplôme d'Etat Annexe 2, 2010). Le nouveau programme permet d'explorer de nouvelles approches et de nouveaux concepts « mais ici, c'est l'appareil de formation qui est en avance sur la pratique des professionnels, c'est pourquoi son rôle est de les accompagner dans ce changement » (TROUVE, 2014).

A ce stade, le « champ de l'ergothérapie » présente une certaine homogénéité paradigmatique. La dernière citation pose néanmoins la question du changement de paradigme au sein de la pratique professionnelle. Notre cheminement nous amène donc à devoir interroger la dernière sphère mise en avant : celle de la pratique de terrain, quotidienne et concrète.

3.3 Et la pratique quotidienne de l'ergothérapie ?

3.3.1 Question de recherche

La pratique de l'ergothérapie représente une sphère très importante de par son aspect centrale ce qui nous amène à notre question de recherche :

En quoi la pratique actuelle de l'ergothérapie se trouve-t-elle transformée par les ergothérapeutes ?

Postulat de départ : le champ de l'ergothérapie est actuellement traversé par un changement paradigmatique caractérisé par le passage d'un paradigme centré sur la pathologie vers un paradigme centré sur la personne et ses activités.

3.3.2 Hypothèses

Hypothèse 1 : Nous faisons l'hypothèse que le changement de paradigme n'est qu'à son commencement et qu'ainsi la pratique de l'ergothérapie n'est que partiellement modifiée par les ergothérapeutes.

Hypothèse 2 : Nous faisons l'hypothèse qu'un certains nombres d'éléments vont permettre l'évolution de la pratique de l'ergothérapie ou au contraire la freiner d'un point de vu paradigmatique tel que l'expérience, l'utilisation d'un modèle conceptuel ou le type de structure ou travaille l'ergothérapeute.

4^{ème} partie : Construction de l'outil de recherche

Dans cette partie, nous présenterons la construction de notre outil de recherche en fonction de nos deux hypothèses.

4.1 Questionnaire de recherche

4.1.1 *Choix de l'outil et de la population*

Trois principaux outils de recherches pouvaient correspondre à la poursuite de ce travail. D'abord des entretiens auprès d'ergothérapeutes afin d'interroger leurs pratiques de terrain. Ensuite l'observation in situ à la manière de l'ethnométhodologie. Enfin, un questionnaire interrogeant la pratique de terrain des ergothérapeutes. Les entretiens et les questionnaires se basent sur du déclaratif alors que l'observation se base sur les faits sans pouvoir en comprendre la subjectivité sur le moment. Une alternative serait donc de coupler entretien et observation de terrain. Néanmoins, cela présente une difficulté majeure : le temps alloué pour mener la recherche de manière à en tirer des résultats significatifs. Pour pouvoir répondre à notre question de recherche et à nos hypothèses, il convient d'interroger un grand nombre d'ergothérapeutes. Sans cela, les résultats sont limités et seule une tendance locale peut être dégagée. Le questionnaire offre la possibilité de toucher un nombre beaucoup plus important d'ergothérapeutes dans un laps de temps réduit. D'un point de vue méthodologique et organisationnelle, le questionnaire présentait des bénéfices plus importants et a donc été retenu. Nous avons cependant décidé de l'orienter d'une manière particulière. Il ne s'ouvre pas sur une approche statistique « pure » mais doit laisser place à la réflexion de la personne interrogée. Pour le construire, nous nous sommes alors basés sur le « guide de questionnement » présenté par Marie-Chantal Morel-Bracq (MOREL-BRACQ, 2009) permettant l'analyse de la pratique.

Un changement de paradigme de la pratique en ergothérapie va concerner tous les ergothérapeutes, dans tous les milieux d'interventions. Notre population concerne donc tous les ergothérapeutes français intervenant directement auprès des personnes.

4.1.2 *Construction par rapport à notre première hypothèse*

Au sein de notre première hypothèse, il convient d'interroger la pratique de l'ergothérapie sous l'angle des différents paradigmes. Des questions dont les

réponses reprennent des éléments mis en avant dans la présentation des paradigmes centré sur la pathologie et centré sur la personne et ses activités ont donc été posées aux ergothérapeutes. Ces questions permettent de connaître l'implication de la pratique de chaque ergothérapeute dans un paradigme plutôt qu'un autre. L'analyse qualitative de questions ouvertes complémentaires permettra une analyse similaire.

Sachant que nous sommes partis du postulat d'un changement paradigmatique, plus l'analyse des questionnaires mettra en avant des éléments du paradigme centré sur la personne et ses activités, plus le changement sera effectif et ainsi plus la pratique en sera modifiée. Comme notre hypothèse se centre sur le commencement d'un changement paradigmatique, pour valider notre hypothèse, nous nous attendons à retrouver :

- Des évolutions de la pratique orientées vers l'ensemble des éléments du paradigme centré sur la personne et ses activités
- L'utilisation de l'activité comme but thérapeutique
- Une volonté de développer la pratique vers l'ensemble des éléments du paradigme centré sur la personne et ses activités

4.1.3 Construction par rapport à notre seconde hypothèse

Notre seconde hypothèse s'attache à rechercher les variables dépendantes du changement de paradigme dans la pratique de l'ergothérapie. Nos deux dernières questions sont d'ailleurs posées directement dans ce sens. Les variables que nous pouvons mettre en avant afin d'affirmer ou d'infirmer cette hypothèse sont : la date d'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute (le nombre d'années d'expériences), le type de structure où travaille l'ergothérapeute (SSR, Lieux de vie, Psychiatrie ou Libéral / Sanitaire ou Médico-social) et l'utilisation d'un modèle conceptuel. Ces variables sont relevées au début du questionnaire. Pour cette hypothèse, nous utiliserons principalement un tri croisé avec analyse statistique au moyen du khi 2.

4.2 Construction du questionnaire et transmission

4.2.1 Les différents types de questions

Toutes les questions à choix multiples ont été construites selon un mode aléatoire permettant de présenter les choix de réponses dans un ordre différent pour chaque questionnaire. Les réponses comportent des éléments appartenant au paradigme centré sur la pathologie et des éléments centrés sur la personne et ses activités. Lors de la demande aux ergothérapeutes du choix de trois termes correspondants le plus ou le moins à leur pratique, les choix comportent 3 éléments plutôt centrés sur la personne et ses activités (Activités signifiantes et significatives, Partenariat, Environnement écologique), 3 éléments plutôt patho-centrés (Récupération des déficiences, Analytique, Protocole / Technique), 3 éléments neutres (Compétence, Santé / Paramédical, Professionnel) et 3 éléments plutôt négatifs (Occupationnel / Animation, Rendement / Rentabilité, Routine de pratique). Pour la question correspondant à la pratique, les termes appartenant aux paradigmes représentent des attracteurs par rapport aux autres éléments. De même pour la question correspondant le moins à la pratique, les termes négatifs représentent les attracteurs. Lors du choix d'une définition correspondant à la pratique, trois définitions sont proposées. Une définition très patho-centré correspondant à la définition du décret d'acte de kinésithérapie en 1945, seule le terme kinésithérapie a été remplacé par le terme ergothérapie. Une définition plutôt patho-centrée correspondant à la définition du décret d'acte d'ergothérapie de 1986. Une définition centrée sur la personne et ses activités correspondant à la définition du programme d'ergothérapie de 2010.

4.2.2 Echelles de Likert

Plusieurs échelles de Likert sont présentes au sein du questionnaire. On peut distinguer son utilisation dans deux directions différentes. En ce qui concerne la fréquence des activités manuelles et artistiques, des activités sportives et de relaxation, analytiques, de vie quotidienne... une échelle paire à 6 choix de réponses a été choisie. Elle permet de proposer un certain nombre de choix sans dépasser 7, seuil qui rend le choix beaucoup plus difficile. Elle permet également de ne pas

proposer de choix intermédiaire, choix qui n'aurait pas été pertinent pour notre analyse. En ce qui concerne les autres questions avec échelle de Likert, elles proposent à une extrémité un terme patho-centré et à l'autre un terme centré sur la personne et ses activités. Ces échelles sont impaires à 5 choix permettant d'avoir une valeur intermédiaire entre les deux paradigmes.

La majorité des questions sont fermées permettant une analyse quantitative facilitée. Néanmoins, des questions ouvertes sont présentes de manière à étayer l'analyse

4.2.3 Questionnaire final et transmission

Le questionnaire final comporte 29 questions (dont une est indexée à la réponse précédente). Il balaye des informations sur l'ergothérapeute, le lieu de pratique, les modèles de pratiques, la pratique de l'ergothérapie, la définition de la pratique, ce qui est premier dans la pratique, les éléments incontournables pris en compte, les activités en ergothérapie, le choix des activités, le lieu des activités, le développement de la pratique et l'orientation de la pratique (Questionnaire visible en Annexe #6)

Le questionnaire final a été construit sur Google Forms © et transmis à deux reprises sur le groupe Facebook © consacré aux mémoires en ergothérapie. Ce groupe est essentiellement constitué de « jeunes » ergothérapeutes ; un e-mailing a donc été créé de manière à toucher un plus grand nombre de professionnels et notamment des ergothérapeutes ayant une plus grande expérience. Une grande partie des structures médico-sociales des grandes associations impliquées dans le handicap ont été sollicitées (Association des Paralysés de France, Papillon blanc...). Des structures SSR, psychiatriques et des Etablissements Hospitaliers pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ont également été invitées à transmettre notre questionnaire de recherche aux ergothérapeutes travaillant au sein de leurs structures. Le questionnaire a également pu être transmis par mail aux ergothérapeutes libéraux via la liste de diffusion de l'ANFE. Nous avons donc cherché à toucher un maximum d'ergothérapeutes dans des structures différentes et cela dans toute la France. Au total, 300 réponses ont été recueillies et 273 analysées. (Annexe #7)

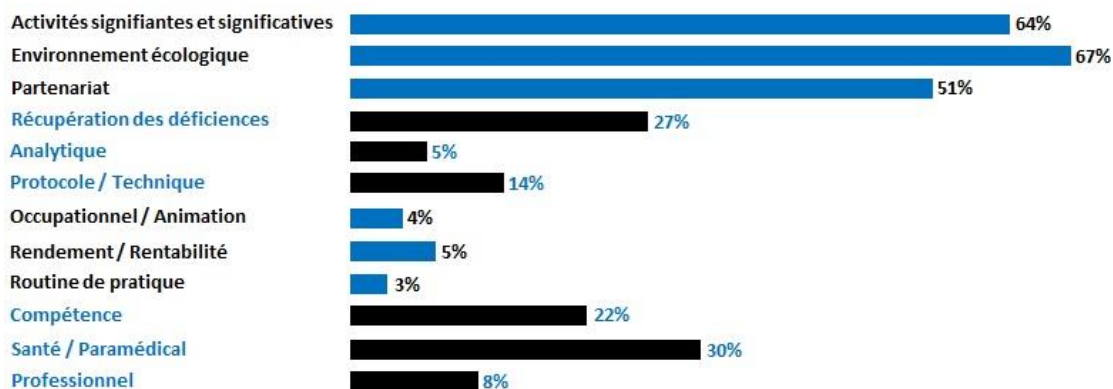
5^{ème} partie : Analyse des résultats

5.1 Une évolution de la pratique de l'ergothérapie

5.1.1 Une pratique de l'ergothérapie centrée sur la personne et ses activités

Un certains nombres d'éléments vont dans le sens d'un changement paradigmatique déjà bien présent dans la pratique de l'ergothérapie. Les trois termes cités majoritairement comme correspondant le plus à la pratique des ergothérapeutes sont ceux relevant du paradigme centré sur la personne et ses activités.

#8 Les trois termes qui correspondent le plus à la pratique des ergothérapeutes

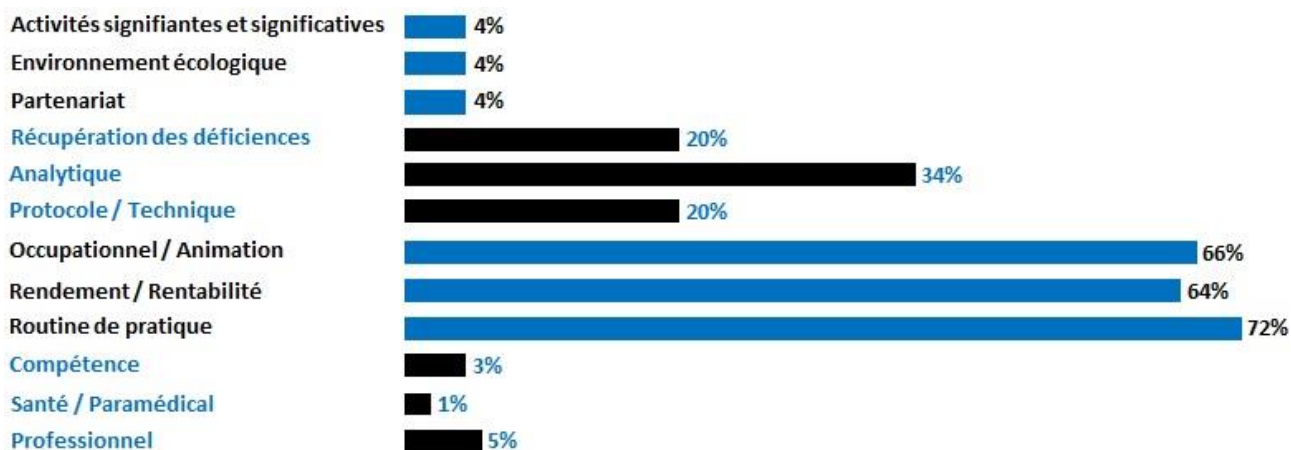


Les termes appartenant au paradigme centré sur la pathologie apparaissent ensuite avec une proportion similaire aux termes neutres. Les éléments plus négatifs sont très peu cités ici par les ergothérapeutes ; ceci est conforme à ce qui était attendu.

En ce qui concerne les termes correspondant le moins à la pratique des ergothérapeutes, nous retrouvons comme cela était prévu les termes ayant une tendance plutôt négative. Arrivent derrière les éléments appartenant au paradigme centré sur la pathologie alors que les éléments neutres ou les éléments centrés sur la personne et ses activités sont très faiblement cités. Les termes centrés sur la pathologie ont donc été cités de manière significative malgré la présence « d'attracteurs ». Ces résultats peuvent ainsi aller dans le sens d'une évolution de la

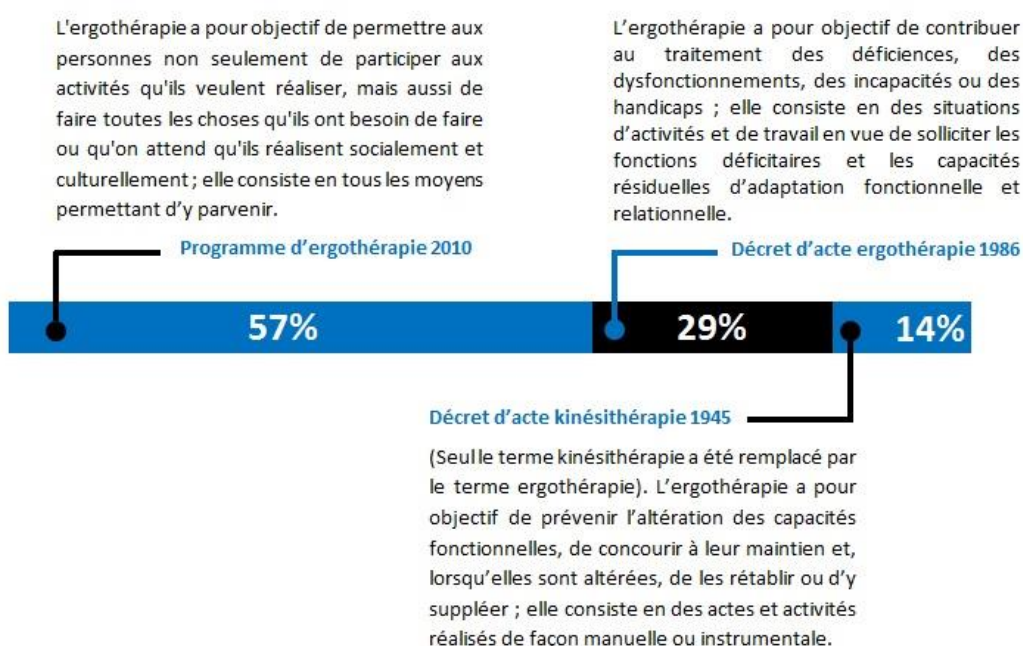
pratique de l'ergothérapie ou les éléments appartenant au paradigme centré sur la pathologie sont moins présents dans la pratique de l'ergothérapie.

#9 Les trois termes qui correspondent le moins à la pratique des ergothérapeutes



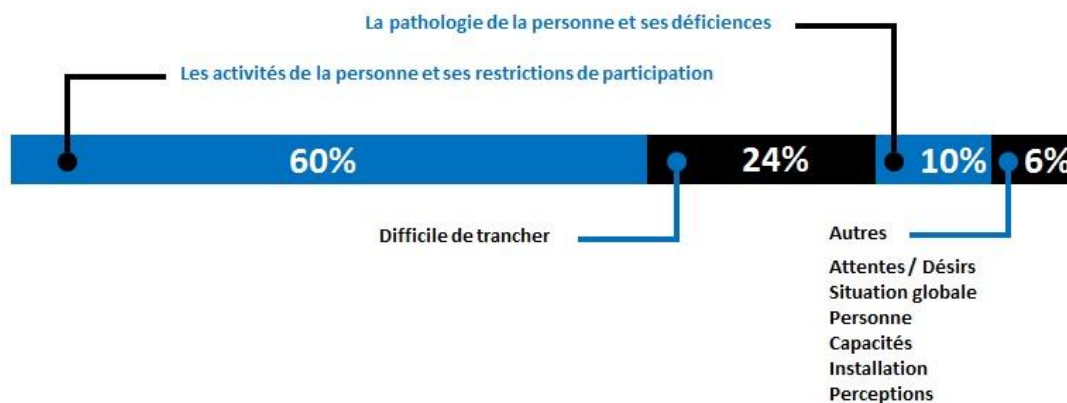
Ces résultats vont dans le sens d'un changement paradigmatique déjà bien établi. D'ailleurs, la définition correspondant à la pratique mis en avant par les ergothérapeutes est largement celle appartenant au plus récent des paradigmes.

#10 Définition qui se rapproche le plus de la pratique des ergothérapeutes



De même, Ce qui est premier pour les ergothérapeutes et qui va guider leur pratique sont les activités de la personne et leurs restrictions de participations (60%).

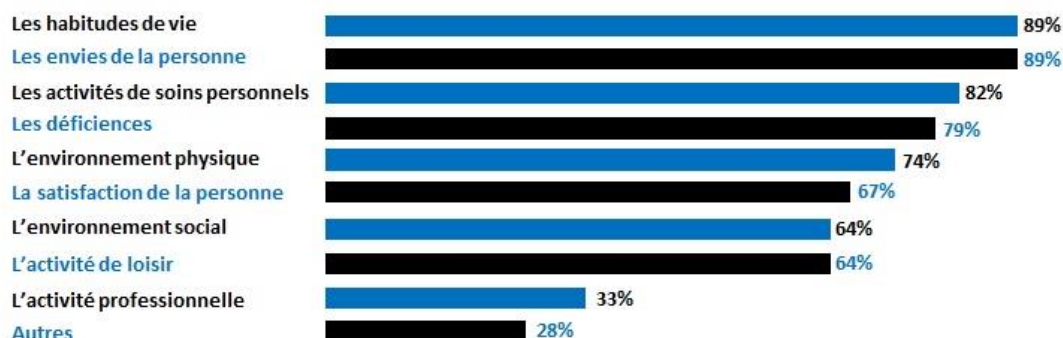
#11 Premier dans la pratique



En tenant compte des éléments correspondant le plus à la pratique, de la définition mis en avant par l'ergothérapeute, de ce qui va guider les interventions, de la fréquence d'utilisation des activités analytiques ainsi que du lieu de pratique et du choix des activités, nous avons pu quantifier pour chaque questionnaire un pourcentage en fonction de chacun des paradigmes. Nous avons ensuite fait la différence des deux pourcentages obtenus pour percevoir directement le paradigme majoritaire de chaque ergothérapeute et nous avons fait le choix d'établir un seuil de 25% comme étant significatif d'un paradigme plutôt qu'un autre. Selon ces critères, 129 questionnaires (47%) ont pu être orientés au sein du paradigme centré sur la personne et ses activités et 39 questionnaires (14%) ont pu être orientés au sein du paradigme patho-centré. Ces résultats vont ainsi dans le sens d'une évolution de la pratique appartenant au paradigme centré sur la personne et ses activités.

Nous pouvons également remarquer que les ergothérapeutes prennent en compte de nombreux éléments pour leur pratique. Sur l'ensemble des questionnaires, la moyenne est de 7 éléments pris en compte avec un mode correspondant à 9 éléments. Il semble que les ergothérapeutes utilisent de nombreuses sphères différentes pour mener leurs interventions et l'on peut noter que les envies de la personne arrivent en tête avec les habitudes de vies et sont citées par 89% des ergothérapeutes. De même, si l'environnement ou les déficiences de la personne semblent pris en compte, la satisfaction de la personne est mise en avant par 67% d'entre eux.

12# Éléments pris en compte par les ergothérapeutes lors de leurs interventions

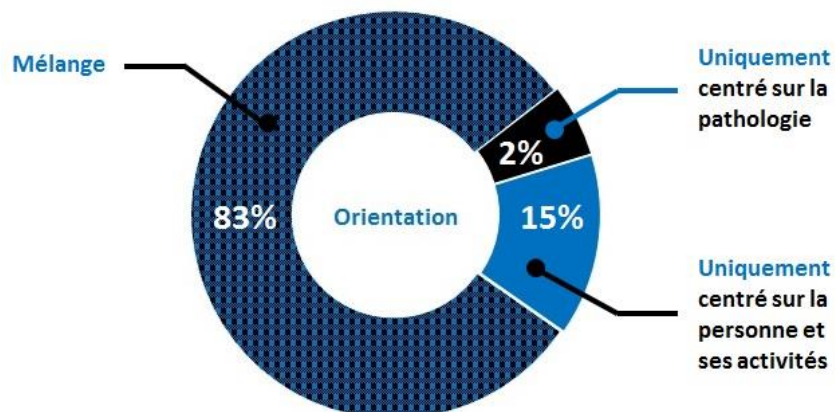


L'ensemble de ces éléments sont donc tout à fait cohérent avec une évolution de la pratique de l'ergothérapie déjà bien établis au sein du paradigme centré sur la personne et ses activités.

5.1.2 La pathologie encore bien présente dans la pratique

Si le paradigme patho-centré semble peu présent avec seulement 14% de questionnaires correspondant aux critères que nous avons pu définir pour celui-ci, il ne faut pas perdre de vue que les réponses sont teintés des deux paradigmes. En effet, on dénombre 5 questionnaires regroupant exclusivement des éléments patho-centré (2%) et 42 regroupant exclusivement des éléments centré sur la personne et ses activités (15%). Ainsi, 83% des questionnaires présentent un mélange plus ou moins important des deux paradigmes.

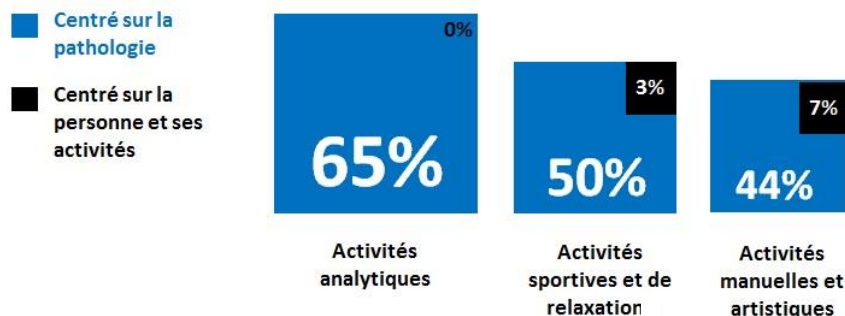
#13 Orientation des réponses des ergothérapeutes selon les paradigmes



Au-delà d'un mélange des deux paradigmes, lorsque nous interrogeons les ergothérapeutes sur les activités qu'ils utilisent et pourquoi ils les utilisent, les explications centrées sur la pathologie et les déficiences restent prépondérantes.

L'utilisation de ces activités se fait ainsi majoritairement dans l'objectif du travail des déficiences. Cela est particulièrement vrai pour l'utilisation des activités analytiques. Elles permettent notamment un « *travail de dissociation des ceintures, des préhensions, du tonus postural, le suivi oculaire* » (Ergothérapeute en SESSD) mais également « *le travail de la dextérité, de l'amélioration des amplitudes...* » (Ergothérapeute en CRP). Les activités manuelles et artistiques ne sont pas en reste et vont permettre « *d'entraîner les fonctions exécutives, comme la planification selon la motivation de l'enfant. On peut y ajouter d'autres compétences comme la persévérance, la motricité fine et globale, le tonus,...* » (Ergothérapeute en libéral). Les activités sportives et de relaxation vont par exemple pouvoir agir sur le « *renforcement musculaire et le travail de l'équilibre* » (Ergothérapeute en EHPAD).

#14 Nature des explications de l'utilisation des activités

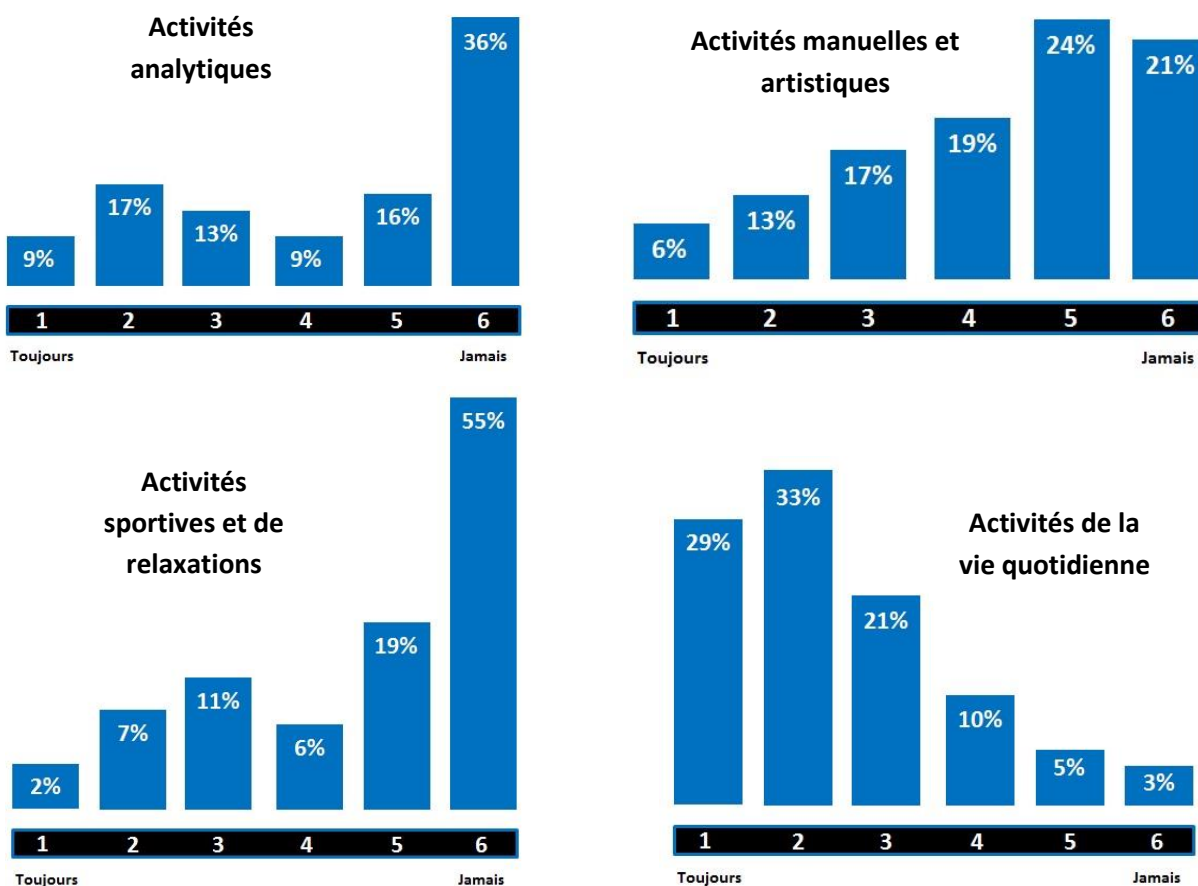


5.1.3 Des activités qui ont du sens

Par ces différentes analyses, on peut mettre en avant deux tendances. D'un côté des éléments révélant un paradigme centré sur la personne et ses activités au sein de la pratique de l'ergothérapie et de l'autre des caractéristiques centrées sur la pathologie. D'autres facteurs vont nous permettre de préciser les choses plus clairement.

Lors de l'analyse des questionnaires, nous nous sommes aperçus que les activités étaient utilisées par un grand nombre d'ergothérapeutes. 64% pour les activités analytiques, 79% pour les activités manuelles et artistiques et 97% pour les activités de la vie quotidienne. Seules les activités sportives et de relaxation sont moins utilisées 45% car essentiellement mise en place par les professeurs d'activités adaptés (APA) pour les activités sportives et en psychomotricité pour la relaxation. Seules les activités de la vie quotidienne sont utilisées à des fréquences importantes.

#15 Fréquence d'utilisation des activités

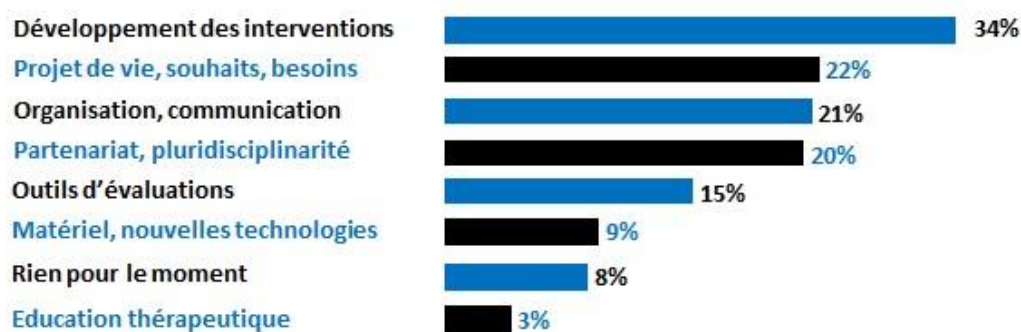


Un grand nombre d'ergothérapeutes semblent de plus en plus mettre de côté les activités analytiques car elles peuvent manquer de sens et de concret pour les personnes au contraire des activités manuelles et artistiques par exemple. L'activité reste donc thérapeutique mais les ergothérapeutes recherchent également qu'elle soit signifiante et significative ou qu'elle fasse partie des habitudes de vie de la personne. « Les activités analytiques sont peu signifiantes et significatives pour

l'enfant et pour moi-même. De plus, il est très difficile de conserver l'attention et la disponibilité de l'enfant sur ce genre d'activité. » (Ergothérapeute en centre de rééducation). Les activités manuelles et artistiques sont ainsi « *des activités que les patient aiment réaliser et qui peuvent permettre une rééducation efficace* » (Ergothérapeute en SSR). Ces activités permettent d'associer une double problématique : répondre à des objectifs rééducatif tout en suscitant de la motivation et de la satisfaction. Ainsi, « *elles sont souvent bien appréciées par les jeunes et permettent de mettre en place les objectifs (travail des différentes préhensions, coordination bimanuelle et oculo-manuelle,...) et ils aiment beaucoup repartir avec un objet au domicile (satisfaction, valorisation)* » (Ergothérapeute en IEM).

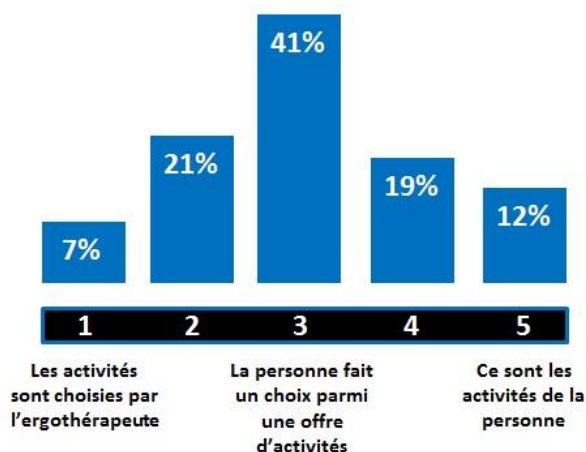
Dans l'évolution de la pratique, les changements, les modifications mis en place depuis que les ergothérapeutes sont présents dans la structure apparait la volonté de donner du sens aux interventions, d'utiliser des activités signifiantes et significatives, de s'impliquer dans les habitudes et le projet de vie des personnes.

#20 Evolutions de la pratique depuis l'arrivée des ergothérapeutes dans la structure



On peut corréliser ces différentes données au fait que les activités utilisées par les ergothérapeutes sont principalement des activités choisies par les personnes parmi un panel proposé par la structure cela permet alors de répondre efficacement à la double problématique mis en avant précédemment.

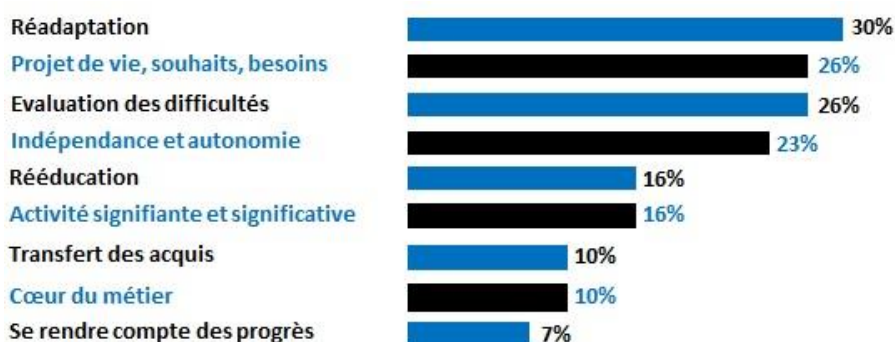
#21 Choix des activités



5.1.4 Les activités de la vie quotidienne, cœur de métier de l'ergothérapeute

Nous l'avons vu, les activités de la vie quotidienne sont très majoritairement pris en compte par les ergothérapeutes, elles sont utilisées parce qu'elles sont signifiantes et significatives, elles permettent d'être concret et de s'ancrer dans la réalité. Elles vont permettre à la fois à la personne de refaire des activités qui correspondent à ses habitudes, ses souhaits, son projet de vie (26%) afin que l'ergothérapeute puisse mener des actions de réadaptation (30%) mais également de faire travailler les fonctions, de développer et de maintenir les capacités (16%).

#18 Explication de l'utilisation des activités de vie quotidienne



Il est néanmoins nécessaire de nuancer ses résultats. En effet, chaque réponse regroupe plusieurs de ces explications. Ainsi, l'activité de vie quotidienne est une activité complète à la fois signifiante et significative, faisant partie du projet de vie et

des habitudes de la personne mais pouvant également être utilisé pour l'exercice des déficiences. « *Parce que c'est là que les gènes se trouvent, et cela permet d'apprendre la manière la moins coûteuse de faire ces activités. On travaille également les fonctions cognitives, la motricité, la persévérance. Ces activités sont plus facilement généralisées et peuvent être reproduites en famille* » (Ergothérapeute en libéral). Ce sont des activités complètes utilisées « *pour tout : rééducation de troubles dysexécutifs, de troubles praxiques, réadaptation, évaluation, travail moteur...* » (Ergothérapeute en FAM). On comprend alors leurs prépondérances dans la pratique de l'ergothérapie ; « *C'est ce qui fait la spécificité de l'ergothérapie, l'amélioration des capacités fonctionnelles en situation* » (Ergothérapeute en SSR).

5.1.5 Le secteur Médico-social à l'avant-poste du changement paradigmatique

Si d'une manière globale, la pratique de l'ergothérapie reste très centré sur la pathologie des personnes dans ses explications, on peut entrevoir une ouverture au sein du secteur médico-social.

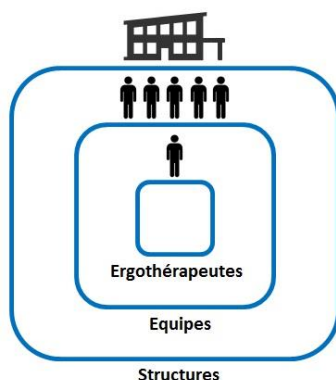
En effet, sur les 42 questionnaires mettant en avant uniquement des éléments centrés sur la personne et ses activités, la très grande majorité (74%) appartiennent à des structures médico-sociales. Nous pouvons également dénombrer 5 questionnaires regroupant l'ensemble des éléments que nous avons utilisés comme caractéristiques du paradigme centré sur la personne et ses activités. 100% de ces questionnaires appartiennent à des structures médico-sociales au premier rang desquelles les SAMSAH et SAVS.

5.2 Des facilitateurs et des obstacles à l'évolution de la pratique

Nous avons interrogé les ergothérapeutes sur les facilitateurs et les obstacles qu'ils pouvaient ressentir dans l'évolution de leurs pratiques (Annexe #8).

L'analyse de ses résultats couplée à d'autres éléments suit 3 niveaux d'analyses. Un premier niveau propre aux structures, un second niveau propre aux équipes et un dernier niveau relatif aux ergothérapeutes eux-mêmes.

#26 Niveaux d'analyse des facilitateurs et des obstacles



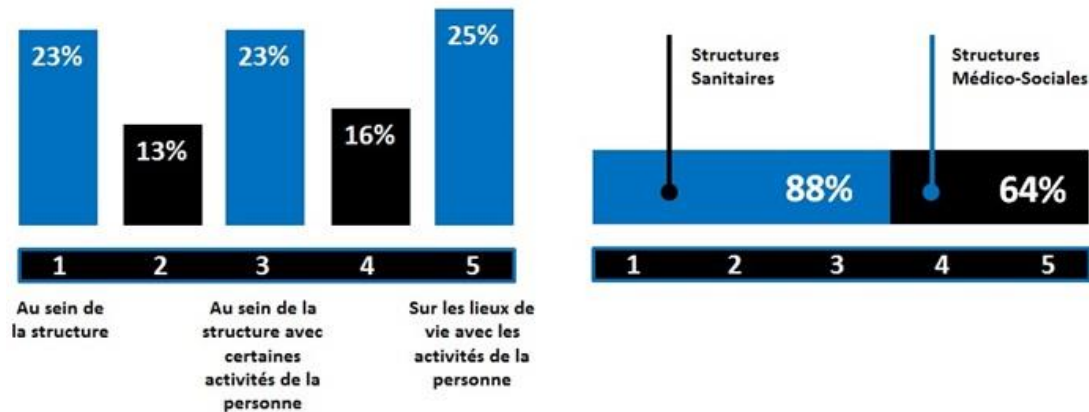
5.2.1 Des éléments propres aux structures

Dans un premier temps, nous avons croisé les orientations en fonction des paradigmes avec le domaine de travail de l'ergothérapeute interrogé. En fonction d'un partage des structures entre médico-social et sanitaire ou entre lieu de vie et soins de suite et de réadaptation, le test du khi 2 démontre une dépendance des variables (les secteurs psychiatrie et libéral n'ont pu être pris en compte faute de données suffisamment importantes). Ainsi, le secteur des structures et l'orientation dans un paradigme sont liés. Un secteur sanitaire ou rééducatif sera globalement plus orienté vers le paradigme patho-centré en comparaison à un secteur médico-social ou un lieu de vie. L'organisation des structures, leurs modes de fonctionnement, leurs législations semblent ainsi agir comme des cadres orientant le développement d'un paradigme plutôt qu'un autre. D'ailleurs, en ce qui concerne le lieu des interventions, les structures du secteur sanitaire vont majoritairement intervenir au sein de la structure que sur les lieux de vie des personnes et inversement pour les structures médico-sociales.

De même, lorsque les activités choisies sont exclusivement celles de la personne, cela correspond à 77% de structures Médico-Sociales et 23% de structures sanitaires. Ces différents éléments semblent donc aller dans le sens de facteurs propres aux structures qui vont cadrer les organisations, les publics accueillis, les

interventions offertes... En effet, chaque domaine et structure repose sur une organisation et des modalités d'interventions régies par des lois afin de répondre à un besoin spécifique. Ce cadre va ainsi permettre une évolution facilitée ou limitée de la pratique en fonction des paradigmes.

#24 Lieu des interventions



5.2.2 Des éléments propres aux équipes

Les éléments appartenant au paradigme centré sur la personne et ses activités sont bien mis en avant par les ergothérapeutes comme évolution souhaitable de la pratique (Annexe #9).

Mais des éléments propres aux équipes sont mis en avant comme pouvant constituer aussi bien des obstacles que des facilitateurs à cette évolution. Ainsi, la volonté hiérarchique semble être à la fois un facteur permettant cette évolution tout en étant dans des proportions identiques (61%) un obstacle à cette évolution. La volonté de l'équipe en elle-même est majoritairement mise en avant par les ergothérapeutes comme étant un facilitateur (60%) comparativement à sa mise en avant comme frein (36%). Il semble que les équipes souhaitent majoritairement cette évolution et que les volontés hiérarchiques vont pouvoir accélérer ou au contraire freiner cette demande. Même si la volonté des équipes semble être là, il y a une différence entre le désir et la réalisation de cette envie. Ici, l'obstacle principal mis en avant par les professionnels prend tout son sens. En effet, 69% des ergothérapeutes présente la difficulté de changer les habitudes comme un frein à l'évolution de la pratique. Enfin, un élément source d'évolution et très présent dans les réponses

concerne la formation continue comme facilitateur à l'évolution de la pratique de l'ergothérapie (71%).

5.2.3 Des éléments propres aux ergothérapeutes

Des éléments propres aux ergothérapeutes eux-mêmes vont pouvoir influencer sur l'évolution de la pratique de l'ergothérapie. Nous avons pu croiser l'orientation dans un paradigme en fonction de l'expérience des personnes afin de voir si dans la pratique un facteur générationnel venait moduler l'orientation dans un paradigme. Nous aurions alors pu retrouver les jeunes générations préférentiellement au sein du paradigme centré sur la personne et ses activités et les ergothérapeutes ayant le plus d'expériences au sein du paradigme centré sur la pathologie. De manière à éliminer un biais, nous avons utilisé dans un premier temps le test du khi 2 entre expérience et domaine des structures. Ces deux variables sont indépendantes, toutes les générations se retrouvent ainsi aussi bien dans le domaine sanitaire ou médico-social que dans la rééducation ou les lieux de vie. On retrouve ensuite une indépendance entre orientation paradigmatique et expérience. Même si les ergothérapeutes mettent en avant leur expérience professionnelle comme source d'évolution de la pratique (44%), cela n'a pas d'impact sur l'évolution de la pratique d'un point de vu paradigmatique. Si dans notre pré-enquête, les ergothérapeutes ayant moins de 5 années d'expériences avaient une vision de l'ergothérapie orientée vers le paradigme centré sur la personne et ses activités, il ne semble pas que cela est un impact aujourd'hui dans leurs pratiques.

La formation initiale ne constitue pas un frein ou un facilitateur à l'évolution de la pratique de l'ergothérapie contrairement à la participation à des congrès, à des assises ou la lecture d'articles scientifiques qui est mis en avant comme source de changement (40% et 42%). Les ergothérapeutes présentent la connaissance des modèles conceptuelles comme pouvant être facteur d'évolution de la pratique, mais cela reste dans une proportion plutôt faible (24%) comparativement aux autres données. Néanmoins, le croisement entre orientation paradigmatique et utilisation d'un modèle conceptuel grâce au khi 2 met en avant une dépendance des deux facteurs. Les ergothérapeutes ayant une orientation centrée sur la personne et ses activités utilisent préférentiellement des modèles conceptuelles. En poussant les

analyses par rapport au type de modèle utilisé (patho-centré, systémique, centré sur la personne et ses activités et ambivalent), le khi 2 présente une dépendance entre orientation paradigmatique et type de modèle. Les ergothérapeutes ayant une pratique orientée vers le paradigme centré sur la personne et ses activités utilisent préférentiellement des modèles s'y rapportant (Modèle de l'Occupation Humaine, Modèle Canadien du Rendement Occupationnel, Modèle Ludique...). L'utilisation d'un modèle conceptuel peut donc être un facteur facilitant l'évolution de la pratique de l'ergothérapie dans le paradigme où le modèle se situe.

Discussion

Constat sur les hypothèses

Evolution du paradigme vs changement paradigmatique

Il apparaît donc que l'évolution de la pratique de l'ergothérapie aujourd'hui va globalement dans le sens d'une optimisation du « *principe opératoire de l'ergothérapie* » (MEYER, 2013) en prenant en compte de plus en plus d'éléments pour guider les interventions, en impliquant la personne, en lui permettant de faire des choix et en utilisant des activités faisant sens pour elle. Pourtant, la pathologie et le développement des déficiences reste pour le moment l'élément premier des interventions faisant très majoritairement de l'activité un outil thérapeutique. Si l'on analyse de plus près les choses, on entrevoit une légère ouverture vers une pratique centré sur la personne et ses activités au sein du secteur médico-social.

L'hypothèse 1 n'est que partiellement confirmée. Le postulat de base sur laquelle elle repose, un changement de paradigme dans la pratique de l'ergothérapie ne reflète qu'une partie de la réalité du terrain. Si l'on parle de l'évolution de la pratique dans son ensemble cela correspond à une évolution du paradigme centré sur la pathologie qui évolue vers une prise en compte de plus en plus importante de la personne.

Trois niveaux d'analyses des facilitateurs et des obstacles

L'hypothèse 2 est validée. Il existe des éléments facilitant l'évolution de la pratique de l'ergothérapie d'un point de vu paradigmatique :

- La formation continue
- la participation à des congrès, à des assises ou la lecture d'articles scientifiques

Des éléments pouvant faire obstacle à l'évolution de la pratique de l'ergothérapie d'un point de vu paradigmatique :

- La modification des habitudes de fonctionnement

Des éléments mixtes pouvant aussi bien être considérés comme des facilitateurs ou des obstacles à l'évolution de la pratique de l'ergothérapie d'un point de vu paradigmatique :

- Le secteur de l'établissement et le cadre législatif relatif au fonctionnement et à l'organisation des structures.
- La volonté hiérarchique
- Le type de modèle conceptuel utilisé

Les limites de l'analyse des résultats

Ce travail présente des limites, des ambiguïtés qu'il convient maintenant de présenter. Au sein de ce mémoire, il a été difficile de trouver de la littérature en français permettant de comprendre la construction des paradigmes et leurs évolutions. Il semble qu'une dissociation au sein du paradigme centré sur la personne et ses activités entre d'une part les éléments centrés sur la personne et d'autre part les éléments centrés sur l'activité aurait permis une analyse plus claire des différents paradigmes en présence et de l'évolution du paradigme centré sur la pathologie en particulier. Au sein de notre questionnaire de recherche, l'activité a été mis en avant avec le terme « utiliser » ce qui a pu frustrer les ergothérapeutes les plus impliquées dans la réadaptation et influencer les réponses de l'activité comme moyen thérapeutique. De même, l'activité jeu n'est pas présente dans le questionnaire et a été répercutée au sein des activités manuelles et artistiques.

Conclusion

Nous avons pu mettre en avant au sein du champ de l'ergothérapie le passage d'une vision centrée sur la pathologie à une vision centrée sur la personne et ses activités. Nous nous sommes alors interrogés sur cette transition au sein de la pratique de l'ergothérapie. Cette recherche a mis en lumière d'une part des éléments facilitant ou freinant ce passage et d'autre part une plus grande prise en compte de la personne dans les interventions en ergothérapie. Si cela constitue une évolution indéniable de la pratique de l'ergothérapie, on ne peut parler en 2016 de véritable changement paradigmatique. De manière à faire évoluer la pratique de l'ergothérapie, deux moyens peuvent être pris en compte. D'une part s'approprier de nouvelles technologies, techniques, protocoles... en lien notamment avec la pratique fondée sur les preuves (MOREL-BRACQ, 2008). D'autre part, faire évoluer sa pratique, c'est également adopter une attitude de praticien réflexif consistant à « *questionner les processus, les raisonnements, les actions afin d'évaluer et éventuellement modifier son exercice professionnel* » (MOREL-BRACQ, 2009). Ce mémoire s'ancre dans cette seconde perspective.

L'ergothérapie semble engagée vers un changement de vision qui ne s'exprime pas encore au sein de la pratique. Quelle prise en compte des facilitateurs et des obstacles mis en évidence de la part des initiateurs de cette transition ? Cette étude peut apporter des pistes de réflexions à la constitution d'un plan d'action visant la continuité et la poursuite d'un changement.

Nous terminerons en nous tournant vers l'avenir de l'ergothérapie. Si le développement du paradigme centré sur la pathologie a permis un enracinement au sein du secteur sanitaire, le développement du paradigme centré sur l'activité ne permettra-t-il pas quant à lui l'ancrage au sein du secteur médico-social ? Si un numéro spécial de la revue française d'ergothérapie était consacré à l'ergothérapeute de demain (ANFE Ergothérapie n°59, 2015), à terme, ne devrions-nous pas parler DES ergothérapeutes de demain ? Deux ergothérapeutes exerçant dans deux secteurs et deux paradigmes différents. Deux ergothérapeutes distincts mais complémentaires.

Références bibliographiques

Ouvrages

DUNCAN. E. *Foundations for practice in occupational therapy (4^e ed)*. Edinburgh : Elsevier Churchill Livingstone, 2006

IKIUGU et SCHULTZ. *An argument for pragmatism as a foundational philosophy of occupational therapy*. Canadian journal of occupational therapy. 2006, vol 73/2, p.86-97

IKIUGU Moses et CIARAVINO Elisabeth. *Psychosocial conceptual practice models in occupational therapy*. USA, Missouri, Saint louis : Mosby Elsevier, 2007, 512 p.

KUHN Thomas. *The Structure of Scientific Revolutions*. USA, Chicago : The University of Chicago Press, 1970. Traduction française, *La structure des révolutions scientifiques*. France : Paris : Flammarion, 2008, 284 p.

MACCHANDLESS David. *Information is Beautiful*. HarperCollins, UK, 2014, 224 p.

MACCHANDLESS David. *Knowledge is Beautiful*. HarperCollins, UK, 2014, 256 p.

MEYER Sylvie. De l'empirisme à la pratique probante : l'émergence de l'*Evidence Based Practice* p. 61 in TROUVE Eric et al. *Recherche en ergothérapie : pour une dynamique des pratiques*. Solal éditeur, Marseille, 2011, 396 p.

MEYER Sylvie. *De l'activité à la participation*. France : De Boeck Solal, 2013, 274 p.

MOREL-BRACQ. « Evidence Bases Practice » ou Pratique Fondée sur les Preuves in CAIRE Jean-Michel et all. *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. France. Marseille : Solal, 2008

MOREL-BRACQ. *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. France, Marseille : Solal, 2009, 174 p

RICHARD, COLVEZ, BLANCHARD. *Des représentations aux référentiels de pratique en ergothérapie*. In TROUVE Eric et al. *Recherche en ergothérapie : pour une dynamique des pratiques*. France. Marseille : Solal, 2011, 13 p.

YERXA, CLARK, JACKSON et al. *An introduction to occupational science, A foundation for occupational therapy in the 21st century*. Occupational Therapy in Health Care, 6(4), 1-17, 1989

Articles

ANFE. Numéro spécial : L'ergothérapeute de demain. La revue française de l'ergothérapie. Ergothérapie. N°59, Octobre 2015

KREFTING. *The use of conceptual models in clinical practice*. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1985, 52(4), p.175-178.

LAW, COOPER, STRONGF et al, 1996. *The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance*. Canadian Journal of Occupational Therapy. 63(1):9-23.

PAIN Alexandre. *Finances hospitalières*. Mensuel septembre 2012, n°61

TROUVE Eric. Discours de clôture des 3èmes Assises de l'ergothérapie. Le monde de l'ergothérapie, 2015, N°26.

TROUVE, OFFENSTEIN et AGATI. *L'ergothérapeute de demain en France*. Journal ergothérapies. Octobre 2015, N°89 p.5-11

Autres

ACE. *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Canada : ACE, 2012, 33 p.

ADENOT. P. *Et si l'ergothérapie se faisait savoir : promotion de l'ergothérapie contemporaine en France*. Diplôme de Cadre de santé (IFCS-AP/HP). Master 1

Economie de la santé et des politiques sociales. Spécialités Economie et Gestion de la Santé. Université Paris-Dauphine, 2013, 103 p.

ANESM. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles. Décembre 2008

ANFE. *Document de positionnement : Les rapports entre les usagers et l'ergothérapie*. France : ANFE, 2011

Annexe 1 relatif au Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute. Référentiel d'activité. Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports, 2010

Annexe 2 relatif au Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute. Référentiel de compétence. Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports, 2010

BEGUIN BOTOCRO. R. *Ergothérapie, épistémologie et méthodologie. L'ergothérapie au quotidien : un regard ethnométhodologique*. Mémoire de recherche en vue de l'obtention de la maîtrise en science de l'éducation. UFR des sciences humaines, Département des sciences de l'éducation. Université Rennes II, 2000, 70 p.

CESET. *Profil professionnel de l'ergothérapie*. Suisse, 2005

Circulaire DGS/DH/95-22 du 6 mai 1996 relatif à la charte du Patient Hospitalisé. Modifiée suite à la loi 2002-203 du 4 mars 2002

Conférence européenne des associations. « Enfant à l'hôpital », 1988

Décret d'acte n° 86-1195 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie. 1986

DORVAL. T. *Ergothérapie l'identité dans le flou des repères*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme de Cadre de Santé. Institut de formation des cadres de santé. Montpellier, 2013, 120 p.

HAS. *Démarche centrée sur le patient, informations, conseils, éducation thérapeutique, suivi*. Mise au point... Organisation des parcours. Mai 2015

MARCHALOT – ARNHOLTZ Isabelle. *En quoi la sollicitation de la formation continue par les ergothérapeutes est-elle en lien avec leur identité professionnelle et l'identification de leurs compétences*. Mémoire pour l'obtention du Master Ingénierie et conseil en formation. Université de Rouen, 2007, 132 p.

Ministère des affaires sociales et de l'emploi. Décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie. Journal Officiel du 23 novembre 1986

Ministère des affaires sociales et de la santé. Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. 2007

Ministère des affaires Sociales et de la Santé. Dossier solidarité et santé. *Evolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts*. N°25, 2012

Ministère de la santé et des sports. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. *Etude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière, monographie d'ergothérapeutes*. Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière. Décembre 2008

Ministère de la santé et des sports. *2011 : année des patients et de leurs droits, dossier de presse*. 2010

MOREL-BRACQ. *Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie : Quelle place peut prendre la problématisation et en particulier la construction du problème dans la formation à l'analyse d'activité en ergothérapie, en relation avec l'analyse de pratique ?* Mémoire de recherche sous la direction de M. Pierre CLANCHE, Master Conseil Pédagogique en Formation d'Enseignement. Université Victor Segalen Bordeaux 2, U.F.R. des sciences de l'homme, Département des sciences de l'éducation, 2006, 76 p.

SIFEF, *La formation des ergothérapeutes en France état des lieux et perspectives*, 2013

TROUVE Eric. *Rapport sur les évolutions de la pratique en ergothérapie pour l'adaptation de la formation aux enjeux professionnels*. ANFE, 2014

TURLAN Nicole. *L'autonomie : un concept clé pour l'ergothérapie ?*. Institution de formation de cadres de santé, Montpellier, 1997

WFOT. *Clientcentredness in OT Position Statement*. USA, 2010

Ressources internet

Maladies chroniques et vieillissement, santé 2025. En ligne : <http://www.sante-2025.org>. Consulté le 09/05/2016

LECLERC et GOSSELIN. *Intervention précoce en ergothérapie*. Portail enfance et familles. Université de Montréal. En ligne : <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/intervention/intervention-precoce>. Consulté le 09/05/2016

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe #1

Glossaire I

Annexe #2

Définition(s) de l'ergothérapie par les ergothérapeutes ayant moins
de 5 années d'expériences II

Annexe #3

Fondamentaux de l'ergothérapie mis en avant par les ergothérapeutes
ayant moins de 5 années d'expériences IV

Annexe #4

Les 4 profils identitaires des ergothérapeutes selon RICHARD,
COLVEZ et BLANCHARD, 2011 V

Annexe #5

Sentiment d'un décalage de vision par rapport aux générations
précédentes : pourquoi ? VII

Annexe #6

Questionnaire de recherche IX

Annexe #7

Analyse de la population XXI

Annexe #8

Facilitateurs et freins à l'évolution de la pratique ergothérapique XXII

Annexe #9

Evolution de la pratique voulu par les ergothérapeutes XXIII

Annexe #1

Glossaire

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ANESM : Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-Sociale

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Activité Physique Adapté

CAOT : Canadian Association of Occupational Therapist

CRP : Centre de Rééducation Professionnel

DMS : Durée Moyenne des Séjours

EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HAS : Haute Autorité de Santé

IEM : Institut d'Education Motrice

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

MCRO : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

PPI : Projet Personnalisé d'Intervention

PPS : Projet Personnalisé de Soins

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Aide à la Vie Sociale

SESSD : Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile

SIFEF : Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français

SSR : Soins de Suites et de Réadaptation

UE : Unité d'Enseignement

USC : University of Southern California

WFOT : World Federation of Occupational Therapist

Annexe #2

Définition(s) de l'ergothérapie par les ergothérapeutes ayant moins de 5 années d'expériences

Quoi ?

Une profession
Paramédicale

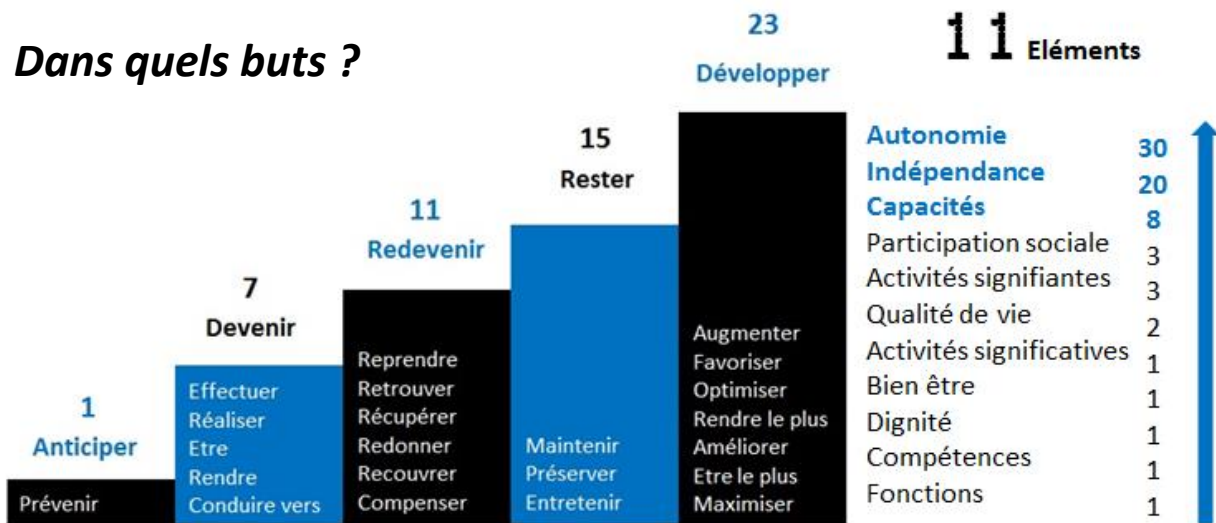
Qui ?

Un professionnel
Paramédical

Pour qui ?

Personnes en
situation de handicap

Dans quels buts ?



Où ?

Activités
de la vie
quotidienne

17

Par quels moyens ?

Mises en situations (2)
 Réhabilitation (2) Rééducation (20)
 Exercices globaux (1) Techniques de compensation (6)
 Aides techniques (5) Exercices analytiques (1) Education (1)
 Adaptations (1) Réadaptation (19)
 Activités (18) Réinsertion (7)
 Aménagement (3)

13 Types d'activités

13 Éléments

*Qu'est-ce qu'on
prend en compte ?*

19 Eléments



Environnement	8
Incapacités	4
Capacités	4
Vie quotidienne	3
Globalité	3
Projet de vie	2
Besoins	2
Situations de handicap	2
Déficiences	1
Attentes	1
Participation	1
Aptitudes	1
Famille	1
Entourage	1
Activité	1
Autres professionnelles	1
Personne	1
Occupation	1
Profil	1

Définition globale : L'ergothérapie est un professionnel paramédical de rééducation et de réadaptation, par l'activité. Il permet aux personnes en situation de handicap de retrouver, de maintenir et d'améliorer leur autonomie et leur indépendance dans les activités de la vie quotidienne en prenant en compte les capacités et incapacités de la personne ainsi que son environnement.

Annexe #3

Fondamentaux de l'ergothérapie mis en avant par les ergothérapeutes ayant moins de 5 années d'expériences

ERGOTHERAPIE

23

16	Vision globale, holistique
10	Centré sur la personne
10	Lien avec les AVQ
8	Environnement écologique
7	Activité thérapeutique
7	Vision fonctionnelle
7	Indépendance et autonomie
6	Analyse d'activité
4	Connaissances
3	Projet de vie
3	Réadaptation
3	Aides techniques
2	Habitudes de vie
2	Techniques de compensations
2	Loisirs
1	Education thérapeutique
1	Empowerment
1	Soins personnels
1	Aménagements
1	Réinsertion
1	Evaluation
1	Préhensions et praxis
1	Prendre soin

ERGOTHERAPEUTE

18

Adaptabilité	5
Empathie	5
Ecoute	5
Observation	4
Travail en équipe	3
Compétences relationnelles	2
Humanisme	2
Créativité	2
Etre débrouillard	1
Imagination	1
Ouverture d'esprit	1
Réflexion	1
Etre manuel	1
Coordination	1
Remise en question	1
Compromis	1
Analyse	1
Compétence	1

Annexe #4

Les 4 profils identitaires des ergothérapeutes selon RICHARD, COLVEZ et BLANCHARD, 2011

L'analyse qui a été faite des données recueillis auprès des professionnels, tant lors des entretiens que dans les questionnaires, a permis d'établir 4 profils d'ergothérapeutes correspondant à des tendances de représentations [...] :

L'ergothérapeute "idéaliste" : les ergothérapeutes qui se situent dans cette catégorie abordent le métier dans sa globalité et lient son évolution aux mutations sociales. Ils définissent l'ergothérapie à partir de valeurs et de principes forts : adaptabilité, empathie, globalité, éthique et accompagnement. Ils ont confiance dans l'avenir du métier parce qu'ils se sentent forts d'une technicité et surtout d'une approche que n'ont pas les autres professionnels.

L'ergothérapeute "agissant" : Les ergothérapeutes de cette catégorie abordent essentiellement leur métier dans une dimension pratique, concrète et fonctionnelle. L'essentiel pour eux est dans la pratique, peu important les modèles conceptuels sur lesquels s'appuyer ou les outils à utiliser. Chaque situation amène à construire dans l'intérêt du patient et seule compte cette réalité. Les mots-clés qu'ils mettent en avant sont : l'anticipation, la technicité, l'approche globale, l'activité et l'adaptation.

L'ergothérapeute "traditionnel" : Cette catégorie regroupe souvent les ergothérapeutes les plus anciens dans la profession ou ceux qui bénéficient d'autres approches conceptuelles, souvent à l'étranger. Ils ont une conception traditionnelle et claire du métier, des publics à accompagner, des lieux d'exercices. Ils ont pris du recul vis-à-vis de leur pratique, ont perçu des évolutions et s'y sont adaptés. Et surtout ils regrettent souvent que les ergothérapeutes, par souci de s'affirmer et de trouver une légitimité d'action auprès des patients, acceptent des rôles qui ne sont pas les leurs (comme les ergothérapeutes qui remplacent les kinésithérapeutes dans certains hôpitaux). Ils rendent à la définition de l'ergothérapie des concepts clés qui sont la rééducation et la réadaptation par l'activité et ne comprennent pas les raisons qui poussent les nouvelles générations à vouloir en sortir. Les mots clés qu'ils mettent également en avant sont : l'activité, la rééducation, la réadaptation et le travail en équipe pluridisciplinaire.

L'ergothérapeute "contestataire" : Cette dernière catégorie d'ergothérapeutes concerne surtout les jeunes arrivés dans le métier. Ils donnent une définition assez floue du métier et souhaitent davantage de reconnaissance dans le milieu professionnel. Ils revendiquent leur légitimité et axent leur pratique sur leur technicité. Ce sont les professionnels qui se sentent le plus à l'aise dans l'exercice libéral et ils justifient cette prise de position par les besoins identifiés des personnes aujourd'hui. Ils ne comprennent pas que les ergothérapeutes restent en institution et annoncent que l'avenir du métier est à l'extérieur. Les mots-clés qu'ils déclinent sont : la désinstitutionalisation, la technicité, l'approche globale, le soin.

Ces 4 catégories représentent respectivement pour l'ensemble des ergothérapeutes ayant participé (57 ergothérapeutes au total) à l'étude :

15% idéalistes / 47% agissants / 8% traditionnels / 30% contestataires

Annexe #5

Sentiment d'un décalage de vision par rapport aux générations précédentes : pourquoi ?



Nouveauté : Méconnaissance des nouvelles technologies, des nouvelles techniques, des nouvelles évaluations et outils validés. Absence de pratique basée sur les preuves. Présence d'un certain conservatisme.

Centré sur la personne : Utilisations d'activités analytiques, n'ayant pas forcément de sens pour la personne. Vision globale limitée notamment dans la prise en compte de l'environnement écologique.

Moyens : Utilisation de méthodes (psychodynamique) et d'activités différentes (Manuelles, artisanales et occupationnels).

Concepts : Méconnaissance des nouveaux concepts et modèles en ergothérapie. Définition différente de la profession.

Annexe #6

Questionnaire de recherche

Évolution de la pratique de l'ergothérapie

Vous êtes ergothérapeute ?... ça tombe plutôt bien ce questionnaire est fait pour vous !

L'ergothérapie serait actuellement en train de se modifier profondément ! Mais dans la pratique de chaque ergothérapeute, comment cela se traduit-il ?

Sans vous je ne sais pas, alors n'hésitez pas à répondre à ce questionnaire, laissez-moi votre adresse mail à la fin et je vous enverrais les résultats.

Si d'autre part vous avez des recommandations et/ou des conseils sur ce sujet, j'en serais très intéressé. Voici mon adresse mail : vincent.haslouin@gmail.com

Ce questionnaire est totalement anonyme

Merci de votre aide

Vincent

SUIVANT



Formulaire rempli à 6 %

Évolution de la pratique de l'ergothérapie

*Obligatoire

C'est parti !

En quelle année avez-vous été diplômé ? *

Votre réponse

RETOUR

SUIVANT



Formulaire rempli à 12 %

Évolution de la pratique de l'ergothérapie

*Obligatoire

Lieu de pratique

Dans quel structure travaillez-vous aujourd'hui ? *

Si vous travaillez dans plusieurs structures, veuillez indiquer celle ou vous êtes le plus impliqué(e). Elle servira de base pour la suite

Votre réponse

Depuis combien de temps ? *

Votre réponse

Quel(s) terme(s) utilisez-vous pour désigner les personnes que vous suivez ? *

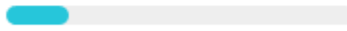
- Patients
- Clients
- Usagers
- Bénéficiaires
- Résidents
- Autre : _____

Utilisez-vous un ou plusieurs modèle(s) de pratique pour guider votre intervention ? *

Sélectionner ▼

RETOUR

SUIVANT



Formulaire rempli à 18 %

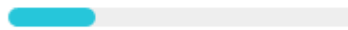
Modèles de pratique

Quel(s) modèle(s) de pratique utilisez-vous ? *

Votre réponse

RETOUR

SUIVANT



Formulaire rempli à 25 %

Pratique de l'ergothérapie

Cochez les 3 termes qui correspondent le plus à votre pratique de l'ergothérapie ? *

Déficiences : désignent des problèmes dans la fonction organique (y compris cognitives et psychologiques) ou la structure anatomique, tels un écart ou une perte importante.

- Professionnel
- Protocole / Technique
- Rendement / Rentabilité
- Activités signifiantes et significatives
- Santé / Paramédicale
- Compétence
- Environnement écologique
- Analytique
- Occupationnel / Animation
- Routine de pratique
- Partenariat
- Récupération des déficiences

Cochez les 3 termes qui correspondent le moins à votre pratique de l'ergothérapie ? *

Déficiences : désignent des problèmes dans la fonction organique (y compris cognitives et psychologiques) ou la structure anatomique, tels un écart ou une perte importante.

- Professionnel
- Partenariat
- Analytique
- Activités signifiantes et significatives
- Récupération des déficiences
- Routine de pratique
- Rendement / Rentabilité
- Compétence
- Santé / Paramédicale
- Environnement écologique
- Occupationnel / Animation
- Protocole / Technique

Définition

Quelle définition de l'ergothérapie correspond le plus à votre pratique ? *

- L'ergothérapie a pour objectif de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer ; elle consiste en des actes et activités réalisés de façon manuelle ou instrumentale.
- L'ergothérapie a pour objectif de permettre aux personnes non seulement de participer aux activités qu'ils veulent réaliser, mais aussi de faire toutes les choses qu'ils ont besoin de faire ou qu'on attend qu'ils réalisent socialement et culturellement ; elle consiste en tous les moyens permettant d'y parvenir.
- L'ergothérapie a pour objectif de contribuer au traitement des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps ; elle consiste en des situations d'activités et de travail en vue de solliciter les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle.

Premier dans votre pratique

Déficiences : désignent des problèmes dans la fonction organique (y compris cognitives et psychologiques) ou la structure anatomique, tels un écart ou une perte importante.

Restriction de participation : désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle.

Qu'est-ce que qui va guider votre pratique et que vous considérez comme premier ? *

- Les activités de la personne et ses restrictions de participation
- La pathologie de la personne et ses déficiences
- Difficile de trancher
- Autre : _____

Éléments incontournables

Déficiences : désignent des problèmes dans la fonction organique (y compris cognitives et psychologiques) ou la structure anatomique, tels un écart ou une perte importante.

Quels éléments prenez-vous en compte, recherchez-vous, évaluez-vous au cours de votre intervention ? *

- Les déficiences
- Les habitudes de vies
- Les activités de soins personnels (Toilette, Habillage...)
- L'activité professionnelle (productivité)
- L'activité de loisir
- L'environnement physique
- L'environnement social
- Les envies de la personne
- La satisfaction de la personne
- Autre : _____

Type d'activités

Dans votre pratique, vous utilisez des activités manuelles et artistiques... *

Macramé, mosaïque, poterie, terre, peinture, théâtre, musique, écriture...

	1	2	3	4	5	6	
Toujours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jamais

Lesquelles ?

Votre réponse

Pourquoi ?

Votre réponse

Dans votre pratique, vous utilisez des activités sportives ou de relaxation... *

Football, course à pied, tennis de table, basket ball, gym douce, méditation...

	1	2	3	4	5	6	
Toujours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jamais

Lesquelles ?

Votre réponse

Pourquoi ?

Votre réponse

Dans votre pratique, vous utilisez des activités analytiques... *

Déplacement de cônes, déplacement de pions avec une pince, arbre à anneaux, bac de graines...

	1	2	3	4	5	6	
Toujours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jamais

Lesquelles ?

Votre réponse

Pourquoi ?

Votre réponse

Dans votre pratique, vous utilisez des activités de la vie quotidienne... *

Cuisine, toilette, habillage, situation professionnelle, situation de loisir

	1	2	3	4	5	6	
Toujours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jamais

Lesquelles ?

Votre réponse

Pourquoi ?

Votre réponse

Choix des activités

1. Les activités sont choisies par l'ergothérapeute.
- 2.
3. La personne fait un choix parmi une offre d'activités.
- 4.
5. Ce sont les activités de la personne.

Les activités correspondent au choix... *

	1	2	3	4	5	
De l'ergothérapeute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	De la personne

Lieu des activités

1. Au sein de la structure
- 2.
3. Au sein de la structure avec certaines activités de la personne
- 4.
5. Sur les lieux de vie avec les activités de la personne

L'intervention s'effectue... *

	1	2	3	4	5	
Au sein de la structure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sur les lieux de vie

Développement de la pratique

Quels changements / modifications / évolutions / projets avez-vous pu mettre en place depuis votre arrivée dans la structure ?

Votre réponse

Citez les 3 évolutions que vous souhaiteriez le plus pour votre pratique ? *

- Prendre davantage en compte les lieux de vies de la personne (Domicile, travail, loisir)
- Créer davantage de partenariat avec la personne pris en charge (Objectifs, moyens...)
- Utiliser davantage d'évaluations écologiques
- Développer davantage de connaissances sur les pathologies et leurs traitements
- Développer davantage de compétences dans les techniques rééducatives
- Utiliser davantage d'évaluations normées pour objectiver les déficiences
- Diminuer la charge administrative
- Former davantage les équipes, favoriser l'interdisciplinarité
- Consacrer plus de temps aux interventions avec les personnes

Orientation de la pratique

Selon vous, quels facteurs peuvent favoriser l'émergence d'une telle pratique au sein de votre structure ? *

- La connaissance des modèles conceptuels
- La volonté hiérarchique
- La participation à des assises, des congrès
- La lecture d'ouvrages, de revues, d'articles
- Votre expérience professionnelle
- La formation continue
- La volonté de l'équipe
- Votre formation initiale
- Autre : _____

Selon vous, quels facteurs peuvent limiter l'émergence d'une telle pratique au sein de votre structure ? *

- La volonté de l'équipe
- Votre manque de connaissance à ce sujet
- La volonté hiérarchique
- Votre formation initiale
- La difficulté de changer les habitudes
- Votre manque d'expérience professionnelle
- Autre : _____

C'est la fin !

Ouf ! vous pouvez souffler

Merci pour toutes vos réponses et du temps que vous aurez pu consacrer à ce questionnaire

N'hésitez pas à partager ce lien avec d'autres ergos :

<http://goo.gl/forms/xK9AflMreM>

Avez-vous des remarques ou des conseils particuliers ?

Votre réponse _____

Si vous acceptez que je vous recontacte, laissez votre adresse mail ici

Votre réponse _____

Et si vous souhaitez recevoir une copie de ce mémoire et des résultats, laissez votre adresse mail ici

Votre réponse

Et si vous souhaitez recevoir une copie de ce mémoire et des résultats, laissez votre adresse mail ici

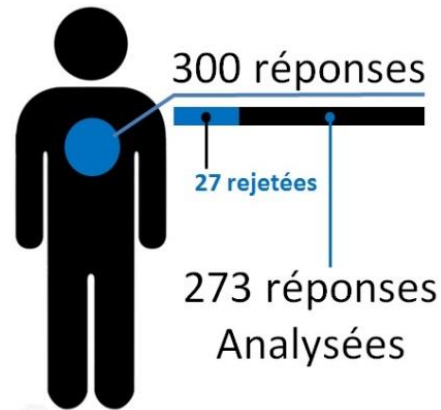
Votre réponse



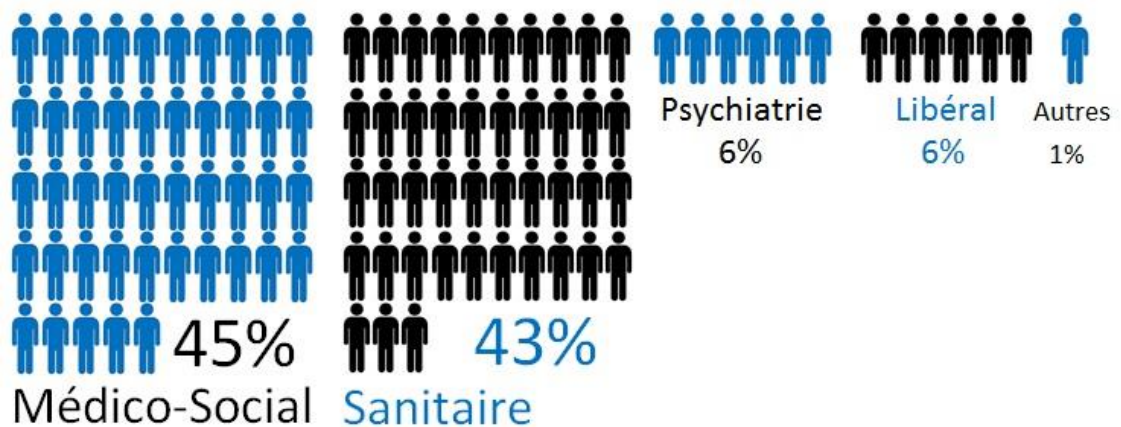
Annexe #7

Analyse de la population

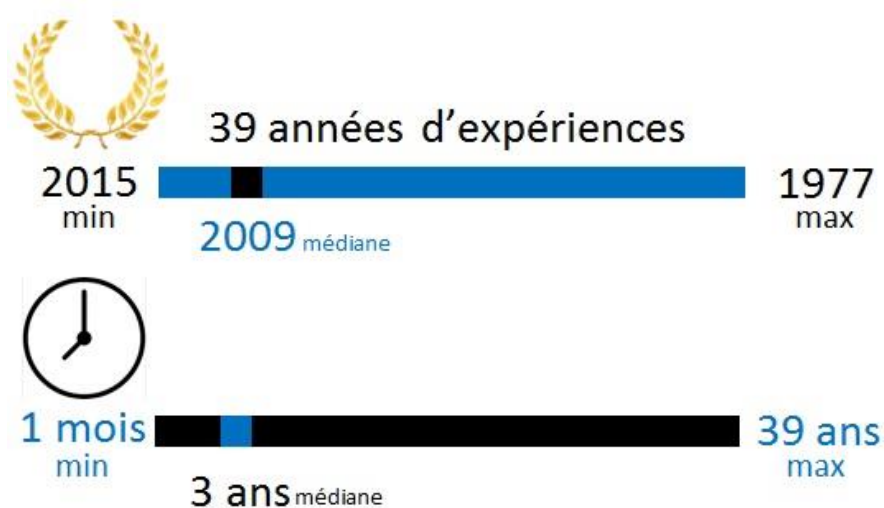
#1 Nombres de réponses



#2 Population – Répartition des ergothérapeutes répondants selon les domaines de pratique



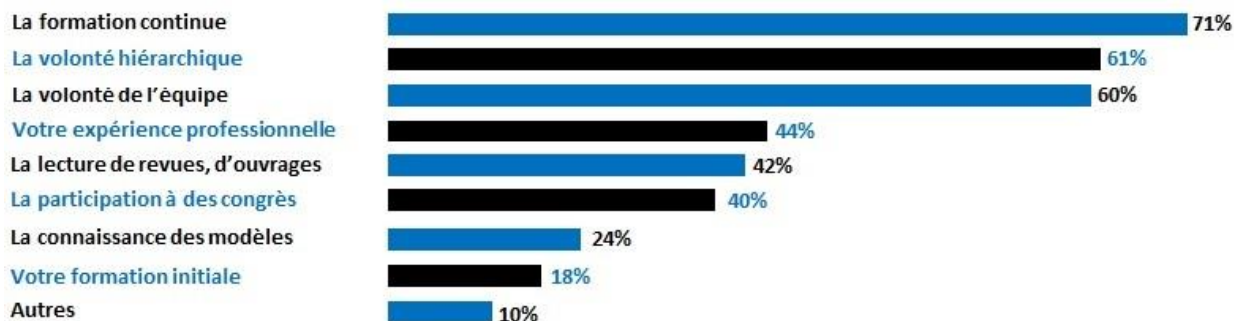
#3 Expérience et temps dans la structure des ergothérapeutes répondants



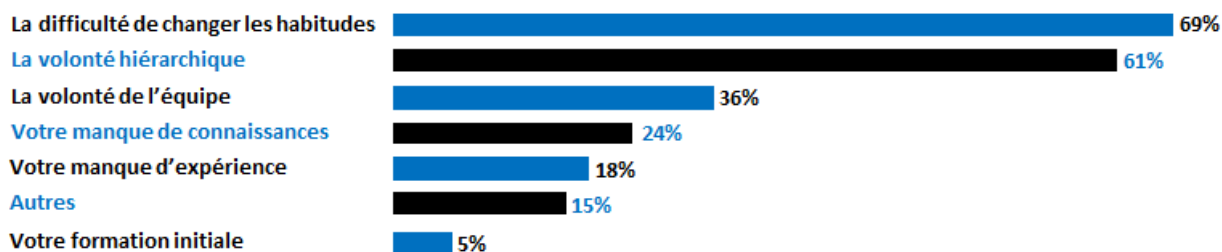
Annexe #8

Facilitateurs et freins à l'évolution de la pratique ergothérapique

#1 Facteurs pouvant favoriser l'évolution de la pratique de l'ergothérapie

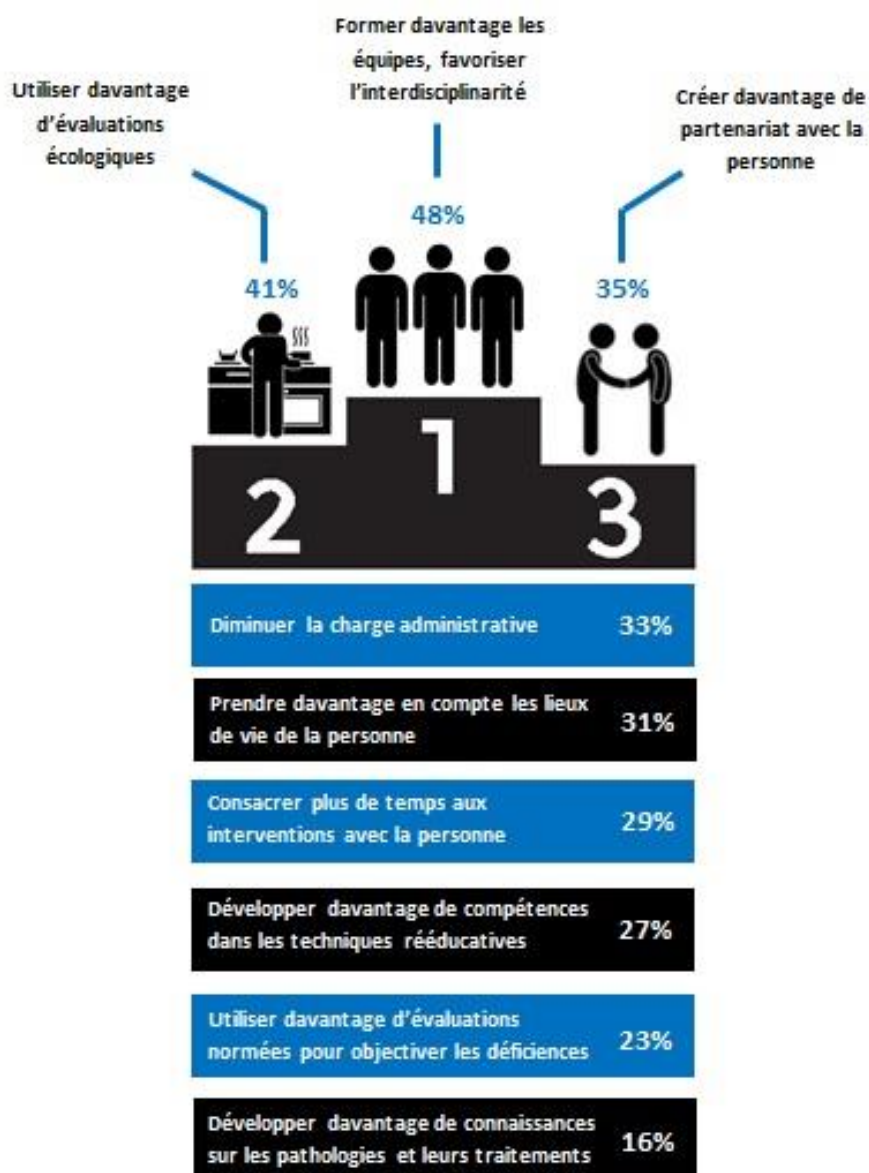


#2 Facteurs pouvant limiter l'évolution de la pratique de l'ergothérapie



Annexe #9

Evolution de la pratique voulu par les ergothérapeutes



Evolution de la pratique de l'ergothérapie en France d'un point de vue paradigmatique

Haslouin Vincent

Ergothérapie, Paradigme, Evolution de la pratique, Pratique basée sur l'activité, Client centré, Patho-centré

Résumé : L'ergothérapie d'aujourd'hui (2016) semble constituer une mosaïque de formes et de couleurs représentant différentes visions du métier. Un changement de paradigme caractérisé par le passage d'une vision centrée sur la pathologie à une vision centrée sur la personne et ses activités est ciblé comme origine de cette diversité. Nous avons alors interrogés la pratique de l'ergothérapie sur cette évolution et son impact au travers d'un questionnaire. 273 réponses ont pu être analysées mettant en avant les évolutions de la pratique actuelle de l'ergothérapie en France. Des éléments facilitateurs et obstacles à ces évolutions ont également pu être mis en lumière aussi bien au niveau des structures que des équipes ou des ergothérapeutes eux-mêmes. Cette étude interroge la pratique actuelle de l'ergothérapie mais également son future.

The evolution of occupational therapy practice in France: a paradigmatic perspective

Occupational therapy, Paradigm shift, Practice development, Occupation-based practice, Client centered, Pathology centered

Abstract: Today (2016), Occupational Therapy seems heading towards a paradigm shift characterized by the transition from a vision centered on the pathology to a vision centered on the person and his or her occupations. If the social, political and economic situation is favorable to this transition, we wondered how the current practice of occupational therapy is modified. Our research questionnaire received 273 responses highlighting an evolution of patho-centered paradigm towards greater consideration of the person without this to be a real paradigm shift. However, it appears that the medical-social sector is at the forefront of this transition. Facilitator and barrier elements have also been revealed in the structures as well as in teams or in occupational therapists themselves. This study questions the current practice of occupational therapy but also its future.