

Institut de Formation La Musse



L'engagement au sein du paradigme occupationnel des
ergothérapeutes diplômés sous l'arrêté du 5 juillet 2010 et exerçant en
EHPAD : Entre facilitateurs et obstacles.

Mémoire d'initiation à la recherche

DA COSTA AMORIN Dany

Promotion 2018-2021

HASLOUIN Vincent

Maître de mémoire



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes de champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation¹ et du Code pénal², il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e DA COSTA AMORIM DANY

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à EVREUX

Le 12/05/21 signature

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/bien/telecharger/annexes/directive-PLAGIAT-19992011.pdf>

² Article L.1311-1 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier dans un premier temps, mon maître de mémoire Vincent HASLOUIN, qui a fait preuve d'un accompagnement sans faille tout au long de la rédaction de ce mémoire. Ses conseils n'ont pu être que bénéfiques pendant ces derniers mois de travail et de réflexion.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative pour leur patience et leur dévouement durant ces trois années.

Je désire également remercier l'ensemble de mes camarades de promotion pour ces trois belles années. J'adresse plus particulièrement ma plus profonde gratitude à mon groupe d'amis issu de cette formation sans qui ces études n'auraient pas eu la même saveur.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers mes amis, ma famille qui ont su me soutenir dans les moments les plus difficiles comme les plus joyeux.

Enfin, je remercie l'ensemble participants à la rédaction de ce mémoire qui m'ont offert une partie de leur temps pour me permettre de rédiger l'ensemble de cette réflexion.

« L'ergothérapie ce n'est pas chercher à franchir le mur à tout prix. C'est plutôt voyager sur les sentiers parallèles, trouver d'autres moyens d'avancer et d'arriver à atteindre nos buts. » (Le Bastard, 2021)

« La vie fait qu'on évolue, qu'on apprend, puis qu'on s'adapte, en ergothérapie on commence à s'adapter, puis on apprend pour évoluer à nouveau. » (Mourry, 2021)

Sommaire

Introduction	1
Situation d'appel	2
1. L'évolution de l'ergothérapie	3
1.1 Approche historique	3
1.2 Les différents paradigmes en ergothérapie	4
1.2.1 Les anciens paradigmes en ergothérapie	4
1.2.2 Le paradigme occupationnel en ergothérapie.....	5
1.3 Les bénéfices du paradigme occupationnel	7
2. Le paradigme occupationnel.....	9
2.1 Enquête exploratoire	9
2.1.1 Présentation de l'enquête exploratoire	9
2.1.2 Résultats de l'enquête exploratoire.....	10
2.2 La politique des grandes instances en ergothérapie	13
2.2.1 WFOT	13
2.2.2 ANFE	14
2.3 Le concept d'engagement en lien avec le paradigme occupationnel	15
3. Construction de la réflexion	16
3.1 Le modèle PEO	17
3.2 La pratique en EHPAD	18
3.3 Question de recherche et hypothèses.....	20
4. Phase de recherche.....	21
4.1 Population cible et choix de l'outil.....	21
4.2 Construction du guide d'entretien.....	21
4.3 Le cadre des entretiens.....	22

5. Analyse des résultats	23
5.1 Hypothèse 1 : les résultats.....	23
5.2 Hypothèse 2 : les résultats.....	25
5.3 Hypothèse 3 : les résultats.....	29
6. Discussion	32
6.1 Les réponses aux hypothèses	32
6.2 Constat de l'étude.....	34
6.3 Les limites et les biais de l'analyse des résultats.....	36
Conclusion.....	37
Bibliographie.....	
Annexes.....	

Introduction

« *Chaque métier a son jargon, et chaque profession a son propre langage.* » (Salvat de Montfort, 1708) c'est ainsi que chaque domaine d'activité se différencie des autres par la construction de sa propre identité. Cette dernière est un sujet qui en ergothérapie mène à des recherches diverses et variées où de nombreux concepts sont abordés. En témoigne la revue : « *Que peut-on dire aujourd'hui de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ?* » (Saettel-Roger, 2021).

Un flou identitaire est relayé par différents auteurs (Hébert et al., 2013) dans lequel les étudiants ainsi que les ergothérapeutes se retrouvent confrontés dans leur quotidien. Les conséquences de ceci pourraient être reliées à la méconnaissance de l'ergothérapie au sein de la population mais surtout à une mauvaise compréhension de la pratique ergothérapique par les ergothérapeutes eux-mêmes (Meyer, 2020). Ainsi, l'ergothérapie en quête de se faire connaître au sein de la société a besoin de défendre sa pratique. Pour autant, le paradigme occupationnel instauré par les ergothérapeutes parvient difficilement à trouver sa place. Cela nous amène à définir cette interrogation comme étant la question de départ : *Quelle place occupe le paradigme occupationnel dans la pratique en ergothérapie ?*

Situation d'appel

De nombreux questionnements surviennent au fur et à mesure de l'avancée de la formation. Ces problématiques restent très souvent sans réponse et témoignent d'une certaine frustration.

Les différents intervenants, ergothérapeutes ou non, nous apportent de nombreuses connaissances dans des domaines variés, fruits de la diversité des bases scientifiques de l'ergothérapie. Cependant, il est visible que les opinions divergent d'une personne à une autre sur ce qu'est l'ergothérapie, les valeurs qu'elle défend. Par exemple, certains enseignements mettent en avant le caractère occupationnel quand d'autres se focalisent davantage sur les déficiences de la personne. Pour illustrer ces propos, lors de la présentation d'un cas clinique en traumatologie, la partie concernant les occupations de la personne ne représentaient que trois lignes sur un total de trois pages. Ce qui me semblait peu d'un point de vue ergothérapeutique. Ceci fut également observable lors de certains stages de pratique où, le fait d'utiliser des outils tels que les arbres à anneaux me posaient des questions quant au sens que cela pouvait avoir pour le patient.

Cela résulterait ainsi de l'évolution dans laquelle l'ergothérapie s'inscrit. Cependant, au regard de ce constat, il est possible de mettre en évidence que ce changement d'approche ne semble pas s'être généralisé au sein de la pratique. De ce fait, ceci fait état d'une frustration sur la compréhension du suivi en ergothérapie et du lien qu'il existe avec la science de l'occupation (Pierce, 2016).

L'identité professionnelle de l'ergothérapeute se retrouve alors impactée : « *des études rapportent que plusieurs ergothérapeutes ont une identité professionnelle ambiguë et une grande diversité est observée dans les écrits quant à ces valeurs.* » (Drolet et Désormeaux-Morel, 2014). De ce fait, cela me questionne quant à l'évolution de l'ergothérapie et la situation dans laquelle nous nous trouvons.

1. L'évolution de l'ergothérapie

Pour développer un sujet traitant sur l'ergothérapie en elle-même, il est important de comprendre l'évolution de la pratique, son histoire. Ici l'objet de la partie est de comprendre cette évolution pour mieux éclairer et comprendre la situation actuelle.

1.1 Approche historique

L'activité est depuis longtemps perçue par l'Homme comme étant un moyen de se maintenir en bonne santé au sein de diverses civilisations : égyptienne, grecque ou encore chinoise (Kristensen et Frydendal, 2007). De par celle-ci, l'être humain développe son bien-être afin de maintenir une bonne condition aussi bien physique que psychique. Bien après cette traçabilité remontant à des milliers d'années avant JC, c'est au XVIIe siècle que l'on retrouve de nouveau l'intérêt de l'activité dans le quotidien des personnes. H-J Stiker en 1997 a mis en avant l'intérêt de développer sur les activités productives pour accompagner les personnes pauvres ou infirmes. Puis, à la fin du XVIIe siècle, les institutions inscrivent l'activité comme étant à visée thérapeutique.

Deux siècles et demi plus tard, au début du XXe siècle, l'activité se développe comme étant un outil thérapeutique en Amérique du Nord. Le but recherché étant de permettre aux personnes de retrouver leurs capacités physiques (ANFE, 2017). Ainsi, les Etats-Unis deviennent le premier pays à former les « Occupational Therapists » (Charret et Thiébaud Samson, 2017). En 1906, les premières formations en ergothérapie se créent à l'attention des infirmières évoluant dans le domaine de la psychiatrie. A cette même période certains pays européens dont la France laissent peu à peu place à la thérapie par l'activité dans le domaine psychiatrique. Le terme « ergothérapie » étant employé pour la première fois en France lors de l'année 1904 par Marco Levi Bianchini, psychiatre (Bodin, 2014). En 1930, la Grande-Bretagne établit la première formation

professionnelle européenne en lien avec l'activité comme traitement : The Dorset House School (Wilcock, 2002).

Dans un contexte de guerre où l'Europe est touchée par un nombre important de personnes blessées, les établissements de soin nécessitent du renfort dans le suivi des patients, l'ergothérapie devient alors une pratique qui petit à petit se développe.

1.2 Les différents paradigmes en ergothérapie

Ces sous-parties ont pour but de décrire l'évolution des paradigmes en ergothérapie

1.2.1 Les anciens paradigmes en ergothérapie

Mais qu'est-ce qu'un paradigme ? Thomas Samuel Kuhn (1922-1996), philosophe et historien des sciences propose une définition de la notion de paradigme dans son ouvrage : *La structure des révolutions scientifiques*. Il l'identifie comme un « ensemble d'observations, de questions, de méthodologie et d'interprétation des acquis de la science » (Kuhn, 1962).

En ergothérapie, on compte trois principaux paradigmes fruits de l'évolution de la pratique au cours du temps.

Initialement, l'ergothérapie définit un premier paradigme dit holistique (Charret et Thiébaud Samson, 2017), où l'activité serait bénéfique d'un point de vue global pour la personne mais aussi source de lutte face à l'ennui au sein des institutions. Ainsi l'Homme est mis en situation face à des activités de la vie quotidienne ou de travail où la quête d'une activité signifiante est recherchée pour la personne.

Puis, l'ergothérapie a évolué et s'est développée sur un modèle biomédical qui encore aujourd'hui semble présent dans la pratique de nombreux ergothérapeutes. L'intérêt serait pourtant de favoriser le modèle occupationnel et ce, dès la formation des étudiants : « *Les écoles d'ergothérapie ont intérêt pour promouvoir les services de la profession aux patients, à mieux outiller les ergothérapeutes à une compréhension*

étendue de la centration sur l'occupation et à sa communication dans la collaboration interprofessionnelle comme à la perception de son écart avec le modèle biomédical » (Meyer, 2020). Cet écart entre les deux visions est ainsi significatif.

Dans le modèle biomédical, l'Homme est défini comme un « *ensemble de structures et de fonctions sur lesquelles il est possible d'agir isolément les unes des autres* ». La vision du handicap est alors basée sur le CIH (Classification Internationale des Handicaps, 1980) où déficiences, incapacités et désavantages sont les notions majeures qui sont reliées de telles sortes que l'une conduit à l'autre. Cette approche dite « *atomiste* », conduit les ergothérapeutes à centrer leur pratique sur des difficultés ciblées afin que la personne retrouve ou maintienne certaines capacités psychiques ou physiques. Les activités alors proposées ont pour but de mettre en situation la personne face à des activités manuelles ou artisanales, où la personne mettra en jeu les composantes entrant en compte dans les difficultés qu'elle rencontre au quotidien. Si les difficultés persistent, des aides techniques seront proposées et sont très souvent créées par les ergothérapeutes eux-mêmes (issu de leur formation centrée sur la réalisation d'activités manuelles et artisanales) (Kielhofner, 1992).

Cependant, cette approche est contestée par certains ergothérapeutes qui mettent en avant que l'ergothérapie devrait avoir une vision plus globale du patient pour prendre en compte son environnement notamment. C'est en 1987 qu'Anne Lang-Etienne rédige une thèse dans laquelle elle argumente le droit des ergothérapeutes à contester le modèle biomédical dans leur pratique qui est contraire aux valeurs ergothérapeutiques. Se référant aux écrits du psychanalyste Winnicott, Lang-Etienne défend l'approche holistique en ergothérapie et souhaiterait que les ergothérapeutes puissent s'intéresser plus précisément aux liens qui existent entre « le patient lui-même et l'activité de médiation ».

1.2.2 Le paradigme occupationnel en ergothérapie

En ergothérapie, le paradigme occupationnel possède diverses définitions. Pour cette étude, il fut nécessaire d'en sélectionner uniquement une. Ainsi, la définition de l'ergothérapie en elle-même décrit justement ce paradigme. Cependant elles sont

nombreuses et divergent d'une organisation, d'une association à une autre. Nous nous baserons sur le site web de la WFOT (World Federation of Occupational Therapists) « *Le paradigme occupationnel définit une pratique centrée sur la personne afin de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. Le but premier de l'ergothérapie est de permettre aux personnes de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes y parviennent en travaillant avec les personnes et les communautés pour améliorer leur capacité à exercer les occupations qu'ils souhaitent, doivent exercer ou sont censés exercer, ou en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux soutenir leur engagement occupationnel.* » (WFOT, 2012).

Le paradigme occupationnel est basé sur une approche systémique. Cette théorie émerge et présente une vision dans laquelle l'être humain est conçu comme un « *système ouvert, vivant, en interaction avec un environnement. Il est formé de composantes qui sont reliées entre elles de manière complexe et ne peuvent être considérées isolément* ». Autrement dit, la vision du patient ne se limite pas au point de vue médical, la personne est prise dans sa globalité avec son environnement, ses occupations et l'ensemble des interactions pouvant exister dans le quotidien de la personne. Cette conception de l'approche en ergothérapie est partagée dans l'analyse proposée par le modèle PEO (Personne Environnement Occupation) qui fera l'objet d'une sous-partie plus tard dans notre développement.

L'une des évolutions majeures que les ergothérapeutes ont pu connaître au travers de ce changement de paradigme est l'introduction de modèles conceptuels propres à l'ergothérapie. Par le passé, les ergothérapeutes ont pu s'inspirer de divers modèles proches de celui défendu par la profession tenant en compte des habitudes de vie de la personne. Ainsi des modèles tels que le Processus de Production du Handicap (PPH) (1998) ou encore la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIF) (2001). Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (1987) fait quant à lui référence aux termes occupationnels, il s'agit du premier modèle ergothérapique. Plus tard d'autres modèles conceptuels de ce type ont émergé dont le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) ou encore le Modèle Australien de la Performance Occupationnelle (OPM). Ainsi l'ergothérapie devient une pratique basée sur l'occupation qui défend son identité.

L'approche top-down est un concept fondamental en ergothérapie. Elle suit la logique fondée par les modèles ergothérapeutiques afin de « faciliter le repérage d'indices en lien avec les occupations dans l'environnement » (Morel-Bracq, 2017). Elle se définit en ergothérapie comme une approche qui vise directement à améliorer la performance du patient dans les occupations lui posant des difficultés au quotidien. Cette vision est à la fois complémentaire et différente de l'approche Bottom-Up où l'on cherche à intervenir sur les capacités limitées de la personne pour pouvoir améliorer les performances dans les occupations, vision que l'on retrouvait au sein du second paradigme.

1.3 Les bénéfices du paradigme occupationnel

Si l'ergothérapie s'est développée, elle a dû s'adapter de telle sorte qu'elle réponde à des besoins. Pour cela, l'apparition du paradigme occupationnel se doit d'offrir des bénéfices. A l'heure où l'ergothérapie tend à se développer sur le territoire français sous le coup d'une augmentation de la demande pour diverses raisons dont le vieillissement de la population. (Nielsen et al., 2018), il est nécessaire que cette approche apporte des résultats bénéfiques pour le patient dans le cadre de ses occupations.

Comme le montre Sylvie Meyer dans son article « L'occupation en ergothérapie et la thérapie en occupation » (Meyer, 2020), diverses études ont mis en avant le bénéfice existant de la thérapie basée sur l'occupation en ergothérapie. Celles-ci font références aux travaux effectués par Weinstock-Zlotnick et Mehta (2019) en lien avec la thérapie de la main. Wolf et ses collègues en 2015 sur les conséquences des accidents vasculaires cérébraux ou encore celle de Hardison et Roll (2017) en lien avec la relation travail et troubles musculo-squelettiques.

Cependant bien que l'approche occupationnelle apporte des bénéfices, diverses difficultés sont mises en avant au sein même de cet article. Elles sont aussi bien présentes chez les ergothérapeutes diplômés que chez les étudiants.

Concernant les premiers, l'enseignement de cette pratique semble complexe (Howarth et al., 2018) et donc sa transmission s'en trouve impactée notamment auprès des étudiants (Fortune et al., 2016)

L'application en pratique d'une approche occupationnelle chez les jeunes diplômés laisse place à une forme d'abandon en lien avec le manque d'expérience (Di Tommaso et al., 2019). Ils semblent démunis face à cela. De ce fait le développement du paradigme occupationnel se retrouve freiné. Le développement de l'identité professionnelle aussi dans le même temps (Ashbi et al., 2015).

Ainsi, il est visible que le développement du paradigme occupationnel constitue des difficultés. Son développement au sein du champ de l'ergothérapie est contraint par différents facteurs illustrés notamment ci-dessus.

Dans la continuité de ces propos, une enquête portant sur le paradigme occupationnel à destination des étudiants en 3^e année d'ergothérapie a pu être réalisée.

2. Le paradigme occupationnel

Dans cette partie, nous aborderons plus précisément l'objet de la recherche portant sur le paradigme occupationnel en ergothérapie.

2.1 Enquête exploratoire

L'objet de cette sous-partie est de présenter et d'analyser les résultats de notre enquête exploratoire. Celle-ci permettra de construire le reste de notre développement.

2.1.1 Présentation de l'enquête exploratoire

Afin de témoigner de l'importance et de l'intérêt que l'analyse du paradigme occupationnel peut avoir dans le monde de l'ergothérapie, une enquête exploratoire a été établie en amont de la phase de recherche. Celle-ci (Annexe I) est basée sur un questionnaire en ligne qui est adressé à l'ensemble des étudiants de 3^e année d'ergothérapie. Ce choix concernant la population cible est relié à une réflexion mettant en avant le fait que ces futurs professionnels sont les personnes qui demain pratiqueront et pourront être confrontés au questionnement de l'application du paradigme occupationnel en ergothérapie. Cette enquête permettra ainsi d'évaluer l'intérêt ou non d'établir une recherche sur ce sujet. Elle aura également pour but de recueillir les avis des personnes interrogées sur l'application du paradigme occupationnel.

Le questionnaire comporte neuf questions dont les trois dernières sont des questions ouvertes.

Au total, le questionnaire a été réalisé par 94 personnes.

2.1.2 Résultats de l'enquête exploratoire

Les réponses apportées (Annexe II) révèlent que tout d'abord les personnes restent en grande majorité « tout à fait d'accord » (48,9%) et « plutôt d'accord » (46,8%) avec la définition issue du site web de la WFOT citée précédemment. Cela permet d'établir que les personnes interrogées partagent la vision portée par le paradigme occupationnel en ergothérapie (95,7%).

Cependant, les résultats obtenus à la question 3, mettent en avant le fait que cette pratique est « plutôt minoritaire » (52,1%). Ceci expose le fait que bien que le paradigme occupationnel soit au centre de la formation, en pratique cela ne semble pas être le cas. Il existerait donc un décalage entre la pratique et la formation actuelle.

Néanmoins, les personnes interrogées affirment leur intérêt à s'engager dans une pratique occupationnelle (95,7%). En effet, 57,4% répondent « tout à fait d'accord », 38,3% sont « plutôt d'accord », les pourcentages restants correspondent aux personnes ne se prononçant pas mettant ainsi en avant que cette volonté est largement partagée. Pour autant, mettre en place une telle pratique est pour une majorité (54,3%) « plutôt compliqué ». De ce fait, il est possible d'estimer qu'il existe une volonté d'évoluer dans une pratique occupationnelle chez les étudiants de 3^e année en ergothérapie. Cependant, cette volonté peut se retrouver freinée par divers facteurs.

Cela nous amène à la question portant sur l'intérêt que pourrait avoir cette étude dans l'identification des freins et des facilitateurs dans l'engagement des ergothérapeutes dans une pratique occupationnelle. Celle-ci révèle que 54,3% des personnes estiment comme « très pertinent » de réaliser une étude sur le sujet, 45,7% estime cela comme « pertinent ». Finalement, ce sujet semble avoir de l'importance pour les futurs professionnels, il s'agirait d'un enjeu majeur dans la construction de l'ergothérapeute tout au long de sa formation.

Afin de mieux comprendre quels peuvent être les freins et les facilitateurs en relation avec la question 6, les deux questions suivantes mettent en lumière les différents avis

relatés par les étudiants. Tout d'abord, la question des freins est posée. Les réponses apportées permettent de classer les données au sein de diverses catégories.

La première, étant reliée à l'environnement de travail (23,4%) notamment par rapport à la vision portée sur la profession aussi bien par la direction d'un établissement que par l'équipe pluridisciplinaire. Mais également par rapport aux moyens aussi bien financiers que matériels qui entraveraient la pratique de l'ergothérapeute.

La seconde catégorie correspond à la compréhension du paradigme occupationnel (11,7%). Ici, plusieurs points sont abordés. Tout d'abord, le décalage existant entre la pratique des ergothérapeutes formés sous le paradigme occupationnel, et ceux diplômés avant l'apparition de celui-ci. Par exemple : « *le paradigme occupationnel est peu connu des ergothérapeutes plus « anciens ».* » Il serait difficile pour l'ergothérapeute récemment diplômé de se diriger vers une pratique différente de celle pré-existante : « *la réticence des ergothérapeutes déjà dans la structure peut être un frein.* » Ils ne se sentiraient pas assez légitimes pour avoir une pratique différente de celle de leurs collègues ergothérapeutes. De plus, certaines réponses révèlent que cela est également observable lors de certains stages où cette différence est visible entre l'étudiant et le tuteur ou la tutrice de stage. Cependant de par le contexte d'évaluation des compétences en stage et du modèle de transmission du savoir, l'étudiant se retrouve à préférer suivre la démarche de la personne diplômée.

Dans la troisième catégorie, est mis en avant le manque de temps (8,5%) qui peut exister. La possibilité pour l'ergothérapeute de répondre à la fois aux besoins du patient et à la pression du temps dans certains lieux d'exercice entravent l'ergothérapeute dans sa pratique professionnelle.

La question des facilitateurs à la mise en pratique du paradigme occupationnel est également classée selon plusieurs catégories.

La première catégorie correspond à l'environnement de travail (32,9%). Cité précédemment comme étant un frein, il constitue également un facilitateur. Une équipe et une direction ouvertes aux changements serait bénéfique au développement du paradigme occupationnel en ergothérapie. L'environnement matériel serait lui aussi

facilitant notamment en lien avec la possibilité pour les ergothérapeutes de réaliser des mises en situation écologique.

La seconde catégorie étant l'aspect motivationnel (27,6%). En effet, les professionnels de demain mettent en avant que cela est primordial pour se tourner vers un changement de paradigme en ergothérapie. Le paradigme occupationnel constituerait l'identité même de l'ergothérapeute et favoriserait le développement de la pratique professionnelle. La volonté de la personne serait ainsi primordiale au regard de l'évolution de la profession.

Concernant la troisième catégorie, on retrouve les outils et la littérature existante en ergothérapie (23,4%). L'utilisation d'un modèle conceptuel en ergothérapie permettrait de faciliter l'engagement dans une pratique occupationnelle. Les modèles principalement cités étant le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) et le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Etant des modèles fondés sur une pratique occupationnelle, ils permettraient aux ergothérapeutes de recentrer leur pratique face aux occupations de la personne. La littérature existante en ergothérapie se développant de plus en plus, elle est un atout majeur pour développer ses compétences dans de nombreux domaines.

La quatrième catégorie correspond à la formation initiale (18%). Les personnes interrogées étudient sous l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Celui-ci ayant modifié le programme des études, l'aspect occupationnel se retrouve davantage mis en avant. Les étudiants deviennent alors davantage sensibilisés sur le sujet et sont alors mieux préparés à le mettre en pratique.

La cinquième catégorie quant à elle repose sur l'accompagnement des patients (18%). Les patients seraient davantage impliqués dans leur suivi du fait qu'ils se retrouvent au cœur de leur accompagnement. L'ergothérapeute par la mise en œuvre d'une pratique occupationnelle permettrait de clarifier son métier et favoriserait également l'engagement des patients face à des activités signifiantes et significatives pour eux. Enfin, d'autres éléments facilitateurs sont rapportés tels que le partage de connaissances entre ergothérapeutes notamment via les réseaux sociaux. Ou encore l'apprentissage issu des différents stages

Finalement le questionnaire met en lumière divers points. Tout d'abord, les étudiants en 3^e année d'ergothérapie seraient sensibles au sujet de l'application du paradigme occupationnel en ergothérapie. Cependant, cette application semble difficile à mettre en place en France. Ceci pourrait avoir un impact dans le développement du paradigme occupationnel. Bien que les personnes interrogées souhaiteraient pratiquer dans ce sens, cela semblerait, à la vue des résultats, relativement complexe. Ceci s'expliquerait par les différents freins cités précédemment. Notons toutefois qu'il existe également des facilitateurs à cette situation.

En réponse à cette expansion du paradigme occupationnel en ergothérapie, observons maintenant comment les grandes instances en ergothérapie se positionnent.

2.2 La politique des grandes instances en ergothérapie

Pour traiter ce sujet, il est important de se référer aux grandes instances de l'ergothérapie qui permettent d'avoir un autre regard vis à vis du quotidien des ergothérapeutes.

2.2.1 WFOT

La WFOT (World Federation of Occupational Therapists) est la fédération mondiale qui représentent les ergothérapeutes à l'échelle du globe.

Comme apportée précédemment, la définition de l'ergothérapie issue du site web de l'organisation met en avant la démarche occupationnelle de l'ergothérapie. Elle a d'ailleurs publié en 2016, une déclaration de position s'intitulant « La pratique de l'ergothérapie centrée sur le client ». Dans celle-ci est indiqué que « *l'ergothérapie est centrée sur le client et basée sur l'occupation* » (WFOT, 2010). Ainsi, l'accompagnement en pratique doit être centrée sur le patient, le résident ou le client dans le but de favoriser la participation occupationnelle de celle-ci.

De ce fait, nous pouvons déduire que le paradigme occupationnel est mis en avant et défendu par l'Association. La volonté d'inscrire l'ergothérapie dans une nouvelle « ère » semble être un objectif. Cette démarche de changement de paradigme est

donc ancrée au sein de cet organisme mais quand est-il à l'échelle nationale en France ?

2.2.2 ANFE

L'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) définit l'ergothérapie de cette façon : « *L'ergothérapeute (Occupational Therapist) est un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels (médecins, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes.*

Spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace. » (ANFE, 2019). A l'image de la WFOT, le paradigme occupationnel est également mis en avant dans le sens où l'ergothérapie vise à favoriser l'engagement, la participation de la personne dans ses occupations.

Dans ce sens, l'ANFE et la WFOT défendent l'utilisation du paradigme occupationnel en ergothérapie. Il est au cœur de la définition de la profession et est un enjeu majeur dans la construction de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

2.3 Le concept d'engagement en lien avec le paradigme occupationnel

La notion d'engagement occupationnel est de plus en plus utilisée dans la littérature francophone en ergothérapie (Bertrand et al., 2018). Elle est cependant discutée de par sa définition. L'objet du chapitre 4 « *Engagement occupationnel : construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental* » (Bertrand et al., 2018) issu de l'ouvrage « *Engagement, occupation et santé* » coordonné par Jean-Michel Caire et Arnaud Schabaille a justement pour objectif de « *clarifier le concept d'engagement occupationnel* » (Bertrand et al., 2018)

Le chapitre aborde la difficulté sémantique de la définition du concept et de la confusion avec les notions de participation et de performance occupationnelle. Il n'existe pas de consensus dans la définition du terme. L'engagement est considéré comme la participation de la personne dans ses occupations mais ne peut être réduit à cela (Morris et Cox, 2017). Ces auteurs proposent ainsi leur propre définition de l'engagement occupationnel comme étant « *la participation dans une occupation à laquelle est attaché une valeur personnelle positive* » (2017).

L'apport des différentes études portant sur l'engagement occupationnel ont permis au sein du chapitre 4 précédemment cité de ne pas avoir une vision limitée de ce concept. Il ne faut pas uniquement associer l'engagement occupationnel à une performance : « *l'engagement occupationnel n'est pas le simple fait de performer une occupation, car il combine des éléments liés à la performance avec une signification subjective de l'expérience qui en est vécue* » (Bertrand et al., 2018). De ce fait, tout cela est influencé par de nombreux facteurs internes et externes à la personne (Morris et Cox, 2017). Parmi cela, le contexte socio-environnemental est cité (Madsen et Josephson, 2017).

De ce fait, nous pouvons ici mettre en avant que l'engagement occupationnel d'une personne soit intimement lié à divers concepts et facteurs. Le contexte socio-environnemental en faisant partie, offre une perspective qui pour notre étude sera primordial.

En effet, si l'engagement occupationnel des ergothérapeutes dans une pratique basée sur le paradigme occupationnel peut être influencée, nous allons ici pouvoir l'analyser en tenant compte de l'aspect personnel, environnemental et occupationnel de la personne. Ce point de vue se réfère finalement à un modèle ergothérapique : le modèle PEO (Personne Environnement Occupation).

3. Construction de la réflexion

Les éléments apportés précédemment nous mènent vers un sujet qui sera davantage ciblé à la suite de la présentation de cette partie.

3.1 *Le modèle PEO*

Ici, l'objet de la recherche étant d'aborder le paradigme occupationnel dans son application. Celui-ci nous servira d'exemple et nous permettra de créer notre guide d'entretien basé sur le modèle PEO (Personne Environnement Occupation).

Le modèle PEO (Annexe III) prend en compte trois concepts distincts qui sont en relation décrit par Isabel Margot-Cattin en 2017.

Le premier, la Personne est « *définie comme un individu unique qui assume simultanément des rôles variés* ». (Law et al., 1996). De ce fait, la personne va évoluer au fur et à mesure des années, ses rôles vont changer et l'importance qu'elle va accorder à ces derniers vont eux aussi varier. Chaque individu présente des caractéristiques, des capacités, des besoins, qui sont différents. Par cela la performance occupationnelle n'est pas la même d'une personne à une autre.

L'Environnement correspond à ce qui entoure la personne aussi bien humainement que matériellement. Ces deux derniers concepts permettent d'aborder la personne de façon holistique (dans sa globalité).

La notion d'occupation concerne quant à elle, une « *hiérarchie allant des activités, des tâches aux occupations. Les occupations sont des groupes d'activités et de tâches pour lesquelles l'individu s'engage afin de répondre à ses besoins de soins personnels, d'expression et de réalisation de soi.* » ((Law et al., 1996).

Ces trois concepts amènent à la performance et à l'engagement occupationnel de la personne dans ses activités, ils sont intimement liés de manière plus ou moins

importante chaque jour. L'utilisation du modèle PEO trouve alors tout son intérêt dans l'analyse d'une situation où diverses problématiques sont mises en jeu. Il permet de prendre en compte l'ensemble des éléments de la personne pour analyser une situation particulière. Ainsi, l'ergothérapeute peut favoriser la performance occupationnelle mais surtout et dans le cadre de notre étude, l'engagement occupationnel de la personne. Pour cela, l'individu de par les éléments qu'il fournira sur lui, son environnement et ses occupations et l'ergothérapeute de par son expérience pourront analyser de façon spécifique les situations problématiques dans les occupations de la personne. Ce travail en co-construction, permettra d'établir une démarche à la fois centrée sur la personne et centrée sur ses occupations.

Le modèle maintenant présenté nous servira de base pour la création du guide d'entretien. Comme précisé précédemment, ce modèle permet de répondre à des problématiques occupationnelles en ayant une vision globale de la situation au regard des trois concepts qui le fondent. Ici, la problématique occupationnelle explorée est l'engagement au sein du paradigme occupationnel en pratique. Ainsi notre démarche sera d'utiliser le modèle PEO de telle sorte qu'il permette d'offrir la possibilité d'avoir une vue d'ensemble afin de répondre à notre question de recherche présentée plus tard dans notre développement.

3.2 La pratique en EHPAD

A l'heure où le vieillissement de la population en France continue d'augmenter (INSEE, 2020), les personnes de 65 ans et plus représentaient plus d'un cinquième de la population française (20,5%) en 2020 contre 20,1% en 2019. Cette augmentation devrait selon toutes vraisemblance se poursuivre au cours des prochaines années : « *Jusqu'en 2040, la proportion des personnes de 65 ans ou plus progresserait fortement : à cette date, plus d'un habitant sur quatre aurait 65 ans ou plus.* » (INSEE, 2020). De ce fait, certaines structures accueillant des personnes âgées pourraient voir une augmentation de la demande. Notamment les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) qui devront répondre à cette demande.

L'EHPAD est un établissement où les habitudes de vie, les occupations de la personne peuvent être bouleversées notamment par rapport au changement d'environnement que l'on peut relier avec le modèle PEO précédemment cité.

Ainsi, le changement de domicile du résident contraint la personne à vivre dans un environnement dans lequel sa liberté d'agir est différente. Fany Cerese (architecte de formation et docteur en architecture associée) démontre notamment cela en imageant le fait d'ouvrir la porte de chambre qui au sein d'un EHPAD, ouvre la porte à la vie privée de la personne. Celle-ci peut ainsi être perturbée par des personnes étrangères. La question du mobilier est elle aussi mise en avant dans le sens où certains meubles ne font pas partie de la vie de la personne mais de celle de la structure. Dans le même sens, la question de l'agencement des chambres est souvent identique ce qui pose question de l'adaptabilité de l'environnement par rapport à la personne. Ou encore la question de l'éclairage, de l'odeur qui sont propres à la personne et à l'environnement. Ces propos illustrent d'ailleurs cette citation : « *On est « chez soi » lorsque le lieu ne peut être celui d'autrui, on possède son propre espace lorsque l'on peut s'y retirer pour s'isoler du reste du monde.* » (Leroux, 2008). Ainsi, l'EHPAD constituerait un lieu dans lequel la personne possède un espace personnel qui cependant, ne serait pas personnalisé en fonction de la personne et de ses habitudes de vies.

Sur ce dernier point, cela questionne sur la participation du résident dans ses occupations. L'environnement étant bouleversé, cela peut avoir des conséquences sur le bien-être de la personne dans son quotidien. De ce fait l'ergothérapie semble offrir des possibilités d'actions afin de remédier à ses problématiques en adoptant une approche occupationnelle de la personne.

Pour étayer encore davantage ses propos, une étude menée au sein de deux EHPAD en Irlande permet de mettre en évidence l'impact de l'environnement physique et culturel par rapport à l'engagement social des résidents atteints de démence (Brown et al., 2011). L'article met en évidence que ces derniers présentent un taux d'engagement social et un niveau d'interaction faibles. L'ergothérapie est ainsi mise en avant dans la lutte face à ces problématiques notamment au travers de l'utilisation de l'outil ATOSE qui offre la possibilité d'évaluer l'impact de ces difficultés.

Dans un contexte comme celui-ci où l'impact sur les activités de la personne est directement touché, la question de la vie en communauté est-elle aussi mise en jeu. En effet dans une structure accueillant près d'une centaine de patients ou plus, l'ergothérapeute ne peut intervenir à titre individuel pour chaque résident. De ce fait, les occupations de la personne peuvent être entravées là où le paradigme occupationnel pourrait offrir une perspective adaptée à la situation. Pour autant, au regard des éléments apportés précédemment, l'approche occupationnelle semble offrir des bénéfices mais son application ne semble pas toujours possible.

3.3 Question de recherche et hypothèses

Notre étude portera donc sur l'application en pratique du paradigme occupationnel en ergothérapie chez les ergothérapeutes diplômés sous l'arrêté du 5 juillet 2010 (relatif au diplôme d'Etat en ergothérapie) et qui exercent en EHPAD.

Pour cela, une question de recherche a pu être rédigée :

Quels facteurs influencent l'engagement de l'ergothérapeute dans une pratique centrée sur la personne et basée sur les occupations ?

Trois hypothèses sont émises afin de répondre à notre question de recherche. Celles-ci sont le fruit d'une réflexion étayée par les réponses issues de l'enquête exploratoire.

Hypothèse 1 : la représentation du paradigme occupationnel en ergothérapie influence l'engagement occupationnel de l'ergothérapeute en EHPAD.

Hypothèse 2 : la direction de l'établissement influence la pratique de l'ergothérapeute en EHPAD.

Hypothèse 3 : l'utilisation d'un modèle centré sur les occupations influence l'engagement occupationnel des ergothérapeutes en EHPAD.

4. Phase de recherche

Afin de valider ou d'invalidier les hypothèses rédigées ci-dessus, la phase de recherche s'établira en cinq étapes. La première consistera à créer l'outil de recherche puis dans un second temps de le tester. Dans un troisième temps, la phase d'application de l'outil qui amènera vers la quatrième étape qui correspond à la récolte des données. Enfin l'ultime étape concerne la retranscription et l'analyse des résultats.

4.1 Population cible et choix de l'outil

La population cible choisie pour cette recherche sont les ergothérapeutes diplômés sous l'arrêté du 5 juillet 2010 et exerçant en EHPAD. La réforme ayant impactée le programme des études, l'occupation fut alors davantage enseignée auprès des étudiants. Les ergothérapeutes diplômés sous cette réforme sont donc formés et sensibilisés au paradigme occupationnel. Notre objectif consistera donc à rechercher les freins et les facilitateurs à la mise en application. Le choix de l'EHPAD est quant à lui relié au fait que l'impact sur les occupations du résident peut être important. Les bénéfices du paradigme occupationnel cités précédemment pourraient ainsi permettre aux personnes de s'engager plus facilement dans leurs activités.

4.2 Construction du guide d'entretien

Comme dit précédemment le guide d'entretien est basé sur le modèle PEO. L'ordre établi de ses hypothèses se réfère donc aux trois concepts centraux du modèle. La Personne se réfère à l'hypothèse 1, l'Environnement à l'hypothèse 2 et l'Occupation à l'hypothèse 3. A partir de cela, le guide d'entretien (Annexe V) a pu être construit afin de valider ou non les différentes hypothèses. Celui-ci étant décomposé en trois parties succinctes qui elles-mêmes regroupent trois questions chacune. Au total, il y a donc 9 questions. L'objectif est de confronter les éléments apportés par les

personnes interrogées, afin de recueillir les similitudes et les différences qu'ils peuvent exister dans le but de valider ou d'invalidier les hypothèses proposées.

4.3 Le cadre des entretiens

Dans le cadre de ce travail de recherche, plusieurs demandes ont été effectuées via les réseaux sociaux auprès d'ergothérapeutes entrant dans les critères d'inclusions cités précédemment. Cependant, seules trois personnes ont répondu à l'appel et ont donc pu être interrogées, il s'agit de trois ergothérapeutes de sexe féminin. Celles-ci sont toutes diplômées depuis juillet 2020.

Dans son déroulement, l'ensemble des entretiens a été effectué par appel téléphonique sans utilisation d'une caméra.

L'objectif était de laisser les personnes interrogées s'exprimer librement face aux questions posées en intervenant de façon ponctuelle et prenant le soin de ne pas influencer les réponses apportées.

Les résultats obtenus seront mis en évidence au travers des citations qui permettront de justifier les propos tenus. Les abréviations E1, E2 et E3 que seront par la suite utilisées correspondent aux ergothérapeutes interrogées. E1 étant la première personne et E3 la dernière.

5. Analyse des résultats

Afin de faciliter la lecture des résultats, chacune des hypothèses sera traitée de façon isolée. Par la suite, une confrontation entre les diverses hypothèses pourra être réalisée. L'objectif étant de répondre à nos hypothèses en adoptant une approche centrée sur les facilitateurs et obstacles pouvant impacter l'engagement occupationnel de l'ergothérapeute.

5.1 Hypothèse 1 : les résultats

Hypothèse 1 : la représentation du paradigme occupationnel en ergothérapie influence l'engagement occupationnel de l'ergothérapeute en EHPAD.

Les personnes interrogées sur le paradigme occupationnel sont toutes en accord sur ce thème et sur leur utilisation en pratique. Tout d'abord, ce changement de paradigme est identifié par l'une des personnes comme étant un processus en cours de développement, E2 : « *nous sommes en plein dedans* ». Cette évolution est d'ailleurs décrite comme étant longue au sein même des différents Instituts de Formation suite à la réforme des études datant de 2010, E1 : « *J'ai l'impression que cette réforme a pris du temps à s'installer dans les différents Instituts de Formation en Ergothérapie, chez les différents intervenants et référents pédagogiques.* ». De ce fait, ce changement de paradigme illustrerait une difficulté à s'étendre au sein même de la formation des étudiants. Du temps semble nécessaire afin que tout cela puisse aboutir.

Cependant, la vision portée sur ce paradigme occupationnel est jugée comme étant bénéfiques du point de vue du patient, E3 : « *Cela leur permet de s'exprimer sur qui ils sont, sur ce qui est important pour eux, sur leurs rôles. Ils ne sont plus pris en compte comme un résident de l'EHPAD, mais comme une personne à part entière.* ». Ainsi, cette approche de l'ergothérapie permettrait d'offrir une approche holistique de la personne basée sur ses occupations, ses valeurs. Cet apport auprès du patient était également un élément relaté dans le questionnaire adressé aux étudiants de 3^e année.

En complément, l'ergothérapeute utilise une approche qui a du sens pour lui, E3 : « Pour moi, c'est de cette façon que j'ai appris le métier, les occupations sont au centre de notre pratique. D'un point de vue personnel, c'est plus parlant de travailler sur les occupations plutôt que les déficiences, c'est plus motivant. Cela apporte plus de résultats. ». Cette conception de l'ergothérapie permet de mettre en avant le fait que le savoir transmis au sein de la formation est reliée au paradigme occupationnel. Celui-ci apporterait des bénéfices aussi bien pour le résident que pour l'ergothérapeute.

Ce caractère occupationnel de l'ergothérapie s'illustre également dans le vocabulaire employé. Ainsi certains termes relatifs à l'ergothérapie émergent au sein de la pratique, E1 : « Je commence un peu à intégrer du vocabulaire ergothérapique, comme le mot « participation » ou « rendement. ». Ici est mis en avant la volonté de développer, de défendre sa pratique en mettant en avant les valeurs auxquelles les ergothérapeutes sont attachés. Désormeaux-Moreau et Drolet (2019) mettent en évidence certaines d'entre elles à l'image de termes comme « *engagement occupationnel* », « *justice occupationnelle* ».

Dans cette partie, nous avons pu soulever différents points permettant de mettre en avant la vision de chacune des ergothérapeutes interrogées. Pour notre étude, la distinction des résultats en termes d'obstacles et de facilitateurs permettent d'en venir à ceci :

Obstacles	Facilitateurs
Temporalité de mise en place du paradigme occupationnel	Relatif à la vision du métier d'ergothérapeute
	Volonté d'engagement des ergothérapeutes dans une telle pratique
	Adhésion du patient dans le suivi

Tableau 1- Obstacles et facilitateurs relatifs à l'hypothèse 1

5.2 Hypothèse 2 : les résultats

Hypothèse 2 : la direction de l'établissement influence la pratique de l'ergothérapeute en EHPAD.

Les personnes interrogées bénéficient toutes du soutien de leur direction qui les accompagne dans le début de leur carrière professionnelle. E3 : « *Les facilitateurs sont le fait que ma direction soit à l'écoute, elle est même en demande d'avoir de nouvelles choses à proposer, d'être innovant. L'ergothérapie est vue comme moyen d'innover la pratique au sein de l'établissement.* ». Ici, l'aspect soutenant est mis en avant dans lequel l'ergothérapeute est amené à apporter son approche ergothérapique. En tant que professionnel, leurs avis sont pris en compte et constituent un avantage majeur dans la construction de l'identité professionnelle du thérapeute.

Cependant, les contraintes budgétaires constituent un frein qui, n'est pas simple à lever. E3 : « *le budget, c'est quelque chose qui est très discuté, un achat collectif pour du matériel est toujours difficile.* ». Dans ce sens, l'ergothérapeute explique que les achats de certains outils, aides techniques doivent être justifiés. Cela peut prendre du temps car dans certains cas, les démarches passent par divers circuits. D'autant que, certaines d'entre elles n'aboutissent pas. L'ergothérapie ne peut alors utiliser des moyens qui permettrait d'offrir une approche centrée sur le résident et basée sur ses occupations.

Le contexte sanitaire lié à la COVID-19 constitue lui aussi un frein. E1 : « *Au niveau des freins, on retrouve la COVID, on peut faire moins d'activité, il y a moins de regroupement. La direction était contrainte de respecter les gestes barrières entre les différents patients* ». De ce fait, les ergothérapeutes ont dû s'adapter, suppléer parfois l'équipe pluridisciplinaire limitant leur intervention en ergothérapie. Les activités groupales centrées sur les occupations à l'image des cuisines thérapeutiques se retrouvant, l'espace de quelques mois, annulées.

Un autre frein est présenté en lien avec la direction de l'établissement : la priorisation des demandes. E1 : « *Dans toutes ces demandes (de la direction), les plus urgentes*

sont malheureusement celles qui ne sont pas occupationnelles : l'appareillage notamment ». L'ergothérapeute est sollicité dans le cadre de diverses interventions qui amènent ce dernier dans une pratique moins centrée sur les occupations des résidents. Le thérapeute par une contrainte de temps ne peut accompagner tous les résidents sur l'aspect occupationnel. Cependant afin de palier à cette problématique, diverses solutions sont proposées, E1 : « *Sur ce côté de priorisation ma direction m'accompagne et m'indique que le fait de travailler dans une structure comme celle-ci, contraint à prendre en compte toutes les demandes. J'ai donc pris un carnet de notes pour toutes les noter et quand j'en ai terminé une, je la barre. Ma direction me dit justement de prioriser ces demandes par ordre d'urgence et c'est comme ça que je vais m'en sortir.* ». De ce fait, la priorisation des demandes indique que l'ergothérapeute peut tout de même mettre en avant ses compétences d'un point de vue occupationnel. Cependant, cela demande une certaine rigueur dans laquelle la pratique peut limiter les démarches du professionnel.

Très vite, et ce dès la première partie de l'entretien, l'environnement de travail est décrit comme un élément étant indissociable dans l'application du paradigme occupationnel en ergothérapie. En dehors de la direction faisant l'objet de notre deuxième hypothèse, l'équipe pluridisciplinaire est elle aussi décrite comme un élément influençant la pratique de l'ergothérapeute.

Pour deux des trois personnes interrogées, l'aspect occupationnel de l'ergothérapie semble être méconnu par la direction limitant ainsi les possibilités d'intervention. L'ergothérapeute peut alors être assimilé à une profession se limitant à quelques tâches. E3 : « *Certains professionnels m'associent à la réparatrice de fauteuil, qui s'occupe du positionnement de certains résidents. Ils n'ont pas la connaissance du caractère occupationnel de notre profession.* ». Les spécificités occupationnelles de l'ergothérapie se trouvent alors freinées dans la pratique. E1 : « *Je pense qu'ils (membres de l'équipe pluridisciplinaire) ont une approche de l'ergothérapie au niveau de la rééducation, de l'appareillage, mais aussi dans les activités de la vie quotidienne [...]. Maintenant sur le paradigme occupationnel je ne pense pas.* ». La problématique soulevée ici est la perception que peut avoir l'environnement social de travail face à l'ergothérapie. Hormis ce manque de connaissance à l'égard du métier. D'autres visions semblent posées quelques difficultés.

E3 : « *Leur centre d'intérêt est de savoir si la personne va bien et est en bonne santé.* ». Cette citation met en exergue la différence qu'il peut exister sur la vision que les différents professionnels de santé ont par rapport aux patients. L'aspect biomédical est davantage mis en avant par certains professionnels par rapport aux occupations. Autrement dit, E2 : « *Il y a des choses qui vont avoir du sens pour le résident, et donc pour nous (ergothérapeute) dans notre pratique. Mais, certains soignants ou autres membres de l'équipe pluridisciplinaire ne vont pas forcément le comprendre [...] ce n'est pas leur priorité.* ». Le plan clinique étant prioriser par une majorité de professionnels de santé, l'ergothérapeute peut ainsi éprouver certaines difficultés dans leur pratique. D'autant que dans le cas présent, les personnes interrogées ont moins d'un an d'expérience dans la pratique. E1 : « *C'est quelque chose dont on a du mal au début où le biomédical est au centre de la structure. Quand on est le « petit ergothérapeute », c'est dur de se faire entendre.* ». Quelque part, l'ergothérapeute face à son environnement de travail, se retrouve confronter à des difficultés par rapport à sa vision du patient (personne accompagnée) qui peut être différente de celle des autres professionnels. Le manque d'expérience pourrait également légitimer la difficulté de l'ergothérapeute à défendre son approche.

L'approche biomédicale et l'approche occupationnelle nécessiterait cependant d'être davantage traitées dans le sens où leurs apports offrent des résultats dans l'accompagnement des patients. E1 : « *Pour moi qui travaille dans un EHPAD, on ne peut pas oublier l'approche biomédicale car nos collègues travaillent avec celle-ci qui se complète avec l'approche occupationnelle* ». E3 : « *Ils appliquent au quotidien ce que l'on « travaille » avec le patient, ils nous permettent de voir s'il y a une évolution.* ». Quelque part bien que les approches soient différentes, les ergothérapeutes sont conscients que l'aspect clinique reste primordial pour les patients mais aussi pour leur propre pratique. Sans celui-ci, l'ergothérapeute ne peut avoir d'indications sur ce qu'il pourrait apporter aux différents résidents.

A l'inverse la vision occupationnelle qu'offre l'ergothérapeute semble être de mieux en mieux perçue. E2 : « *C'est une vision qui est en train d'évoluer. La création du poste d'ergothérapeute a débuté par un projet de mon cadre qui voulait vraiment amener l'ergothérapie, mais l'ergothérapie vraiment occupation-centrée* ». E2 : « *J'en ai énormément parlé avec mon cadre, qui est kinésithérapeute de formation initiale. Il est totalement d'accord avec moi sur le fait que c'est un réel changement au niveau des*

prises en soin, qui est nécessaire. ». Cette évolution semble ainsi constituer un facilitateur. Au regard des différents éléments apportés sur l'impact de l'équipe pluridisciplinaire par rapport à la pratique de l'ergothérapeute, il est possible d'affirmer que celui-ci peut être à la fois négatif comme positif. D'où l'intérêt que l'analyse des pratiques professionnelles peut apporter (Thiébaud, 2013) du point de vue de la reconnaissance de sa pratique par rapport aux autres professionnels.

Un autre point abordé est la vision différente de la pratique qui peut exister entre les ergothérapeutes eux-mêmes. E1 : « *Le fait de travailler avec des ergothérapeutes ayant une approche biomédicale était ma grande peur quand j'étais encore à l'Institut. Du fait de leur approche qui peut être analytique, certains ne se sont pas intéressés aux nouvelles méthodes. Il y a des ergothérapeutes qui ont été diplômés il y a 20-30 ans qui sont tout à fait modernes dans leur approche. Ce n'est pas le fait qu'ils soient anciens dans le métier qui me faisait peur c'est vraiment le fait de tomber dans une équipe analytique où l'on ne pouvait pas débattre.* ». Cette citation permet de mettre en lumière que l'approche occupationnelle n'est pas pratiquée par tous les ergothérapeutes. En conséquence cela peut impacter l'engagement occupationnel d'autres ergothérapeutes évoluant au sein de la même structure. De ce fait, cette vision qui diffère entre ces professionnels met en avant la dissonance qui peut exister dans la pratique entre le paradigme occupationnel et le paradigme biomédical.

Obstacles	Facilitateurs
Budget	Soutien de la direction
COVID-19	Développement des connaissances sur l'ergothérapie de la part des autres professionnels de santé
Les demandes/attentes de la direction	Compréhension de la complémentarité entre l'approche biomédicale et de l'approche occupationnelle
Vision restreinte de l'ergothérapie	
Approches diverses du patient : -entre les ergothérapeutes et l'équipe pluridisciplinaire -entre les ergothérapeutes eux-mêmes	

Tableau 2- Obstacles et facilitateurs relatifs à l'hypothèse 2

5.3 Hypothèse 3 : les résultats

Hypothèse 3 : l'utilisation d'un modèle centré sur les occupations influence l'engagement occupationnel des ergothérapeutes en EHPAD.

La question des modèles conceptuels a été l'objet de différents points de vue d'une personne à l'autre. La première exprime son attachement à ces derniers. E1 : « *Ils sont essentiels. Je suis passionnée par les modèles conceptuels.* ». Bien qu'ayant fait l'objet de son mémoire d'initiation à la recherche, elle décrit également quelques difficultés. Sentiment partagé par les deux autres ergothérapeutes.

E2 : « *Pour moi les modèles sont utiles mais parfois trop compliqués à s'approprier. J'arrive à me débrouiller en faisant un mix avec tout ce dont j'ai pu voir durant mes études. Je n'ai pas besoin d'un modèle fixe donc j'avise un peu selon mes besoins et les besoins des résidents surtout.* ». Ici n'est pas remis en cause le caractère utile que peuvent apporter les modèles comme peut en témoigner la citation d'une autre ergothérapeute, E3 : « *Dans le positif, c'est que l'on est vraiment centré sur la personne, elle est plus actrice dans son suivi.* ». Cependant, ils semblent complexes dans leur utilisation qui demande quelques adaptations.

Ces modèles pouvant poser difficultés, questionne sur leur compréhension et leur mode de fonctionnement. E3 : « *Pour nos études je trouve que nous ne sommes pas trop au point sur les modèles. Par exemple, j'ai une camarade de promotion qui fait un Master d'ergothérapie au Canada et qui nous a expliqué les modèles totalement différemment.* ». La comparaison entre les formations françaises et canadiennes est ici mise en avant. Nos homologues nord-américains auraient ainsi quelques temps d'avance par rapport à l'Hexagone sur ce thème. D'autant que le développement des modèles conceptuels en ergothérapie s'est principalement basé en Amérique du Nord à l'image du modèle MCRO qui expliquerait ainsi cet écart.

Les ergothérapeutes interrogées semblent être en quête d'une pratique dans laquelle la notion de sécurité psychologique est privilégiée. E3 : « *Je me base beaucoup sur le modèle MCRO car je l'ai beaucoup étudié à l'école.* ». Ici par exemple, la formation de

la personne lui a permis d'engranger davantage de connaissances à propos d'un modèle. Dans ce sens, la thérapeute se base sur une approche unique d'un seul modèle. Cela peut mettre en évidence qu'il peut être difficile d'appliquer différents modèles pour diverses raisons comme par exemple, le manque de connaissance à l'égard d'autres approches. Cependant, une autre explication pourrait se baser sur les propos suivants : E2 : « *J'ai peur de me fixer sur un seul modèle conceptuel et donc me cloîtrer dans celui-ci et ne pas vouloir en sortir. J'ai peur que cela limite ma pratique.* ». Dans le cas présent, le point soulevé est le risque de s'enfermer dans une pratique monotone où, l'ergothérapeute ne peut aborder une situation, une personne sous un point de vue autre qu'un modèle en particulier. Cette notion de peur permet de mettre en avant la difficulté, le questionnement auquel les ergothérapeutes peuvent être confrontés au regard de leur pratique.

Un autre point abordé concerne le vocabulaire employé en lien avec les modèles conceptuels. E1 : « *Mon stagiaire m'a fait un diagnostic ergothérapeutique parfait avec des termes issus de la MCRO. Mais, on se demande comment vont réagir le médecin ou les collègues.* ». A l'image de l'hypothèse précédente, le lien entre l'environnement de travail et l'application des modèles peut constituer un frein. Ainsi, les termes que l'on peut retrouver dans la MCRO comme la notion de « *rendement occupationnel* » illustre l'écart qu'il peut exister dans la collaboration avec des différents professionnels de santé. Le vocabulaire employé n'est pas compréhensible par tous ce qui pourrait impacter la pratique de l'ergothérapeute au regard de certains modèles conceptuels.

E1 : « *Quand on est plongé dans le travail et la demande, on a tendance à oublier les modèles. Pour pallier à cela, c'est super intéressant de lire, d'échanger sur les réseaux sociaux, avec nos anciens camarades de formation.* ». Le fait d'actualiser sa pratique, ses connaissances sur les modèles conceptuels aurait ainsi un impact sur leur compréhension et leur application. De ce fait, les modèles conceptuels sont des supports importants à prendre en compte dans la carrière de l'ergothérapeute (Morel-Bracq, 2009).

Obstacles	Facilitateurs
Perception difficile des modèles	Approche holistique de la personne et centrée sur les occupations
« Peur » de s'enfermer sur un seul modèle	La diversité des modèles
Vocabulaire employé n'étant pas systématiquement compris par les autres professionnels	S'informer et débattre via la littérature et les réseaux sociaux

Tableau 3- Obstacles et facilitateurs relatifs à l'hypothèse 3

6. Discussion

L'objet de cette partie est de prendre en compte les différents éléments apportés ci-dessus afin de les traiter de la façon la plus objective possible.

6.1 Les réponses aux hypothèses

Les entretiens effectués permettent de valider nos différentes hypothèses. En effet, ces dernières comportent aussi bien des freins que des facilitateurs qui influencent la pratique de l'ergothérapeute.

En résumant une par une ces dernières, l'hypothèse 1 pour rappel, correspond à ceci : *« la représentation du paradigme occupationnel en ergothérapie influence l'engagement occupationnel de l'ergothérapeute en EHPAD »*.

En effet, les entretiens permettent de mettre en avant la volonté des personnes interrogées à s'engager dans une pratique centrée sur la personne et basée sur les occupations. Cette motivation à intégrer ce paradigme occupationnel semble être encrée au sein même de l'identité professionnelle des trois ergothérapeutes. Cela s'inscrit dans la démarche du code d'éthique lancée par la WFOT. Dans lequel *« Les ergothérapeutes participent à leur développement professionnel en poursuivant leur formation tout au long de leur carrière et ils appliqueront les connaissances et compétences acquises dans leur pratique fondée sur les données les plus probantes disponibles »* (WFOT, 2016). Ainsi, le développement de la pratique professionnelle doit se développer dans ce sens et ce, tout au long de la carrière de l'ergothérapeute. Rattaché à notre sujet, les ergothérapeutes semblent ainsi de par leur représentation du paradigme occupationnel se fonder dans une pratique centrée sur la personne et basée sur ses occupations. Cela constitue un facilitateur majeur relié à l'adhésion aux valeurs du paradigme occupationnel et au programme de la formation issue de l'arrêté du 5 juillet. Ceci est également le cas chez les futurs professionnels interrogés dans notre enquête exploratoire. De ce fait, nous pouvons mettre en avant que la transition vers le paradigme occupationnel puisse s'appuyer sur l'adhésion à la fois des ergothérapeutes récemment diplômés mais aussi celle des futurs professionnels.

Concernant l'hypothèse 2, qui pour rappel correspond à cette affirmation : « *la direction de l'établissement influence la pratique de l'ergothérapeute en EHPAD.* ». Nous pouvons valider cette hypothèse puisqu'elle a été déclinée par les participants comme étant à la fois un facteur facilitant et un facteur pouvant freiner leur engagement dans une pratique occupationnelle. De ce fait, la direction influence la pratique de l'ergothérapeute. Les exigences de celle-ci face au métier peuvent ainsi limiter l'ergothérapeute dans sa pratique. Pourtant, le but recherché étant de répondre aux besoins de la structure, de l'équipe pluridisciplinaire mais surtout des résidents. Pour cela, l'une des personnes interviewées mettait en avant le fait qu'il est nécessaire de clarifier sa pratique auprès de sa direction, en justifiant les missions dans lesquelles l'ergothérapie peut apporter un plus pour chacune des parties concernées. E2 : « *Tout le monde ne l'avait pas compris (l'approche occupationnelle de l'ergothérapie) et lors de mon deuxième entretien avec la cadre supérieure de pôle, je me suis rendue compte qu'elle avait pas du tout compris ce qu'était l'ergothérapie et elle pensait vraiment que ce n'était que la gestion du matériel.* ». D'un autre côté le soutien que peut apporter la direction reste un facteur qui privilégie le développement de la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. De ce fait, évoluer dans un environnement bienveillant et soutenant permettrait de favoriser l'engagement occupationnel de l'ergothérapeute en EHPAD.

Enfin, l'hypothèse 3 correspond à ceci : « *l'utilisation d'un modèle centré sur les occupations influence l'engagement occupationnel des ergothérapeutes en EHPAD.* ». Ici, la difficulté majeure relatée est la compréhension des modèles conceptuels. Deux des ergothérapeutes interrogées estiment avoir des difficultés à percevoir l'utilisation des modèles. La notion de « peur » est d'ailleurs utilisée dans le sens où l'utilisation d'un modèle contraindrait la personne à avoir une vision qui se limiterait au regard d'un seul et unique modèle. C'est donc cette difficulté de perception et de compréhension des modèles qui pourrait amener à la difficulté d'engagement dans une pratique occupationnelle. D'un autre côté et comme relaté précédemment, l'une des ergothérapeutes affirme le besoin en tant que professionnel de se renseigner et de suivre l'évolution de la pratique en ergothérapie au travers d'articles scientifiques mais également autour d'échanges de pratiques. Le développement de certains groupes ou rassemblements d'ergothérapeutes sur les réseaux sociaux est également décrit par cette même personne comme étant un moyen d'évoluer dans sa pratique

mais aussi, dans le cadre des modèles conceptuels, de mieux les comprendre et les aborder.

Les modèles conceptuels permettent d'adopter différentes approches de la personne et de ses occupations. Cet intérêt de par le manque de connaissances à l'égard de certains d'entre eux, se retrouvent ainsi limité : « *Les grands principes à respecter sont de connaître suffisamment bien les modèles que l'on utilise pour éviter des incohérences dues à des fondements théoriques possiblement contradictoires.* » (Morel-Bracq, 2017). Ces approches sont pensées et théorisées de telle sorte à ce qu'elles puissent soutenir l'ergothérapeute dans sa pratique : « *L'intérêt des modèles conceptuels est ainsi de procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté.* ». Cependant développés comme pouvant être facilitateurs pour les ergothérapeutes, dans cette étude, la perception des modèles semble difficilement maîtrisable et peuvent constituer un frein dans la pratique des ergothérapeutes.

6.2 Constat de l'étude

Au regard des éléments apportés via les différents entretiens mais également par rapport à notre enquête exploratoire, la réponse à notre question de recherche n'en est finalement pas qu'une seule. Elle fait état d'un nombre de facteurs divers et variés qui ensemble influencent la pratique de l'ergothérapeute.

L'analyse à la fois des réponses au questionnaire mais aussi des entretiens révèlent que les freins et les facilitateurs à l'engagement des ergothérapeutes dans une pratique centrée sur la personne et basée sur ses occupations en EHPAD nécessiteraient un travail de recherche plus approfondi permettant de prendre en compte davantage de facteurs différents comme l'impact de l'équipe pluridisciplinaire notamment qui a semblé être davantage un facteur pouvant avoir un lien important dans notre travail de recherche.

Etant un mémoire d'initiation à la recherche, l'analyse de facteurs issus de notre enquête exploratoire nous permet de sélectionner certaines données. Néanmoins il fut difficile de toutes les prendre en compte. D'autant que d'autres facteurs non abordés dans cette étude pourraient faire l'objet davantage de recherche à l'image de l'apprentissage du paradigme occupationnel au sein des différents Instituts de Formation en ergothérapie de France. Ainsi, d'autres études complémentaires sont nécessaires dans la poursuite de celle-ci afin d'apporter une réponse globale à notre question de recherche.

Néanmoins, il est important de signaler que l'un des constats qui peut ici être apporté se trouve dans la vision de l'ergothérapie qui semble évoluer petit à petit au sein des plus jeunes générations d'ergothérapeutes, aussi bien de la part des étudiants que des récents diplômés. Ce sujet semble être de plus en plus traité comme peut en témoigner l'article « L'ergothérapie signifiante : sens de la pratique professionnelle fondée sur l'occupation pour les ergothérapeutes en service de soins de suite et de réadaptation adulte » (Piazza, 2021).

La manque de reconnaissance au sujet de l'ergothérapie est un point soulevé par différentes personnes et semble être un sujet qui marque le quotidien des ergothérapeutes. Cette donnée révèle une forme de frustration qui freinerait l'engagement des ergothérapeutes dans une pratique issue du paradigme occupationnel. Quelles pourraient être les conséquences ? Combien d'ergothérapeutes jeunes diplômés pourraient alors subir un désengagement occupationnel en rapport avec leur activité professionnel et quitter le métier ?

Cette étude offre une perspective de lutter contre les freins pouvant limiter l'engagement des ergothérapeutes dans une pratique fondée sur le paradigme occupationnel.

6.3 Les limites et les biais de l'analyse des résultats

Les résultats obtenus dans la phase de recherche présentent diverses limites. Tout d'abord, les personnes interrogées ont toutes été diplômées en juillet 2020, soit moins d'un an avant la réalisation des trois entretiens. D'ailleurs, ce nombre d'interviews ne permet pas de regrouper un échantillon suffisamment objectif. De plus, deux des trois personnes interrogées ont étudié au sein du même établissement pouvant ainsi apporter une vision similaire sur le sujet.

En raison du contexte sanitaire, l'ensemble des entretiens ont été effectués uniquement par appel téléphonique sans rencontre avec la personne. Ceci ne permettant pas d'observer les possibles expressions du visage pouvant parfois être révélatrices des sentiments, des avis de la personne. De plus, nous pouvons ajouter que les hypothèses proposées ne sont pas assez nombreuses et peu ciblées pour traiter l'entièreté du sujet. Cela nécessiterait donc de réaliser davantage de recherches sur le sujet tout en réalisant une étude plus approfondie sur les hypothèses proposées.

Quant aux biais, le temps des entretiens a varié selon les personnes (E1 : 50 minutes – E2 : 20 minutes – E3 : 35 minutes). Cela peut mettre évidence que la passation des interviews n'a peut-être pas été égalitaire entre les participantes en termes de transmissions de savoirs sur le sujet. De plus, l'une des personnes interrogées fait partie de nos connaissances pouvant ainsi influencer les réponses apportées.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche a permis de mettre en avant divers résultats menant à répondre à notre question de recherche. Nous pouvons formuler le fait que les facteurs qui influencent l'engagement de l'ergothérapeute dans une pratique centrée sur la personne et basée sur les occupations sont très nombreux. Les hypothèses formulées permettent de répondre seulement en partie à notre question de recherche. Bien qu'il s'agisse d'un sujet qui, au regard des résultats obtenus dans notre enquête exploratoire, semble avoir de l'intérêt chez les étudiants en ergothérapie, les études sur le sujet restent peu nombreuses en France.

Les personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire étant des étudiants en 3^e année d'ergothérapie et des ergothérapeutes diplômés sous l'arrêté du 5 juillet 2010, les ergothérapeutes diplômés avant celui-ci n'ont pas pu être interrogés. Ceci met en avant que la problématique n'ait pas pu être traitée de façon globale et mériterait d'être prise en compte au sein de futures études sur le sujet.

Ainsi si l'on se projette dans l'avenir, cette réflexion autour du paradigme occupationnel et son application en pratique au sein des EHPAD pourrait également faire l'objet d'un sujet au sein d'autres structures ou d'autres populations. Pour étayer ces propos, l'accompagnement de personnes atteintes de pathologies mentales au sein des hôpitaux adaptés peut entraîner chez certains patients une « *privation occupationnelle* » (Le Roux et al., 2017). L'accompagnement en ergothérapie pourrait ainsi favoriser la diminution de cette atteinte au regard du paradigme occupationnel en ergothérapie. Pour cela, l'analyse des facteurs pouvant influencer la pratique de l'ergothérapeute pourrait ici faire l'objet d'une autre étude et apporter davantage de connaissances sur le sujet.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

Bertrand, R et al., (2018). Engagement occupationnel : construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. Dans CAIRE, Jean-Michel, et Arnaud SCHABAILLE. *Engagement, occupation et santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*. Paris: ANFE Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2018.

Kielhofner, Gary. *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. Davis, 1992.

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.

Margot-Cattin, Isabel, et Pierre Margot-Cattin (2017). « *Les modèles écologiques de la performance occupationnelle*. », p.52-63

Margot-Cattin, Isabel (2017). « *Le modèle Personne - Environnement - Occupation - Performance (PEOP)*. », p.63-71

Morel-Bracq, M-C (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*, p.1-5

Leroux, N (2008) *Qu'est-ce qu'habiter ?*. Dans *Vie Sociale et Traitement* (2000 à 2021), CAIRN.INFO.

ARTICLES

Charret, Lisbeth, et Sarah Thiébaud Samson. « Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie ». *Contraste* N° 45, n° 1 (27 avril 2017): 17-36.

Drolet, Marie-Josée, et Marjorie Désormeaux-Moreau. « Les valeurs des ergothérapeutes : résultats quantitatifs d'une étude exploratoire ». In *BioéthiqueOnline*, Vol. 3. Université de Montréal. Programmes de bioéthique., 2014.
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11335>.

Drolet, Marie-Josée, et Marjorie Désormeaux-Moreau. « L'importance accordée par des ergothérapeutes canadiens à des valeurs phares de la profession ». *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie* 5, n° 2 (25 novembre 2019): 15-46.
<https://doi.org/10.13096/rfre.v5n2.108>.

Hébert, M et al., (2013) *Préparer les étudiants en ergothérapie à la pratique professionnelle*. Dans *Actualités ergothérapeutiques* volume 15.3. p.22-24. [may AE mai 2013.pdf \(caot.ca\)](#)

Meyer, Sylvie. « L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation ». *Ergothérapies* 77 (22 mai 2020): 37.

Morgan-Brown, Mark, Marcus Ormerod, Rita Newton, et Dympna Manley. « An Exploration of Occupation in Nursing Home Residents with Dementia ». *British Journal of Occupational Therapy* 74 (1 mai 2011): 217-25.
<https://doi.org/10.4276/030802211X13046730116452>.

Morris, Karen, et Diane Cox. « Developing a descriptive framework for “occupational engagement” ». *Journal of Occupational Science* 24 (8 mai 2017): 152-64.
<https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1319292>.

Piazza, Thomas. « L'ergothérapie signifiante ». *Ergothérapies* 80 (29 janvier 2021): 43.

Riou, Gaëlle, et France Le Roux. « L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin ». *VST - Vie sociale et traitements* N° 135, n° 3 (4 août 2017): 104-10.

Saettel-Roger, Lisenn. « Editorial n°81 : Que peut-on dire aujourd'hui de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ? » *Ergothérapies* 81 (22 avril 2021): 5.

Thiébaud, Marc. « Accompagnement et analyse de pratiques professionnelles en groupe », s. d., 18.

AUTRES REFERENCES

ANFE (2019). « La profession – ANFE ». Consulté le 20 octobre 2020. <https://anfe.fr/la-profession/>.

BO Santé - Protection Sociale. (2010, 17 mai). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. <https://www.ecoledassas.com/wp-content/uploads/2019/02/Arrêté-du-5-juillet-2010-Formation-dergothérapeute.pdf>

Glehello, Maxime. « Les citations sur métier. » www.proverbes-francais.fr. Consulté le 16 mai 2021. <https://www.proverbes-francais.fr/citations-metier/>.

INSEE (2020). « Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee ». Consulté le 10 mai 2021. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>.

Meyer, S (2017). *Les facettes d'une approche occupationnelle*. Les sciences de l'occupation : au cœur du quotidien et de la santé, Lausanne. https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/ecole/reseau/ohs/Livret_Abstracts7.pdf

Serriere, F. (2020, 10 décembre). *Fany Cerese & Colette Eynard : Etre chez soi en institution* [vidéo]. YouTube : <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=iJH-ESNS398&t=1417s>

WFOT (2010). *Client-centredness in Occupational Therapy*. <https://wfot.org/assets/resources/Client-centredness-in-Occupational-Therapy.pdf>

WFOT (2012). Therapists, World Federation of Occupational. « About Occupational Therapy ». Text/html. WFOT. WFOT, 15 mai 2021. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>.

WFOT (2016) *Code of ethics*. <https://www.wfot.org/resources/code-of-ethics>

ANNEXES

ANNEXE I.....1
ANNEXE II.....5
ANNEXE III.....7
ANNEXE IV8
ANNEXE V10

ANNEXE I

Questionnaire en ligne à l'attention des étudiants en 3^e d'ergothérapie

Questionnaire à l'attention des étudiants ergothérapeutes de 3^e année

Bonjour,

Je m'appelle Dany et je suis actuellement en 3^e année d'ergothérapie à la Musse (Évreux). Dans le cadre de mon mémoire, j'aimerais interroger les étudiants de 3^e année par rapport à mon sujet qui porte principalement sur le paradigme occupationnel. Ce questionnaire comporte 9 questions et peut être réalisé dans un délai de 5 minutes.

Je vous remercie d'avance pour vos réponses 😊

1- Êtes-vous étudiant en 3^e année d'ergothérapie ? *

Oui

Non

Paradigme occupationnel

Le paradigme occupationnel définit une pratique centrée sur la personne afin de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. Le but premier de l'ergothérapie est de permettre aux personnes de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes y parviennent en travaillant avec les personnes et les communautés pour améliorer leur capacité à exercer les occupations qu'ils souhaitent, doivent exercer ou sont censés exercer, ou en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux soutenir leur engagement occupationnel.

...

2- Êtes-vous d'accord avec cette définition ? *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas d'accord
- Ne se prononce pas

3- L'application de cette pratique en France vous paraît : *

- Majoritaire
- Plutôt majoritaire
- Plutôt minoritaire
- Minoritaire
- Ne se prononce pas

4- En tant que futur diplômé, je pense m'engager dans une telle pratique : *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas d'accord
- Ne se prononce pas

5- En tant que jeune diplômé, mettre en place une pratique occupationnelle vous paraît : *

- Très compliqué
- Plutôt compliqué
- Plutôt simple
- Très simple
- Ne se prononce pas

6- Connaître les freins et les facilitateurs à l'engagement dans le paradigme occupationnel au sein de votre future pratique vous paraît : *

- Très pertinent
- Pertinent
- Peu pertinent
- Pas du tout pertinent
- Ne se prononce pas

7- Quels freins identifiez-vous à l'engagement dans le paradigme occupationnel au sein votre future pratique ? *

Réponse courte
.....

8- Quels facilitateurs identifiez-vous à l'engagement dans le paradigme occupationnel au sein de votre future pratique ? *

Réponse courte
.....

9- Des commentaires à ajouter ? *

Réponse courte
.....

ANNEXE II

Les réponses au questionnaire

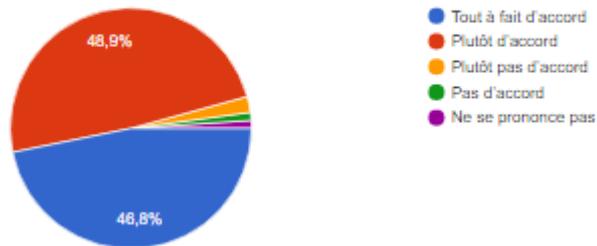
1- Êtes-vous étudiant en 3e année d'ergothérapie ?

94 réponses



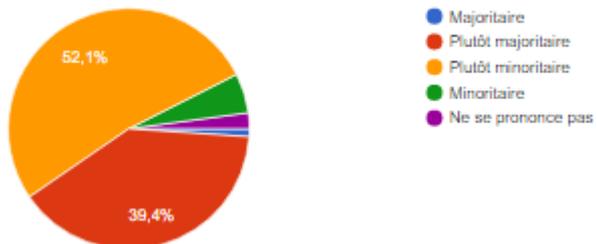
2- Êtes-vous d'accord avec cette définition ?

94 réponses



3- L'application de cette pratique en France vous paraît :

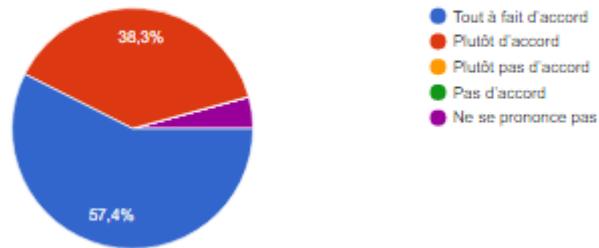
94 réponses



4- En tant que futur diplômé, je pense m'engager dans une telle pratique :

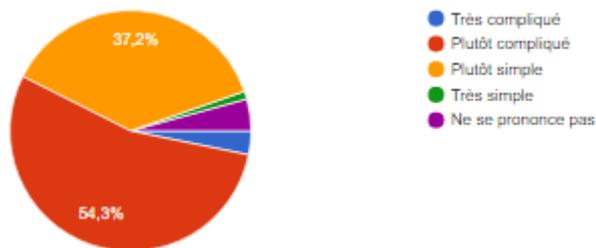


94 réponses



5- En tant que jeune diplômé, mettre en place une pratique occupationnelle vous paraît :

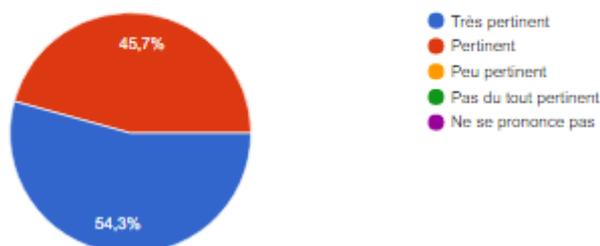
94 réponses



6- Connaître les freins et les facilitateurs à l'engagement dans le paradigme occupationnel au sein de votre future pratique vous paraît :

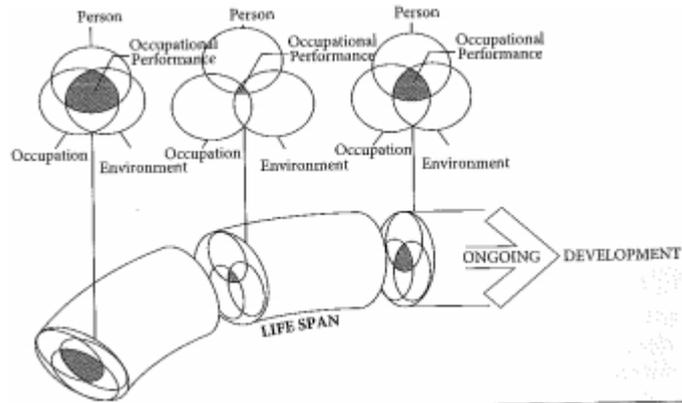


94 réponses



ANNEXE III

Présentation du modèle PEO



Guide d'entretien

Présentation : Bonjour, je me présente, je m'appelle Dany et je suis étudiant en 3^e année d'ergothérapie à Evreux. Je tenais à vous remercier dans un premier temps pour le temps que vous m'accordez dans le cadre de mon mémoire. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à m'interrompre. L'entretien est décomposé en trois parties. Chacune d'elles regroupent trois questions. L'objectif est d'échanger autour de différentes thématiques abordant le paradigme occupationnel en ergothérapie. Bien entendu, toutes les réponses que vous m'apporterez resteront anonymes. Avez-vous des questions ?

Partie 1/Hypothèse 1 : Personne (relatif au modèle PEO)

Rappel de l'hypothèse : la représentation du paradigme occupationnel en ergothérapie influence l'engagement occupationnel de l'ergothérapeute en EHPAD.

- 1- Que savez-vous du paradigme occupationnel ?
- 2- Que pensez-vous du paradigme occupationnel ?
- 3- De quelle manière cela freine ou facilite votre engagement dans une pratique occupationnelle ?

Questions de relance :

A quoi pensez-vous lorsque l'on vous l'occupation en ergothérapie ?

Auriez-vous des exemples à me citer ?

Partie 2/Hypothèse 2 : Environnement

Rappel de l'hypothèse : La direction de l'établissement influence la pratique de l'ergothérapeute en EHPAD.

- 4- Quelle vision porte la direction sur le métier d'ergothérapeute ?
- 5- Quelle vision porte-t-elle sur le paradigme occupationnel en ergothérapie ?

6- De quelle manière cela freine ou facilite votre engagement dans une pratique occupationnelle ?

Questions de relance :

Votre direction fait-elle le lien entre occupation et ergothérapie ?

Auriez-vous des exemples à me citer ?

Partie 3/Hypothèse 3 : Occupation

Rappel de l'hypothèse : l'utilisation d'un modèle centré sur les occupations influence l'engagement occupationnel des ergothérapeutes en EHPAD.

7- Sur quel(s) modèle(s) conceptuel(s) en ergothérapie fondez-vous votre pratique ?

8- Quelle vision portez-vous sur l'utilisation pratique de ce(s) modèle(s) ?

9- De quelle manière cela freine ou facilite votre engagement dans une pratique occupationnelle ?

Questions de relance :

Avez-vous des difficultés pour utiliser des modèles conceptuels en pratique ? A l'inverse, avez-vous des facilités ? Quelles sont-elles ?

Auriez-vous des exemples à me citer ?

10- Avez-vous d'autres choses à partager concernant l'ensemble thématiques abordées durant notre entretien ?

Je vous remercie de votre participation, en vous souhaitant une bonne continuation.

ANNEXE V

4^{ème} de couverture

L'engagement au sein du paradigme occupationnel des ergothérapeutes diplômés sous l'arrêté du 5 juillet 2010 et exerçant en EHPAD : Entre facilitateurs et obstacles.

DA COSTA AMORIN Dany

Résumé : L'ergothérapie est en plein essor en France. Cette évolution est également perceptible dans la pratique où, un changement de paradigme tend vers une approche davantage centrée sur la personne et basée sur ses occupations : le paradigme occupationnel. La question soulevée dans cette étude porte sur l'analyse des éléments facilitateurs ou obstacles à cet engagement occupationnel en EHPAD chez les ergothérapeutes diplômés sous l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. L'analyse de trois entretiens semi-directifs nous ont permis de mettre en évidence ces facteurs en adoptant une approche basée sur le modèle PEO (Personne Environnement Occupation). Ainsi les résultats obtenus permettent de mettre en exergue différents freins et facilitateurs relatifs à la personne, son environnement, et l'occupation en ergothérapie. Cette étude offre une perspective d'analyse de la pratique ergothérapique pouvant amener à davantage de recherche sur ce sujet.

Mots-clés : ergothérapie - paradigme occupationnel - engagement occupationnel -EHPAD - modèle PEO

The engagement within the occupational paradigm of graduated under the decree of July 5, 2010 occupational therapists working in nursing homes : between facilitators and obstacles

Abstract: Occupational therapy has an increasing development in France. This evolution can also be perceived in practice where a paradigm shift tends towards an approach that is more centered on the person and based on their occupations: the occupational paradigm. The question raised in this study relates to the analysis of the facilitating elements or obstacles to this occupational engagement in nursing homes among graduated occupational therapists under the decree of July 5, 2010 relating to the state diploma of occupational therapist. The analysis of three semi-structured interviews allowed us to highlight these factors by adopting an approach based on the PEO (Person Environment Occupation) model. Thus, the results found enabled us to emphasize various hindrances and facilitators relating to the person, their environment, and the occupation in occupational therapy. This study offers a perspective of analysis of occupational therapy practice that may lead to further research on this subject.

Keywords : occupational therapy – occupational paradigm – occupational engagement – nursing home – PEO model