Institut de Formation en Ergothérapie
IRFSS – Centre Val de Loire

croix-rouge française

Les modèles conceptuels : identifiables par les habitudes de pratique des ergothérapeutes ?

Unité d'Intégration 6.5 – Semestre 6
Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Mémoire d'initiation à la recherche
Sous la direction de Monsieur Lucas ROUAULT

Anne JOYAU

Promotion 2015-2018

N° Etudiant :

ERGOP409

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'article 9 de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapie précise que les critères de réalisation et de validation du mémoire d'initiation à la recherche, comme toutes évaluations des Unités d'Enseignements, sont définis par chaque institut de formation en ergothérapie.

L'étudiant s'engage à respecter les consignes telles qu'elles ont été définies et énoncées par l'institut de formation en ergothérapie de l'IRFSS – Centre Val de Loire. Ces consignes intègrent les règles de non plagiat, telles qu'elles sont définies par le code de la propriété intellectuelle.

Je soussigné(e), Anne JOYAU étudiante en 3ème année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'IRFSS – Centre Val de Loire, m'engage sur l'honneur à avoir menée ce travail dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informée des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude et/ou de plagiat avéré.

A Tours, le 15/05/2018

Signature :

REMERCIEMENTS

Je voudrais adresser en premier lieu mes remerciements à mon directeur de mémoire, Lucas ROUAULT, pour sa disponibilité, son investissement, sa réactivité et sa pédagogie qui ont été d'une grande aide dans ce travail de recherche.

Je tiens également à remercier Clémence, Marina, Julie, Maïlys, Rémi, Marion et Marion pour ces trois belles années.

Merci à l'ensemble des formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Tours pour ces trois années d'études riches en enseignements.

Merci également aux ergothérapeutes qui ont accepté de participer à ce travail.

Merci à chaque personne m'ayant permis de progresser dans ma réflexion.

Et enfin, un grand merci à ma famille et particulièrement à Grégoire, pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ces trois années d'étude et lors de la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR 1

REMERCIEMENTS 2

Introduction 1

I. Construction de la question de recherche 5

A. Présentation des modèles conceptuels 5

B. L'intérêt des modèles conceptuels dans les pratiques 10

C. Difficultés rencontrées par les ergothérapeutes liées des modèles conceptuels 12

D. La prise de conscience et l'utilisation de modèles conceptuels 15

II. Cadre de la recherche 17

A. L'évaluation initiale 18

B. L'habitude 20

C. Les modèles conceptuels 25

III. Création de notre outil d'analyse 28

A. Habitudes de pratique et modèle(s) conceptuel(s) 28

B. Modèles d'analyse 30

IV. Investigation sur le terrain 32

A. Matériaux à recueillir 32

B. Méthode utilisée 32

C. Dispositif d'investigation : 36

D. Conduite de l'investigation 39

V. Analyse des données 40

A. Préparation des données brutes 40

B. Choix des outils afin de traiter les matériaux bruts 41

C. Présentation des matériaux traités 43

Discussion **53**

Conclusion **56**

Bibliographie ..... **i**

Table des matières ..... **vii**

Liste des tableaux ..... **x**

Liste des figures ..... **xi**

Liste des acronymes ..... **xii**

Introduction

« *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social* » (Ministère de la santé et des sports, 2010, p. 171).

Pour obtenir le diplôme d'Etat d'ergothérapeute afin d'exercer les activités correspondantes, des compétences professionnelles sont nécessaires. Pour les acquérir, une formation d'une durée de trois ans est nécessaire, selon l'article 3 de l'arrêté du 5 juillet 2010, relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute (2010, p. 163).

L'article 6 de cet arrêté définit que le *« diplôme d'Etat d'ergothérapeute s'obtient par l'obtention des 180 crédits européens correspondant à l'acquisition des dix compétences du référentiel* » (Ministère de la santé et des sports, 2010, p. 164). Les « *European Credits Transfert System* » (ECTS) sont répartis dans deux catégories au cours de la formation : les unités d'enseignements comprenant les unités d'intégration et les enseignements dispensés en stage (ibid., p. 164).

Ces deux enseignements permettent à l'étudiant d'obtenir les 10 compétences relatives à l'exercice de la profession d'ergothérapeute définies dans l'arrêté du 5 juillet 2010.

Parmi ces compétences, l'arrêté stipule dans sa compétence 1 (Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique) que l'ergothérapeute se doit de « *choisir et maitriser les instruments de mesure, les méthodes, les moments et les lieux appropriés pour mener les évaluations en ergothérapie en fonction des modèles d'intervention* » (ibid., p. 177). La compétence 2 (Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement) stipule quant à elle que l'ergothérapeute doit « *choisir un modèle d'intervention ergothérapique […] afin de satisfaire les besoins d'activité et de santé des individus et des populations* » (ibid., p. 178).

Ces deux compétences nous définissent alors qu'un ergothérapeute diplômé d'Etat doit ainsi savoir utiliser les modèles d'intervention dans sa pratique quotidienne au cours des différentes étapes de la prise en soin auprès de l'usager. Cela comporte l'évaluation en ergothérapie, la conception du projet d'intervention mais également l'analyse de sa pratique professionnelle au regard des modèles de pratique (Compétence 7 : Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle).

Un modèle, selon Marie-Chantal Morel-Bracq, permet en effet de « *définir, guider et argumenter la pratique ainsi que la formation* », et plus spécifiquement en ergothérapie, il « *aide les ergothérapeutes et facilite la reconnaissance de l'ergothérapie par les autres membres de l'équipe médicale et paramédicale* ». (2008, p. 83)

Ainsi, pour permettre à l'ergothérapeute d'utiliser des modèles d'intervention au cours de sa pratique, la formation prévoit une unité d'enseignement au cours du semestre 2 consacrée à l'étude et à l'apprentissage des modèles conceptuels.

Au cours de nos différentes expériences de stage, que ce soit dans un Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (CMPR), une Association de Maintien à Domicile (ASMAD), un Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile (SESSAD) ou dans un hôpital de jour psychiatrique, la question de l'utilisation de modèles conceptuels par les ergothérapeutes nous est systématiquement apparue.

Nous avons pu ainsi échanger avec quatre ergothérapeutes sur ce sujet et voici les différents éléments qu'ils nous ont confiés.

D'une part, les ergothérapeutes ont déclaré que leur pratique « *ne nécessitait pas l'utilisation de modèles conceptuels* » (propos recueillis) et qu'ils ne ressentaient pas le besoin de s'y référer pour optimiser leur prise en soin. Par la suite, les praticiens ont affirmé que la qualité de leurs interventions ne dépendait pas de l'utilisation d'un ou plusieurs modèles conceptuels.

D’autre part, les quatre ergothérapeutes ont à l’unanimité fait part d’une « *complexité d’utilisation et un manque de compréhension* » des modèles ainsi que d’un « *manque de temps* » pour s’y référer correctement et les utiliser de façon cohérente.

Alors, malgré la nécessité d’utiliser des modèles conceptuels dans la pratique comme stipulé dans le référentiel de compétences des ergothérapeutes, qu'en est-il aujourd’hui de leur l'utilisation par les ergothérapeutes praticiens ?

C’est dans ce contexte que notre question de départ s’est posée :

Qu'est-ce qui permet l'utilisation des modèles conceptuels dans la pratique des ergothérapeutes praticiens ?

Afin de mener notre réflexion à son terme, notre recherche en intelligibilité s’interrogera sur la façon dont les ergothérapeutes intègrent cette théorie dans leur pratique.

Dans un premier temps, notre recherche s'intéressera au sens du terme modèle conceptuel, à sa signification dans le domaine médical mais également dans d’autres champs afin de prendre en compte l'ensemble des éléments relatifs aux modèles. Par la suite, nous aborderons l'intérêt des modèles dans les pratiques actuelles en ergothérapie ainsi que les difficultés associées que rencontrent les ergothérapeutes. Cette exploration, principalement constituée de références bibliographiques, nous permettra d'aboutir à la formulation d’une question de recherche, cherchant à identifier un processus influençant l'utilisation de modèles théoriques dans les pratiques.

Dans un deuxième temps, la question de recherche formulée nous amènera à réfléchir sur les grandes orientations et concepts théoriques qui en découlent dans la littérature pour pouvoir poursuivre notre démarche de recherche en ergothérapie.

Dans un troisième temps, nous élaborerons une problématique avant d’ébaucher notre modèle d’analyse avec la mise en place de nos hypothèses. Un modèle

d’investigation sera par la suite construit afin de permettre de vérifier nos hypothèses sur le terrain.

Dans un dernier temps, nous terminerons notre recherche par une critique de notre travail et nous proposerons de nouvelles pistes, de nouveaux éléments de recherche avant de conclure.

I. Construction de la question de recherche

A. Présentation des modèles conceptuels

Pour débuter notre écrit et mieux cibler le thème de notre recherche, identifions le contexte théorique et les grandes définitions qui régissent les modèles conceptuels.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), un modèle est une « *chose ou personne qui, grâce à ses caractéristiques, à ses qualités, peut servir de référence à l'imitation ou à la reproduction* ». Cette définition s'ajoute à celle du Larousse qui précise qu'un modèle est une « *représentation schématique d'un processus, d'une démarche raisonnée* ».

Concernant le terme conceptuel, le Larousse nous envoie à la définition de concept : « *Idée générale et abstraite que se fait l'esprit humain d'un objet de pensée concret ou abstrait, et qui lui permet de rattacher à ce même objet les diverses perceptions qu'il en a, d'en organiser les connaissances* ».

Un modèle conceptuel serait alors une théorie regroupant différents concepts, pouvant être reproduite schématiquement et servant de référence.

Dans un article à propos du langage, Landry, Allard, Deveau et Bourgeois ont élaboré le modèle conceptuel « *du comportement langagier autodéterminé et conscientisé* » (2005, p. 72). Ils affirment que ce modèle « *permet de formuler des hypothèses de recherche qui peuvent être vérifiées empiriquement* » (Landry, Allard, Deveau et Bourgeois, 2005, p. 72). Ainsi, la notion d'hypothèse doit être également inclue à notre définition.

Ces hypothèses permettent de prétendre à l'existence d'un lien entre des concepts, comme par exemple, entre le domaine du leadership et la recherche sur l'intimidation, le comportement contre-productif et l'agression au travail[1].

[1] Traduction libre d'après « *[…] a useful link between the field of leadership and research on bullying, counterproductive behaviour, and aggression at work* » (Einarsen, Schanke Aasland et Skogstad, 2007, p. 207).

Dans le domaine de l'ergothérapie, Marie-Chantal Morel-Bracq déclare qu'un modèle conceptuel est « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* » (2017, p. 2).

Cela signifie que les modèles se construisent à partir d'hypothèses, de valeurs fondamentales et des pratiques. Ces dernières jouent un rôle important dans l'élaboration de ces théories. En effet, d'après Kortman, les modèles professionnels sont caractérisés par « *une description du rôle et de la pratique des ergothérapeutes* »[2] (1995, p. 533). Ainsi, la description de leurs rôles et de leur pratique, qui sont différents en fonction du contexte professionnel, a alors permis de théoriser les multiples pratiques possibles de l'ergothérapie. Les modèles conceptuels sont le fruit de cette théorisation.

Nous pouvons retrouver dans différents écrits de multiples termes comme « *cadre conceptuel* », « *cadre de référence* » ou « *approche théorique* » qui sont des notions proches des modèles conceptuels mais qui complexifient leur compréhension (Morel-Bracq, 2017, p. 3). Cette donnée rejoint les propos de Kortman qui nous écrit que ces multiples termes avec leurs multiples définitions peuvent créer de la confusion chez les lecteurs qui cherchent à les comparer (Kortman, 1995, p. 532).

Ainsi, dans une optique de simplification des termes utilisés, nous prenons le parti d'employer uniquement le terme modèle ou modèle conceptuel dans notre recherche.

Au quotidien, un ergothérapeute peut être amené à rencontrer un panel très diversifié de modèles conceptuels. Il en existe de nombreux dans le domaine interprofessionnel mais également dans le domaine spécifique de l'ergothérapie. Ces derniers se sont développés avec l'émergence du troisième paradigme de l'ergothérapie axé sur l'interaction personne-activité-environnement (Morel-Bracq, 2017, p. 51).

---

[2] Traduction libre d'après « *type of model |professional] was characterised by a wide description of the role and practice of occupational therapists* ». (Kortman, 1995, p. 533)

Kortman propose trois catégories de modèles : les modèles professionnels, les modèles de délimitation et les modèles d'application[3]. Ceux-ci ont été repris par Marie-Chantal Morel-Bracq avec des appellations différentes : modèles généraux, modèles appliqués et modèles de pratique (2010, p. 3). Afin de permettre une compréhension optimale, nous avons choisis de conserver les termes utilisés par Marie-Chantal.

Les modèles généraux sont applicables avec un grand nombre de clients dans de nombreuses situations professionnelles[4]. Les modèles de pratique découlent des modèles appliqués. En effet, utiliser un modèle de pratique revient à utiliser une technique très spécifique, tout en suivant une ligne directrice, définie par un modèle appliqué (Kortman, 1995, p. 533-534). Selon Kortman, nous pouvons hiérarchiser ces trois types de modèles, comme nous le montre la figure ci-dessous.

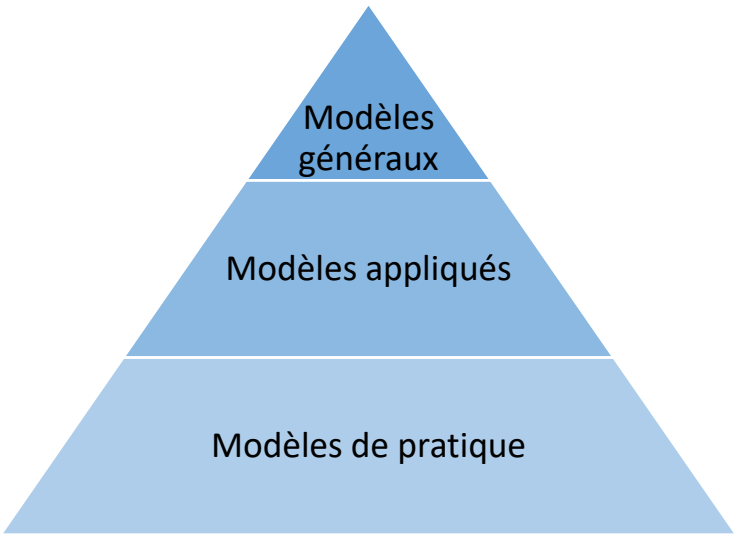


Fig. 1 La hiérarchie des modèles d'après Kortman

En raison d'un manque de bibliographie récente concernant les modèles de pratique, nous avons choisis de ne pas les prendre en compte dans notre recherche.

Ainsi, Marie-Chantal Morel-Bracq propose de classer les modèles généraux et appliqués de la façon suivante (2017, p. 4) :

[3] Traduction libre d'après « *Professional model* », « *Delineation model* » et « *Application model* » (Kortman, 1995, p. 533)
[4] Traduction libre d'après « *This type of model could be applied across many client groups and practice situations* » (Kortman, 1995, p. 533)

Tab. 1 : Classification des modèles généraux et appliqués d'après Morel-Bracq

<table>
<tr><th colspan="2">Modèles généraux</th></tr>
<tr><th>Interprofessionnels</th><th>Elaborés par des ergothérapeutes</th></tr>
<tr><td>Modèle de résolution de problèmes
Modèles du handicap
Modèle biomédical : CIH
Modèle bio-psycho-social : CIF, PPH
Modèle humaniste
Modèle systématique</td><td>Modèles écologiques de la performance occupationnelle (PEO)
Modèle Personne – Environnement – Occupation – Performance (PEOP)
Modèle de l'Occupation Humaine, de Gary Kielhofner (MOH)
Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)
Modèle Kawa (Rivière), de Michael Iwama
Modèle de compétence, de Jacqueline Rousseau
Modèle australien de la Performance Occupationnelle (OPM : A)</td></tr>
<tr><th colspan="2">Modèles appliqués</th></tr>
<tr><th>Interprofessionnels</th><th>Elaborés par des ergothérapeutes</th></tr>
<tr><td>Troubles physiques et cognitifs :
Modèle biomécanique
Modèle neuro-développemental
Modèle cognitif
Troubles psychosociaux :
Modèle psychodynamique
Modèle comportemental
Modèle cognitivo-comportemental
Modèle interactif</td><td>Cadre Conceptuel du groupe de Terminologie d'ENOTHE (CCTE)
Modèle du Processus d'Intervention en Ergothérapie (OTIPM)
Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)</td></tr>
</table>

Notre recherche s'intéressera en particulier aux modèles généraux interprofessionnels et élaborés par des ergothérapeutes ainsi qu'aux modèles appliqués en ergothérapie.

En effet, nous priorisons les modèles ergothérapiques car ceux-ci sont les plus importants pour notre identité professionnelle (Morel-Bracq, 2017). Quant aux modèles généraux interprofessionnels, ils « *peuvent s'adapter à de nombreuses situations* » (ibid., p. 13) et ainsi être présents dans la pratique de nombreux professionnels, contrairement aux modèles appliqués qui sont plus spécifiques (ibid., 2017) et qui s'utilisent généralement « *dans le cadre d'un modèle général* » (ibid. p. 167).

Une partie des modèles interprofessionnels a été conçue dans des disciplines comme la médecine, l'ergonomie, la psychologie. Ils ont ensuite été transférés de façon plus ou moins consciente dans la discipline de l'ergothérapie (Morel-Bracq, 2017, p. 4). Par la suite, des modèles conçus « *par des ergothérapeutes spécifiquement pour l'ergothérapie* » ont vu le jour (ibid., p. 4). Mais pour quelles raisons les ergothérapeutes ont intégré ces modèles à leur pratique ? Qu'est-ce que cela leur apporte ?

En reprenant la définition du terme modèle du CNRTL, nous pouvons assimiler les modèles conceptuels à des guides servant de référence au sein des pratiques professionnelles. Cependant, emprunter des modèles à d'autres professions « *rend difficile l'argumentation de ce qui est fait dans la pratique ainsi que l'expression de la spécificité de l'ergothérapie* » (Morel-Bracq, 2017, p. 7). C'est pourquoi des modèles élaborés par les ergothérapeutes ont vu le jour. Ces derniers permettent de « *comprendre, argumenter et spécifier notre profession* » (ibid., p. 4) et développer notre identité professionnelle (Platz, 2008, p. 121-122).

Chaque modèle ergothérapique enrichit notre pratique, comme par exemple le MOH de Kielhofner. Il est ainsi dit que son objectif premier est de développer des ressources pour guider et améliorer la pratique[5].

Quels sont les autres intérêts d'intégrer des modèles conceptuels dans une pratique ?

[5] Traduction libre d'après « *the Model oh Human Occupation was initiated with the specific goal of developing resources to guide and enhance practice* » (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 62).

B. L'intérêt des modèles conceptuels dans les pratiques

Saulnier affirme que dans les soins infirmiers, pratiquer sans se référer à un modèle conceptuel est chose possible (2004, p. 7). Cependant, il est important de savoir « *pourquoi tel acte est plus approprié qu'un autre et savoir quelle attitude prendre dans le contexte où l'on donne un soin* » (2004, p. 7).

Pour cela, les modèles conceptuels vont en premier lieu « *permettre d'organiser et expliquer les phénomènes autour de l'activité humaine* » en ergothérapie (Brousseau, Gauthier, Morel-Bracq, 2017, p. 222).

Ensuite, comme le souligne Marie-Chantal Morel-Bracq, adopter des modèles conceptuels dans la pratique permet de l'uniformiser et de la rendre cohérente et compréhensible par l'ensemble des professionnels les intégrant également dans leur pratique (2008).

Les modèles peuvent être comparés à des points de vue. Dans certains l'aspect médical est privilégié, dans d'autres c'est l'aspect mécanique, ou encore l'aspect psychique. Par conséquent, lorsqu'un professionnel utilise un modèle conceptuel, cela permet aux autres d'identifier son point de vue de la situation, ce qui facilite la compréhension de tous.

Avoir une pratique basée sur des preuves permet qu'elle soit cohérente. En effet, être cohérent signifie selon le Larousse « *manifester de la continuité, de la logique dans ses idées et ses actes* ». L'*Evidence-Based Practice* (EPB), permet aux professionnels de santé d'utiliser l'information disponible la plus appropriée pour prendre des décisions cliniques[6]. Ces deux aspects sont présents dans les modèles conceptuels.

En effet, « *l'intérêt des modèles est de procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluations cohérents et pour la*

[6] Traduction libre d'après « *Evidence-based practice (EBP) is an approach to health care wherein health professionals use […] the most appropriate information available, to make clinical decisions for individual patients* » (McKibbon, 1998, p. 396).

plupart des résultats de recherche solides garantissant une démarche de qualité » (Morel-Bracq, 2017, p. 8). Ainsi, avoir une pratique basée sur les preuves renforce sa cohérence et sa qualité.

Egalement, les modèles aident les ergothérapeutes à « *regarder le réel* », à avoir une « *organisation de pensée, d'évaluation et d'intervention* », et à s'appuyer sur « *une réflexion de fond* » (Brousseau, Gauthier et Morel-Bracq, 2017, p. 227). Cela est d'autant plus véridique pour les étudiants et les jeunes diplômés qui « *ont besoin de passer par l'étape d'analyse et d'explicitation pour développer leurs compétences* » (ibid., p. 224).

Les modèles ergothérapiques, comme le MOH, « *sont centrés sur l'action, l'agir, la performance occupationnelle* » afin que les ergothérapeutes puissent identifier l'aide à apporter aux usagers pour qu'ils réalisent, dans leur environnement, des activités signifiantes dans un processus de changement thérapeutique (ibid., p. 222).

Les modèles sont donc utiles aux professionnels. Par exemple, le Modèle de l'Occupation Humaine de Gary Kielhofner soutient la pratique de l'ergothérapie par la structuration du discours et des observations des professionnels. (Mignet, Doussin-Antzer, Sorita, 2017). Il permet de fournir aux ergothérapeutes une « *boite à outils* » de matériel d'évaluation et d'intervention (ibid., p. 80).

Enfin, les modèles peuvent être bénéfiques pour l'usager. Kielhofner explique que l'utilisation d'outils concrets et valides va également avoir une incidence positive directe sur l'usager dans sa motivation, sa prise de décisions et sa participation à la démarche thérapeutique (cité par Bélanger, Briand et Marcoux, 2006, p. 8).

Ces nombreux intérêts quant à l'utilisation de modèles conceptuels dans la pratique de l'ergothérapie renforcent notre interrogation : Comment se fait-il que, lors de nos stages de pratique professionnelle, aucun ergothérapeute rencontré n'utilisait de modèles ?

C. Difficultés rencontrées par les ergothérapeutes liées des modèles conceptuels

De nombreux modèles conceptuels sont issus de pays étrangers, comme par exemple le MCREO et le MOH élaborés au Canada et le PEOP provenant des Etats-Unis. Ces modèles sont difficilement appropriés par les ergothérapeutes français, d'une part en raison de la nécessité de traduction, mais également en raison de la différence culturelle (Morel-Bracq, 2008, p. 84).

En effet, les pays ont bénéficié de l'influence de courants philosophiques différents, comme par exemple le pragmatisme aux Etats-Unis contre le modèle comportemental dans les pays anglo-saxons. Ces différents courants de pensée se retrouvent actuellement au sein des modèles, ce qui ne permet pas une appropriation optimale des modèles dans des pays autres que celui d'origine (ibid., p. 84).

Cela peut décourager les ergothérapeutes français à utiliser les modèles étrangers, la traduction demandant du temps, même si de plus en plus de modèles sont traduits en français au fil des années. De plus, outre la traduction, il faut également le temps de comprendre la philosophie sous-jacente des modèles lorsqu'elle n'est pas celle du pays d'origine, et savoir comment l'adapter à un contexte culturel différent.

Egalement, il n'existe actuellement pas de modèle élaboré par des ergothérapeutes destiné spécialement à culture et aux pratiques françaises qui permettrait une appropriation naturelle des différents concepts.

Dans les soins infirmiers, Diane Saulnier rapporte que « *la complexité et la difficulté d'application de certains de ces modèles ont découragé grand nombre d'infirmières à recourir à ces concepts en clinique. Ils sont cependant beaucoup utilisés dans le cadre de la formation des étudiantes* » (2004, p. 6).

Ainsi, deux éléments importants sont mis en évidence : d'une part, le fait que les modèles infirmiers ne sont pas simples dans leur application pratique, et d'autre part, que les difficultés d'application sont présentes malgré la forte exposition des

modèles dans la formation en soins infirmiers. N'en est-il pas de même dans notre discipline ?

En effet, il se trouve qu'il existe actuellement des questionnements d'ordre sémantique dans le MOH de Gary Kielhofner, ce qui implique « *parfois des difficultés à appréhender les concepts du modèle* » et peut « *représenter un frein à son utilisation* » (Mignet, Doussin-Antzer et Sorita, 2017, p. 73). Cela a pour conséquence le fait que peu de professionnels l'utilisent dans leur pratique (ibid., p. 80). Les différents concepts qui composent les modèles peuvent ne pas avoir de définition spécifique ce qui entraine un obstacle majeur à la compréhension et à l'application de certains modèles (Kerfting, 1985, p. 174).

Egalement, les ergothérapeutes rencontrés en stage nous ont fait part de la présence d'une complexité d'utilisation des modèles. En effet, ils ne se sentaient « *pas à l'aise avec certains outils et termes* » (propos recueillis), comme par exemple, la performance et l'engagement occupationnels. Cela rejoint les propos de Frédéric Platz expliquant que la complexité et la « *difficulté d'application sur le terrain clinique déstabilisent fréquemment les professionnels* » (2008, p. 122).

Il se trouve également que certains modèles comme l'OPM : A peuvent « *paraître complexe et difficile d'accès* » (Morel-Bracq et Doussin-Antzer, 2017, p. 124).

Autre élément important, certains modèles sont adoptés par des ergothérapeutes grâce au fait que leurs collègues les utilisent. En effet, une étude américaine a été réalisée par Lee, Taylor et Kielhofner afin d'identifier comment les ergothérapeutes choisissent et utilisent le MOH. Dans cette dernière, 70% des ergothérapeutes utilisant ce modèle ont déclaré avoir travaillé dans une structure dans laquelle le MOH était déjà utilisé par des collègues, et que cela a indicé leur choix de l'appliquer également (2009, p. 66).

Cependant, lorsqu'un ergothérapeute « *utilise un modèle qui n'est pas en cohérence avec le modèle ou le schème de référence dominant de l'institution, on est à peu près certain de voir apparaître des conflits d'équipe* » (Brousseau, Gauthier, Morel-Bracq, 2017, p. 227). Cela pourrait provoquer un désengagement de l'ergothérapeute dans l'utilisation du modèle par lequel il exerçait afin de se conformer au raisonnement de l'équipe ou de l'institution.

L'utilisation de certains outils nécessite une formation spécifique, comme par exemple les entretiens systémiques (Caire et Morel-Bracq, 2017, p. 46). Les professionnels ont l'obligation de se former afin, entre autre, de « *favoriser le développement de leurs compétences* » comme le stipule l'article 2 de la loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 : « *la formation professionnelle tout au long de la vie constitue une obligation nationale* » (Assemblée Nationale et Sénat, 2004).

D. La prise de conscience et l'utilisation de modèles conceptuels

Nous avons vu que les ergothérapeutes rencontrés affirment ne pas utiliser de modèle conceptuel dans leur pratique pour diverses raisons énoncées ci-dessus.

Cependant, si nous reprenons les propos de Kortman, les modèles ont été créés à partir des pratiques (1995). En effet, l'étude des différentes pratiques a permis de les théoriser sous forme de modèle. De ce fait, si l'ensemble des pratiques a été étudié, chaque pratique actuelle doit pouvoir être associée à un modèle conceptuel. Ainsi, la pratique d'un ergothérapeute affirmant ne pas adopter de modèles conceptuels dans son exercice, pourrait être assimilée à un modèle existant dont l'ergothérapeute n'aurait pas connaissance.

En effet, certains modèles ne sont pas systématiquement utilisés de façon consciente. C'est le cas de la résolution de problème qui est « *un processus fondamental que nous utilisons tous les jours dans notre vie quotidienne, souvent de façon peu consciente et peu structurée* » (Morel-Bracq, 2017, p. 14).

Cela peut être également le cas du modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO). En effet, Pierre et Isabelle Margot-Cattin affirment que certains ergothérapeutes utilisent les différents concepts de ce modèle, « *sans toujours savoir qu'ils utilisent un modèle conceptuel* » (2017, p. 60).

Argyris et Schön expliquent que les professionnels ajustent leurs savoirs afin de s'adapter aux situations particulières et quotidiennes. Cela donne naissance à des théories, issues directement de la réflexion des ergothérapeutes sur et dans leur pratique quotidienne, qu'ils ont nommées « *théories d'usage* » (cités dans Hébert, Maheux et Potvin, 2002, p. 33).

Ces théories sont définies comme le « *savoir caché dans l'agir professionnel qui se développe dans la pratique d'une discipline* » (ibid., p. 33). En effet, pour mettre en place des interventions efficaces dans des situations particulières, le professionnel « *élabore des théories par sa réflexion dans l'agir et sur l'agir* » (ibid., p. 33). Ainsi, ce

savoir caché de l'ergothérapeute pourrait s'apparenter à un modèle conceptuel, dont il n'aurait pas obligatoirement conscience.

Ainsi, suite à l'ensemble de ces recherches et à notre réflexion, une nouvelle interrogation s'impose à nous :

Comment savoir si un professionnel qui ne considère pas intégrer de modèle à sa pratique, ne le fait-il pas de façon inconsciente ?

II. Cadre de la recherche

Au cours de notre recherche, différents concepts nous sont venus à l'esprit. Tout d'abord, le fait que des ergothérapeutes puissent éventuellement utiliser des modèles conceptuels sans le verbaliser nous fait apparaitre le concept de l'inconscient. La définition que nous procure le CNRTL est : « *dont le sujet n'a pas la perception claire dans une situation donnée* ».

En effet, comme nous venons de le voir, un ergothérapeute peut agir par des mimétismes de pratiques de ses collègues, ou de ses anciens tuteurs de stage utilisant des modèles conceptuels. Ce professionnel agira alors sans avoir la perception que sa pratique intègre des modèles conceptuels. Cela relèvera donc de l'inconscience. Cependant, nous n'aborderons pas le concept de l'inconscient car nous estimons que ce sujet est trop complexe et, au final, éloigné de notre thème principal.

Dans notre recherche, nous nous intéressons également au concept de l'habitude, en particulier lorsqu'elle est relative à une pratique professionnelle. En effet, tout sujet met en place des routines, des habitudes dans sa pratique par l'adoption de mécanismes afin d'avoir un instrument nécessaire au travail et être dans l'économie d'effort (Delacroix, 1934).

Enfin, nous étudierons l'utilisation concrète des modèles conceptuels dans les pratiques, les différents éléments qui nous permettent de les identifier.

A. L'évaluation initiale

Afin de cadrer notre travail et faciliter la recherche des habitudes, nous nous sommes concentrés sur une étape au cours de la prise en soin d'un usager. Ainsi, nous intéressons à la pratique de l'ergothérapeute au moment de l'évaluation initiale.

En effet, « *très souvent, les évaluations initiales sont révélatrices du modèle […] utilisé par l'institution et par les thérapeutes* » (Brousseau, Gauthier, Morel-Bracq, 2017, p. 227) et « *le choix des outils d'évaluation est […] un élément déterminant de la pratique professionnelle* » (Saget, Montardon, p. 100).

Il est alors nécessaire de définir cette étape clé dans l'accompagnement des personnes. Pour cela, notre attention s'est portée sur le terme évaluation dans un premier temps.

En ergothérapie, l'évaluation prend son inspiration auprès des paradigmes existants dans le but de « *déterminer le statut de la personne par l'expertise des handicaps et en corollaire les besoins qui vont décliner les objectifs et les actions de soins* » (Kalfat, 2006, p. 16). Pour cela, le professionnel doit définir les forces et les faiblesses de l'usager ainsi que le contexte dans lequel ils se développent (ibid.). La démarche d'évaluation va permettre d'atteindre les objectifs fixés, de « *choisir les interventions les plus efficaces et surmonter les problèmes qui limitent l'action de l'usager dans la société* » (Caire, Margot-Cattin, Schabaille, Seene, 2008, p. 157). Cela permet également « *d'argumenter et justifier l'efficacité de sa pratique* » (ibid., p. 157) ainsi, l'évaluation a toute la place dans notre recherche.

Au sein du dossier du patient en ergothérapie, publié par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), nous retrouvons les différentes étapes de la démarche de soin en ergothérapie (2001) :

- Le recueil de données
- Le choix de l'approche de soins
- La formulation des objectifs
- Le plan de traitement et la réalisation des soins

- L'évaluation et la fin de traitement
- Le suivi du patient

Nous nous intéressons ici au recueil de données, qui est une étape indispensable afin de « *définir, valider et hiérarchiser les problèmes du patient* », ainsi que de définir les objectifs (ANAES, 2001, p. 22). Elle est composée de deux étapes clés : l'analyse de situation et la réalisation de bilans spécifiques.

En premier, l'analyse de situation « *permet d'évaluer les aptitudes et capacités du patient* ». On y retrouve la prise de renseignements qui se fait à partir de données écrites (exemple : dossier du patient) et orales (exemple : entretien avec la famille) ainsi que « *l'observation du patient dans ses habitudes de vie, ainsi que ses conduites et relations dans les activités thérapeutiques qui guident la démarche* » (ibid., p. 22).

En second, les « *bilans spécifiques sont réalisés en fonction des problèmes rencontrés* » et permettent de mettre sous forme d'objectif les attentes et les besoins du patient (ibid., p. 22).

Ainsi, ce que nous définissions par le terme évaluation initiale, porte le nom de recueil de données par l'ANAES.

B. L'habitude

1. Qu'est-ce qu'une habitude ?

Le CNRTL nous donne comme définition de l'habitude : « *Manière usuelle d'être, de sentir ou de faire* ». Pour Jean-Claude Kaufmann, « *l'homme est fait d'habitudes, il n'est presque fait que d'habitudes* » (2001. p. 158). Cela signifie donc que l'Homme, l'humain, possède de multiples manières d'être, de sentir ou de faire.

Pour Marc Loriol, les habitudes « *régulent l'action* » (2001, p. 761). Il précise qu'elles ne sont pas simplement synonymes de répétition puisqu'une part est donnée à l'invention (ibid.).

En effet, Delacroix illustre cet aspect par l'exemple de la marche : ce n'est pas seulement un enchaînement de « *combinaisons mécaniques rigides et uniformes, de contractions musculaires* » puisqu'il faut l'adapter aux différentes propriétés du sol (1934, p. 95).

De plus, Emile Durkheim ajoute que la répétition importante d'un acte fortifie l'ancrage de l'habitude (2017). Mais si le comportement répété est nécessaire pour mettre en place une habitude, cela ne signifie pas qu'une habitude acquise sera toujours utilisée (Hodgson, 2004). Hodgson résume alors ce concept comme « *une propension à se comporter d'une manière particulière dans une classe particulière de situations* »[7] (2004, p. 652).

Delacroix développe cette idée en ne réduisant pas l'habitude à des répétitions de plus en plus faciles et rapides des étapes de l'apprentissage, ni comme un système d'additions de ce qui rend l'expérience réussie et de soustraction des erreurs (1934). Pour lui, l'habitude est à la fois « *construction et réglages ; constitution de formes globales, synthétiques de plus en plus succinctes ; organisation de groupement supérieurs qui se déclenchent dès le début de l'impulsion* » (ibid., p. 94). Il faut fixer et organiser les réussites lors des premiers tâtonnements (avant que l'habitude ne soit

[7] Traduction libre d'après « *It is a propensity to behave in a particular way in a particular class of situations* » (Hodgson, 2004, p. 652).

mise en place) en ensembles dont la cohérence augmente au fur et à mesure des essais, jusqu'à atteindre la limite d'apprentissage (ibid.). Delacroix compare l'instauration d'habitude à un « *apprentissage par sélection des variations utiles* » : au début le sujet agit au hasard, essaie de nouvelles choses lorsqu'il est confronté à l'échec et cela progressivement jusqu'à atteindre la réussite (ibid., p. 99-100).

La définition présente dans l'encyclopédie Universalis définit également l'habitude comme « *l'association d'une stimulation (S) et d'une réponse (R), de telle sorte que celle-ci reparaît de manière régulière en présence de celle-là* » (Baladier). Ainsi, le terme d'impulsion cité par Delacroix rejoindrait celui de stimulation et consisterait en l'élément déclencheur de l'habitude.

Baladier dans sa définition de l'habitude, ajoute que c'est « *une conduite ou un ensemble de conduites pouvant s'acquérir par des actes répétés et se conservant de manière relativement stable* ». Cela rejoint les différentes définitions vues précédemment en ajoutant la notion de stabilité dans la conservation de l'habitude.

La stabilité est définie par le CNRTL comme « *caractère de ce qui se maintient tel, sans profondes variations, pendant un temps assez long* ».

De plus, la capacité d'acquérir des habitudes nouvelles, de les conserver et de les utiliser « *avec un certain automatisme* », fait partie des processus généraux de l'adaptation de l'individu à son milieu (Baladier).

Nous retrouvons le concept d'habitude dans le Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1980). Les composantes principales de ce modèle sont la volition, l'habituation et la capacité de rendement (Bélanger, Briand et Marcoux, 2006). L'habituation est décrite comme l'élément qui « *s'intéresse à l'organisation de nos actions sous la forme de comportements semi-automatiques* » (ibid., p. 9). Elle comporte deux notions : les rôles et les habitudes. Ces dernières sont les « *dispositions acquises à répondre automatiquement et à agir de façon constante lors d'une situation connue ou dans un environnement familier* » (Mignet, Doussin-Antzer, Sorita, 2017, p. 75).

Pour Delacroix, « *l'habitude opère sur une base de mécanismes préalables, sur un fond de nature et d'aptitude* » (1934, p. 91). Il précise que les « *grands intérêts de la vie* » de la personne soutiennent et portent l'habitude (ibid., p. 91). Ainsi, ce qu'un sujet fait par habitude dépend de ce qu'il est, de ce qu'il sait faire mais également de ses intérêts.

Afin d'acquérir des habitudes, il faut avoir une capacité de mémoire pour que les différentes étapes constructives de l'habitude soient enregistrées et permettre ainsi rendre plus faciles et plus rapides les essais ultérieurs (Delacroix, 1934).

Ravaisson, nous apporte la notion d'habitude contractée qui est une habitude qui subsiste alors que le changement qui lui a donné naissance n'est plus (1838). Il apporte également la notion de continuité et de répétition du changement pour lesquelles il affirme que « *plus l'être vivant a répété ou prolongé un changement qui a son origine en lui, plus encore il le reproduit et semble tendre à le reproduire* » (ibid., p. 9).

Maine de Biran affirme que la sensation continue et répétée tend à s'évanouir alors que « *le mouvement devient toujours plus précis, plus prompt et plus facile* » (1799, p. 240). Ainsi, l'effort « *s'affaiblit dans le même rapport que la rapidité, la précision et la facilité augmentent* » (ibid., p. 121-122).

Pour Hodgson, « *les mécanismes de l'habitude sont en grande partie inconscients* »[8] (2004, p. 652). Ainsi, l'utilisation habituelle de modèles conceptuels peut être inconsciente.

2. Quels effets découlent de la mise en place d'habitudes ?

Pour Ravaisson, « *l'habitude transforme en mouvements instinctifs les mouvements volontaires* » (1838, p. 32). Une des différences entre l'instinct et faire de façon volontaire réside dans la prise de conscience du but de l'action et de son

[8] Traduction libre d'après « *The mechanisms of habit are largely unconscious* ». (Hodgson, 2004, p. 652).

intention. En effet, l'instinct est un « *mouvement intérieur […] qui pousse le sujet à exécuter des actes adaptés à un but dont il n'a pas conscience* » tandis que le terme volontaire renvoie à la volonté qui est le « *pouvoir qu'a l'homme d'accomplir des mouvements et des actes en les contrôlant, c'est-à-dire en fonction d'une représentation consciente et d'une intention préalable de les accomplir* » (Lafon, 1969). Ainsi, l'habitude transforme les mouvements conscients et intentionnels en mouvements inconscient et sans intention.

Jean-Didier Urbain ajoute que l'habitude « *libère l'esprit de la contingence des gestes ordinaires en permettant de les accomplir sans y penser* » (2010, p. 23). Et Maine de Biran de compléter : « *l'effet le plus général de l'habitude est d'enlever toute résistance, de détruire tout frottement ; c'est comme une pente où l'on glisse sans s'en apercevoir, sans y songer* » (1799, p. 65). Ainsi, faire par habitude permettrait de supprimer la conscience des gestes, des actes. Par exemple, lorsque nous écrivons, nous ne prêtons plus attention à la manière dont nous tenons notre crayon ni comment nous traçons les lettres, choses auxquels nous prêtions attention lors de l'apprentissage. La répétition d'exercices graphiques est nécessaire avant de maitriser cette compétence, avant qu'elle ne devienne inconsciente.

Mais quel est l'intérêt de faire sans penser, sans s'en apercevoir ?

Jérôme Petit évoque que les habitudes et les routines qui se rapportent au déplacement sont mises en place et conservées par les acteurs dans un but d'économie dans la vie quotidienne (2003, p. 44). En effet, Delacroix complète ce propos en ajoutant que « *savoir monter des mécanismes, c'est faire économie d'effort et c'est créer l'outil nécessaire au travail* » (1934, p. 90).

Pour Becker, cet effort serait la recherche d'informations car il affirme que les habitudes permettent son économie (1992). Ainsi, faire par habitude permettrait de faire sans penser à la façon de procéder ce qui « *laisse ainsi à l'esprit le temps de se vouer tout à son gré à l'essentiel* » dans le cas où le geste est quotidien (Urbain, 2010, p. 23).

Ainsi si nous transposons cela à la pratique de l'ergothérapeute, les habitudes quotidiennes qu'il a acquises lui seront en partie inconscientes et vont lui permettre de concentrer son attention sur un essentiel, comme par exemple une situation nouvelle.

Delacroix compare l'habitude à un automatisme mais pour lequel il faut s'accorder une partie de liberté de plus en plus importante (1934). Cette liberté est décrite sous le terme d'adresse : mouvements fluides, indépendance, économie d'effort, restriction de la zone d'action, succession des gestes régulée etc (ibid.). Cela permet au sujet de dépasser les « *mouvements saccadés, contournés, forcés* » qu'il avait en débutant (ibid., p. 95). Ainsi, le mouvement devient plus adroit et donc plus efficace. Nous savons qu'une habitude ne se résume pas aux mouvements, mais à l'ensemble des comportements que nous avons dans notre vie quotidienne. Ainsi pour Lally, Van Jaarsveld, Potts et Wardle, les comportements répétés dans des contextes cohérents permettent de procéder en réfléchissant moins et de manière plus efficace (2010).

Au-delà de l'économie dans les efforts, pour Hodgson, l'homme a développé la capacité à former des habitudes dans le but de faire face à l'incertitude, la complexité et la variabilité des circonstances qu'il a rencontré depuis des centaines de milliers d'années (2004). De plus, l'« *habituation est un mécanisme social qui implique généralement l'imitation d'autrui ou qui résulte d'un comportement souvent contraint par les autres* »[9] (ibid., p. 652).

De ce fait, les ergothérapeutes peuvent acquérir des habitudes d'utilisation des modèles par l'imitation ou par la contrainte des autres. En effet, lors de la formation et plus particulièrement lors des stages, les futurs professionnels sont confrontés à des pratiques professionnelles qu'ils peuvent imiter en totalité ou en partie, ou s'en inspirer.

Ainsi, en reprenant les éléments et les termes des définitions précédemment évoquées, nous pouvons formuler une nouvelle définition de l'habitude qui nous servira de point de base dans notre recherche : Conduite plus ou moins consciente, stable dans le temps, qui se manifeste par une répétition d'actes tout en s'adaptant aux situations rencontrées, qui a pour élément déclencheur une situation connue ou un environnement familier et qui permet une économie d'effort.

[9] Traduction libre d'après « *habituation is a social mechanism, which typically involves the imitation of others, or results from behaviour that is repeatedly constrained by others* » (Hodgson, 2004, p. 652)

C. Les modèles conceptuels

Comme l'explique Marie-Chantal Morel-Bracq, « *choisir un modèle, c'est prendre un instrument pour regarder : lunettes grossissantes, lunettes colorées… qui vont permettre de mettre en évidence certains aspects plutôt que d'autres* » (2017, p. 5-6). Ainsi, pour une situation donnée, différents modèles peuvent être adoptés en fonction de que l'on cherche à mettre en relief. « *Il n'y a pas de bon et de mauvais modèle, par contre il y a des modèles plus ou moins adaptés à la situation présente et au contexte d'exercice* » (ibid. p. 6).

Que signifie l'utilisation d'un modèle conceptuel ? Comment un ergothérapeute l'intègre dans sa pratique ?

En premier lieu, « *les modèles tentent de répondre à la question : qu'est-ce que les thérapeutes évaluent et traitent, et pourquoi ?* »[10]

Tout d'abord, nous pouvons associer le pourquoi de cette interrogation à la réflexion du thérapeute sur ses actions, ses choix. Ainsi, cette réflexion est omniprésente dans l'utilisation d'un modèle. En effet, pour Frédéric Platz, les modèles interviennent dans la réflexion de l'ergothérapeute, afin qu'il puisse déterminer pourquoi il agit d'une telle manière plutôt que d'une autre, pourquoi il choisit cette activité, pourquoi est-ce qu'il la dirige de cette façon etc (2008).

Jean-Marc Destaillats ajoute que « *l'ergothérapie est avant tout une pratique du soin, et le modèle conceptuel ne peut être qu'en rapport avec l'objectif du soin* » (2008, p. 114). De ce fait, l'objectif à atteindre dans un accompagnement retranscrit la vision de l'ergothérapeute, le modèle utilisé.

Ensuite, « *qu'est-ce que les ergothérapeutes évaluent et traitent* ». Pour répondre à cette question, les ergothérapeutes vont utiliser des termes spécifiques en fonction des objectifs. Ces mots-clés employés s'apparent à différents concepts qui eux-mêmes, constituent les modèles et permettent de décrire la pratique tout en facilitant la communication entre les différents professionnels (Krefting, 1985). Ainsi,

[10] Traduction libre d'après « *Conceptual models attempt to answer the question: what do therapists evaluate and treat and why?* » (Krefting, 1985, p. 174).

l'utilisation de modèles conceptuels induit également l'utilisation d'un vocabulaire spécifique, que Morel-Bracq nomme également « *terminologie* » (2017, p. 14).

Pour Marie-Chantal Morel-Bracq, l'intégration peut se faire à différent niveaux :

- dans le raisonnement de l'ergothérapeute par la présence de certains éléments appartenant à des modèles et orientant les objectifs, comme la volition pour le MOH ou la participation pour le CIF,
- dans l'évaluation par l'utilisation d'outils spécifiques aux modèles, comme l'*Occupational Questionnaire* du MOH,
- dans la rédaction de comptes rendus et synthèses par un vocabulaire spécifique (2013).

Ces différents niveaux différents niveaux d'intégration dépendent « *de l'ergothérapeute et du contexte* » (ibid., p. 142).

Pour illustrer cela, voici un tableau reliant des outils d'évaluation spécifiques à différents modèles :

Tab. 2 : Exemples d'outils spécifiques de modèles d'après Morel-Bracq (2017)

Modèles conceptuels	**Exemple d'outils**
MOH	- *the Occupational Questionnaire,* - *Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS), - *Occupational Performance History Interview II* (OPHI-II), - *Model of Human Occupation Screening Tool* (MOHOST), - Liste des intérêts, - Liste des rôles
MCREO	- Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO)
Modèle Kawa	- Dessin de la rivière
Modèle ludique	- Evaluation du Comportement Ludique (ECL), - Entrevue Initiale avec les Parents (EIP)

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, nous définissons qu'il y a utilisation d'un modèle conceptuel lorsque l'ergothérapeute :

- A des objectifs, qui sont le reflet de son raisonnement, orientés vers un élément appartenant à un modèle conceptuel,
- Utilise des outils élaborés dans le cadre d'un modèle conceptuel,
- Rédige ses comptes rendus et synthèse en utilisant un vocabulaire associé à un modèle conceptuel.

Ces trois critères sont indépendants, c'est-à-dire que l'utilisation d'un modèle peut être mise en évidence par un seul d'entre eux puisque ceux-ci varient en fonction de l'ergothérapeute et du contexte d'exercice.

Suite à l'ensemble des apports théoriques et de notre réflexion, nous pouvons identifier la problématique suivante :

Comment les habitudes de pratique de l'ergothérapeute, lors de l'évaluation initiale d'une personne, permettent-elles l'identification d'une pratique assimilée à un ou plusieurs modèles conceptuels ?

III. Création de notre outil d'analyse

Afin de mettre en relation les différents concepts abordés précédemment, nous allons les resituer dans les théories auxquels ils appartiennent dans un premier temps.

A. Habitudes de pratique et modèle(s) conceptuel(s)

Ravaisson nous informe que tout être vivant possède des habitudes (1894). Ainsi, nous pouvons en déduire que les êtres vivants pratiquant l'ergothérapie, qui sont les ergothérapeutes, possèdent également des habitudes par le biais de leur profession. En effet, selon le Processus de Production du Handicap (PPH), une habitude de vie est une « a*ctivité courante (comme les soins personnels) ou un rôle social […] valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques* » (Castelein, 2017). En nous référençant à l'exemple des soins personnels pour définir une activité courante, nous pouvons nous appuyer sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) afin de définir les autres catégories d'activités.

Dans ce modèle, elles sont au nombre de quatre depuis 2013 : les soins personnels cités précédemment, le repos, les loisirs et la productivité (Caire et Rouault, 2017). La productivité regroupe l'éducation et le travail (McColl et al., 2005).

Comment les habitudes de pratique de l'ergothérapeute, lors de l'évaluation initiale, permettent-elles l'identification d'une pratique assimilée à un ou plusieurs modèles conceptuels ?

Nous avons relevé deux hypothèses au cours de notre recherche :

L'hypothèse principale, est que tous les ergothérapeutes utilisent de façon consciente ou inconsciente un ou plusieurs modèles conceptuels dans leur pratique. En effet, comme nous l'avons précédemment vu, les modèles découlent de la pratique (Kortman, 1995), ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que chaque pratique peut s'apparenter à un modèle.

La seconde hypothèse que nous pouvons formuler est que les habitudes de pratique de l'ergothérapeute, lors de l'évaluation initiale, permettent d'identifier un ou plusieurs modèles. En effet, nous avons vu que les évaluations initiales étaient souvent révélatrices du modèle conceptuel utilisé (Brousseau, Gauthier, Morel-Bracq, 2017). De plus, nous supposons que les actes et le raisonnement pratiqués par l'ergothérapeute à cette étape peuvent se traduire sous la forme d'habitudes.

De ce fait, étudier les habitudes d'un ergothérapeute lors d'une évaluation initiale, permettrait d'identifier le(s) modèle(s) conceptuel(s) utilisé(s).

Ainsi, le but de notre recherche va être de répondre à notre problématique en testant nos hypothèses. Il sera, dans un premier temps, nécessaire de savoir si les habitudes de pratique permettent d'identifier un modèle pour ensuite, si cette hypothèse se confirme, montrer que l'ensemble des ergothérapeutes utilisent un ou plusieurs modèles dans leur pratique.

B. Modèles d'analyse

Pour cela, nous avons construit un modèle d'analyse. Il permet de visualiser nos deux hypothèses et les liens démontrés et supposés entre les différents concepts.

Notre hypothèse principale ne pouvant être testée que si notre hypothèse secondaire est vérifiée, nous allons commencer la tester cette dernière : les habitudes de pratique de l'ergothérapeute lors de l'évaluation initiale permettent d'identifier un modèle précis. Elle est représentée par la couleur verte.

Ainsi nous pouvons visualiser dans la figure ci-dessous que la présence d'outils d'évaluation, de vocabulaire, et d'un raisonnement spécifiques dans la pratique de l'ergothérapeute, au moment de l'évaluation initiale, va nous permettre de savoir si un ou plusieurs modèles conceptuels sont utilisés.

Ensuite, si cette hypothèse est vérifiée, nous allons pouvoir tester l'hypothèse principale qui est : tous les ergothérapeutes utilisent un modèle conceptuel dans leur pratique, représentée par la couleur rouge.

En effet, nous savons que chaque individu, dont font partie les ergothérapeutes, possède des habitudes (Ravaisson, 1894). Or notre première hypothèse suppose que les habitudes de pratique permettent l'identification de modèle(s) conceptuel(s), alors, si celle-ci se vérifie, nous pourrons dire que tous les ergothérapeutes utilisent un ou des modèles conceptuels, comme nous le montre également la figure ci-dessous :

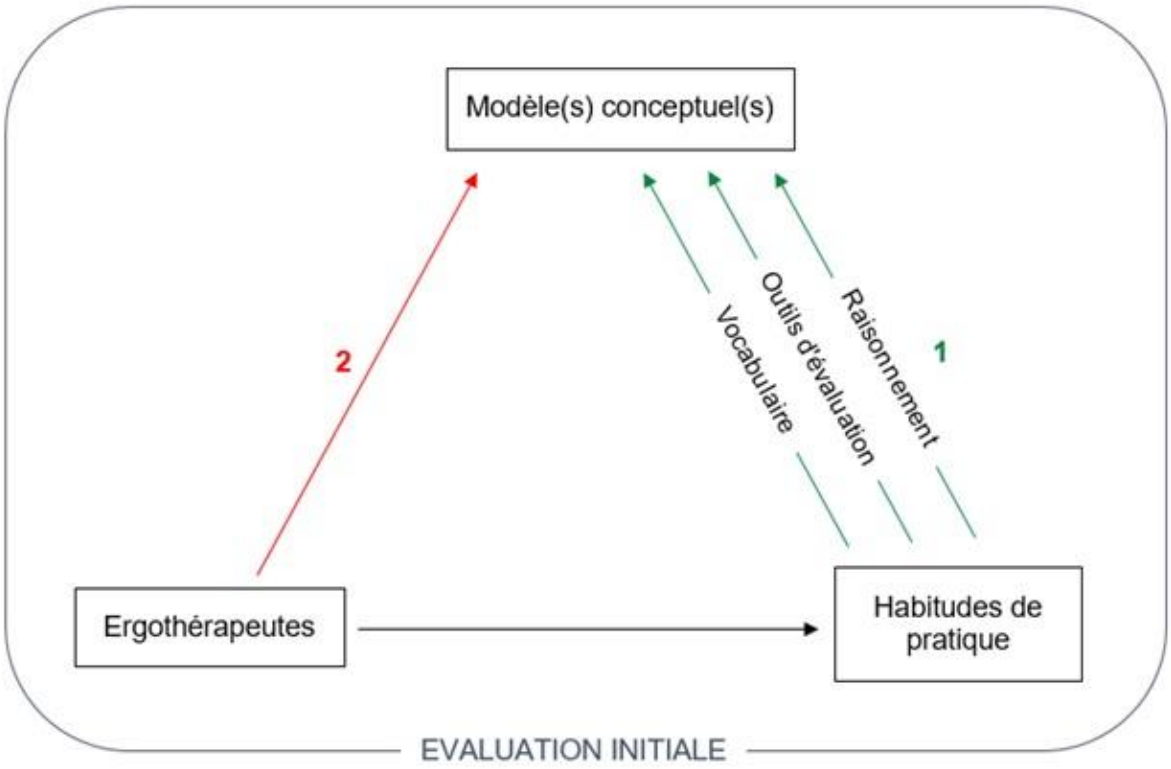


Fig. 2 : Modélisation de nos hypothèses sous forme d'un modèle d'analyse

IV. Investigation sur le terrain

Afin de poursuivre notre recherche, il est nécessaire d'effectuer un recueil de données par l'intermédiaire du terrain, dans le but d'expérimenter nos hypothèses et par la suite de tenter de répondre à notre problématique. De ce fait, la suite de notre écrit est axée sur notre réflexion quant au type de matériaux à recueillir, aux outils adéquats qui permettront de les mettre en évidence et au dispositif qui rendra possible notre investigation auprès de la population sélectionnée.

A. Matériaux à recueillir

Notre recherche consiste à identifier les habitudes de pratique de l'ergothérapeute lors d'une évaluation initiale, dans le but de les assimiler à l'utilisation d'un ou plusieurs modèles conceptuels. Et ainsi, amener l'ensemble des ergothérapeutes à se questionner sur sa pratique, par le biais des habitudes.

Notre investigation va se décomposer en plusieurs étapes. La première sera de d'identifier les habitudes des ergothérapeutes lors d'une évaluation initiale. Pour cela, nous identifierons les termes synonymes de répétition et de stabilité dans le temps, tels que "toujours", "jamais"…

La deuxième étape de notre investigation devra permettre d'identifier un ou plusieurs modèles conceptuels dans la pratique de l'ergothérapeute lors de l'évaluation initiale. Pour cela, nous étudierons avec précision les habitudes de l'ergothérapeute dans ses actions mais également dans son vocabulaire concernant son raisonnement, sa réflexion, les informations relatives à la personne et aux objectifs de l'intervention.

B. Méthode utilisée

Dans la partie précédente, nous avons mis en évidence les matériaux à recueillir sur le terrain. A présent, nous allons choisir une méthode d'investigation en lien avec la problématique, les informations bibliographiques récoltées, le modèle d'analyse et nos hypothèses.

1. Une recherche qualitative

Dans notre recherche, nous souhaitons comprendre comment les habitudes des ergothérapeutes peuvent-elles permettre d'identifier le(s) modèle(s) conceptuel(s) utilisé(s). Ainsi, ne recherchons pas à recueillir une quantité d'informations importante mais bien à comprendre un mécanisme.

Selon Dumez, la recherche qualitative permet d'étudier des phénomènes en cherchant à les comprendre, plus précisément, « *elle cherche à comprendre comment les acteurs pensent, parlent et agissent, et elle le fait en rapport avec un contexte ou une situation* » (2011, p. 48). La méthode qualitative nous semble alors adaptée à notre recherche.

2. L'entretien pour comprendre

L'objectivité de la méthode qualitative repose sur plusieurs sources de preuves[11] (Yin, 2012) :

- l'observation directe (par exemple, des actions humaines ou un environnement physique,
- les entretiens,
- les documents d'archives (qui correspondent aux notes prises par le chercheur),
- les documents (comme des articles de journaux, des mails),
- l'observation du participant
- les artefacts physiques (comme des téléchargements informatiques).

Pour mener à bien notre recherche, l'entretien nous semble l'outil le plus pertinent.

En effet, l'entretien permet un véritable échange entre le chercheur et l'interviewé, permettant l'expression des perceptions, des interprétations et des expériences de ce dernier (Van Campenhoudt et Quivy, 2011). Cela nous permettra de comprendre la place des habitudes de pratique de l'ergothérapeute dans l'identification d'un ou plusieurs modèles conceptuels.

[11] Traduction libre d'après « *multiple sources of evidence* » (Yin, 2012, p. 10)

Pour mener à bien notre recherche, nous avons sélectionné deux outils : l'entretien semi-structuré et l'entretien d'aide à l'explicitation.

a. Entretien semi-structuré

L'intérêt de l'entretien semi-structuré dans notre recherche provient de sa capacité d'adaptation : en effet, il permet à l'interviewé de « *parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient* » (ibid., p. 171). Ainsi, nous définirons des questions auxquelles nous attendons une réponse mais nous nous contenterons de recentrer l'entretien lors que cela sera nécessaire et de poser ces questions seulement si l'interviewé n'y vient pas par lui-même. Ces questions permettront de faciliter le développement des échanges et d'aborder l'ensemble des éléments importants dans notre recherche. Elles devront être posées de manière à s'adapter au maximum au discours de l'interviewé.

Ce type d'entretien permet également l'expression des perceptions et des opinions de l'interviewé, concernant des questions complexes et parfois sensibles et permettent d'approfondir l'information et la clarification des réponses[12] (Barriball et While, 1994). Obtenir des réponses approfondies et claires va nous permettre de comprendre au mieux le lien entre habitudes et modèles conceptuels dans la pratique de l'ergothérapeute, tout en respectant le vocabulaire et les catégories mentales de l'ergothérapeute par la souplesse du dispositif (Van Campenhoudt et Quivy, 2011).

b. Entretien d'aide à l'explicitation

L'entretien d'aide à l'explicitation est une méthode créée par Vermersch, qui a pour objectif de « *prendre conscience de son vécu passé pour le reconnaître, se l'approprier, s'en servir comme base de connaissance pour perfectionner ses gestes professionnels* » (Vermersch, 2005, p. 26).

Vermersch explique que vivre une situation permet qu'elle nous soit familière et qu'elle nous forme de façon implicite par notre implication dans celle-ci. Mais il ajoute que « *ce qui est familier et que l'on sait faire n'est pas pour autant connu* ». Le mot

[12] Traduction libre d'après « *they [semi-structured interviews] are well suited for the exploration of the perceptions and opinions of respondents regarding complex and sometimes sensitive issues and enable probing for more information and clarification of answers* » (Barriball et While, 1994, p. 330).

connaître ici prend le sens de conceptualiser et de verbaliser, ainsi « *nous savons faire beaucoup plus de choses que ce que nous « connaissons* » » (ibid., p. 26). De ce fait, le but est de faire une introspection, c'est-à-dire d'obtenir la verbalisation descriptive d'un vécu passé (ibid.).

Cette méthode, qui n'est pas innée et qui nécessite un guidage du chercheur (ibid.), s'intègre parfaitement à notre recherche. En effet, nous souhaitons que les ergothérapeutes conceptualisent et verbalisent leurs habitudes de pratique, qu'ils en prennent conscience, pour que par la suite, elles soient associées par notre analyse à un ou plusieurs modèles conceptuels. De plus, cet outil est adapté pour le vécu d'action (Maurel, 2009), ce qui correspond dans notre recherche, au vécu des évaluations initiales faites par l'ergothérapeute.

Pour cela, « *traces et des observables enregistrés* » peuvent être utilisés afin d'étudier l'activité, mais il faut également travailler avec la mémoire de l'interviewé, qu'il se remémore les situations vécues, « *puisqu'elle* [la prise de conscience] *se situe toujours a posteriori de l'activité étudiée* » (ibid., p. 27). Ainsi notre recherche va pouvoir s'appuyer sur le discours de l'ergothérapeute et également sur des documents écrits, de type compte-rendu.

Il est possible que le sujet ne se souvienne pas, mais dans ce cas, c'est du rôle du chercheur de « *l'aider à dépasser cette première impression et le guider dans la mobilisation d'une mémoire auto biographique spécifique* » (ibid., p. 34). Le terme auto biographique est employé dans le sens où l'introspection porte sur ce que la personne a vécu (ibid.).

c. Utilisation sur le terrain

Suite à nos recherches à notre réflexion, nous réaliserons un entretien en deux temps, cela afin de combiner l'entretien semi-structuré et l'entretien d'aide à l'explicitation. Dans un premier temps, nous nous intéresserons au vécu d'une situation professionnelle de l'ergothérapeute afin qu'il puisse identifier ses potentielles habitudes de pratiques. Pour ce faire, nous nous inspirerons de l'entretien d'aide à l'explicitation. Puis, dans un second temps, nous interrogerons l'ergothérapeute sous

forme d'un entretien semi-structuré afin de recueillir les informations supplémentaires nécessaires à notre recherche.

C. Dispositif d'investigation :

1. Population cible :

Dans le cadre de notre étude, qui s'intéresse aux habitudes de l'ergothérapeute, il est essentiel d'interroger directement des ergothérapeutes diplômés d'Etat. Cependant, il existe de nombreux postes différents, dans diverses structures. En effet, selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), il existe 10 secteurs d'activités dans lesquels travaillent les ergothérapeutes (2017).

Ainsi, pour affiner notre recherche et interroger les professionnels de façon pertinente, nous avons mis en place un critère d'exclusion. Notre principale hypothèse est que l'ensemble des ergothérapeutes utilise de façon consciente ou inconsciente un ou plusieurs modèles conceptuels. Ainsi, nous exclurons les professionnels utilisant de manière consciente un ou plusieurs modèles conceptuels, afin de tester cette première hypothèse.

L'hypothèse secondaire s'intéresse aux habitudes des ergothérapeutes, mais à partir de combien de temps pouvons-nous parler d'habitude ? L'étude de Lally, Van Jaarsveld, Potts et Wardle qui s'intéresse au processus de formation des habitudes, a permis d'établir une moyenne de 66 jours pour atteindre l'automaticité chez les 96 personnes ayant participé à cette étude. Mais la plage des résultats allait 18 à 254 jours (Lally, Van Jaarsveld, Pots et Wardle, 2010). Ainsi, dans notre recherche, nous privilégierons les ergothérapeutes travaillant dans une structure depuis au moins 9 mois, afin que le processus de formation des habitudes ait eu lieu puisque nous chercherons à les identifier.

2. Construction du guide d'entretien :

Afin de mener à bien notre investigation auprès des ergothérapeutes, il est nécessaire de réaliser au préalable un guide d'entretien.
Ce guide va nous permettre de structurer nos entretiens, afin d'aborder l'ensemble des thèmes relatifs à notre problématique, et également d'élaborer les questions en lien avec l'entretien semi-structuré. Nous privilégierons des questions ouvertes afin de permettre à l'interviewé de formuler des réponses au plus proche de son vécu, de ses représentations.

Dans un premier temps, notre entretien sera inspiré de l'entretien d'aide à l'explicitation. En effet, pour pratiquer de façon efficace ce type d'entretien, il est nécessaire d'acquérir une expertise (Vermersch, 2008). Or, nous n'avons pas suffisamment d'expérience pour être expert de cette méthode, ainsi, nous nous en inspirerons seulement.

Pour réaliser ce type d'entretien, le cadre doit être favorable à la remémoration du souvenir (Maurel, 2009). Ainsi, le but sera que l'interviewé revive ses actions, afin de recueillir son vécu, ses impressions, qu'il en prenne conscience et puisse les verbaliser. La verbalisation va nous fournir des données sur l'action et permet également à l'ergothérapeute de *« s'auto-informer sur ce qu'il a réellement fait et vécu à ce moment-là* » (ibid., p. 2). Cependant, pour accéder au vécu, nous devons nous intéresser à une situation spécifique car *« il n'y a pas de vécu en général* » (Vermersch, 2008, p. 45). Ainsi, nous allons accompagner l'interviewé à choisir un moment singulier, en lien avec notre recherche. Par exemple, ce moment pourra être la dernière évaluation initiale réalisée par l'ergothérapeute.

Puis, par l'entretien semi-directif, nous questionnerons l'ergothérapeute sur ses actions lors de l'évaluation initiale dans un contexte plus général, afin d'éventuellement recueillir de nouveaux éléments.

Lors de cette première partie, nos questions doivent s'orienter sur « *comment cela s'est produit ?* » davantage que sur la raison, afin de que l'interviewé puisse décrire et non commenter ou justifier ses actions (ibid., p. 34). Il nous faut aider l'ergothérapeute *« à être dans une donation intuitive avec son vécu passé* » (ibid.,

p. 44), c'est-à-dire, revivre ce moment passé. Pour cela, nous pouvons l'aider à se remettre dans la situation par des questions qui l'y obligent. Vermersch prend l'exemple des fenêtres : en demandant aux personnes combien de fenêtres il y a chez elles, celles-ci doivent retourner en pensée chez eux pour compter (2008).

De plus, le vécu est lié à une temporalité, il est donc important que la personne puisse décrire les actions en fonction du temps, de la durée, de la chronologie des étapes (Vermersch, 2008).

Dans cette première partie, « *le guidage ne doit pas comporter d'induction, pas de vocabulaire qui n'ait pas déjà été introduit par le sujet lui-même* » (ibid., p.48). Ainsi, nous utiliserons uniquement les termes évoqués par l'ergothérapeute. L'entretien d'aide à l'explicitation peut être déroutant pour la personne interrogée, par l'impression de ne plus se souvenir, de n'avoir plus rien à dire, il faut donc que nous soyons rassurant et que nous sachions rebondir rapidement, poser des questions pertinentes pour aller chercher de nouvelles informations (ibid.). Pour cela, il est nécessaire au préalable que nous connaissions la structure de ce que nous interrogeons, ce qui peut être décrit (ibid.,). Ainsi, nous avons définis ce qu'est une évaluation initiale et les différentes étapes qu'elle peut comporter, afin d'être en mesure de guider l'ergothérapeute.

Enfin, nous chercherons à identifier la façon dont l'ergothérapeute raisonne dans l'élaboration d'un compte-rendu. Cela permettra d'obtenir des informations qualitatives concernant son réflexion clinique, pour ensuite l'associer éventuellement à un ou plusieurs modèles.

D. Conduite de l'investigation

1. Démarche sur le terrain :

Afin d'entrer en contact avec des ergothérapeutes susceptibles de vouloir participer à notre recherche, nous avons envoyé notre demande par mail à notre carnet d'adresse. Nous avons eu de nombreux retours, le choix a été fait en fonction de nos critères d'inclusion et d'exclusion. Pour cela, deux questions étaient également posées au préalable : « *Depuis combien de mois travaillez-vous dans votre lieu d'exercice actuel ?* » « *Utilisez-vous des modèles conceptuels dans votre pratique ?* »

Deux autres critères ont guidé notre sélection. Tout d'abord, il était important que l'ergothérapeute n'ait pas eu connaissance de notre sujet de mémoire ni des détails en découlant (problématique, hypothèses…) afin que cela n'influence pas ses réponses au cours de l'entretien. Ensuite, d'un point de vue pratique, il était nécessaire que nos disponibilités soient concomitantes.

2. Présentation des interviewés :

Au final, quatre ergothérapeutes volontaires ont été sélectionnés pour notre enquête. Au vu de l'organisation, trois d'entre eux ont été interviewés par téléphone et un en face-à-face. Les quatre entretiens ont été retenus pour notre analyse. Ils ont duré en moyenne 50 minutes. Voici un tableau récapitulant les caractéristiques pertinentes à notre recherche de chaque ergothérapeute interviewé :

Tab. 3 : Caractéristiques des ergothérapeutes interviewés

	A	B	C	D
Sexe	Femme	Femme	Homme	Homme
Age (années)	26	26	24	26
Cadre d'exercice	Institut pour enfants et jeunes malentendants/sourds et troubles cognitifs associés	Libéral	Libéral	Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)
Expérience dans ce cadre (mois)	11	24	20	12
Année d'obtention du diplôme d'Etat	2016	2015	2016	2016

V. Analyse des données

Par la mise en œuvre du dispositif d'investigation nous avons recueilli des données qualitatives auprès d'ergothérapeutes diplômés d'Etat. Cette partie de notre travail de recherche abordera la présentation de nos données brutes, le choix de notre outil de traitement et l'analyse de celles-ci dans le but de les mettre en lien avec nos hypothèses afin d'apporter une réponse à notre problématique.

A. Préparation des données brutes

Afin de mener au mieux notre analyse, les quatre entretiens ont été intégralement retranscrits (cf. Annexe V) afin d'obtenir « *un matériau […] qui soit parfaitement restitué et entièrement disponible pour l'analyse* » (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p. 199). Il est ensuite nécessaire d'« *organiser ce matériau d'une manière qui permette son analyse* » (ibid., p. 199). Ainsi, la retranscription nous a permis repérer les différents thèmes et sous-thèmes abordés lors des entretiens et des classer les verbatim en fonction de ces derniers (cf. Annexe VI).

Nous avons alors fait le choix de classer les verbatim sous quatre thèmes principaux : les habitudes et le raisonnement, l'évaluation et la rédaction de compte-rendu de l'ergothérapeute.

Concernant les habitudes de pratique au cours des différentes évaluations initiales menées, notre entretien était dans un premier temps orienté vers une évaluation initiale en particulier, mais par la suite nous avons ouvert le cadre de l'entretien à l'ensemble des évaluations initiales par des questions du type : « *faites-vous toujours comme cela ?* »

Ainsi, nous pouvons repérer les habitudes par la présence d'expressions telles que « *je fais systématiquement la même chose* », « *à chaque fois je procède de la même façon* » « *je regarde toujours* »… Ce type de phrases est présent dans l'ensemble des entretiens réalisés.

Ensuite, concernant le raisonnement, l'évaluation et la rédaction de compte-rendu de l'ergothérapeute, cela correspond aux indicateurs des modèles conceptuels. Identifier ces éléments dans le discours des ergothérapeutes permet d'organiser les différentes actions réalisées ainsi que le vocabulaire employé par l'ergothérapeute, deux éléments nécessaires à l'identification d'un ou plusieurs modèles conceptuels.

B. Choix des outils afin de traiter les matériaux bruts

Afin d'exploiter ces matériaux, l'analyse de contenu semble appropriée. En effet, elle est réalisable pour tous types de support de communication (Bardin, 1983) et permet « *de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité, comme par exemple les rapports d'entretiens semi-directifs* » (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p. 207).

L'intérêt d'utiliser ce type d'analyse est non pas de décrire le contenu des entretiens mais que celui-ci, une fois traité, permette de nous renseigner sur d'autres éléments (Bardin, 1983). Ainsi, nous cherchons à savoir si les habitudes de pratique sont révélatrices du ou des modèles conceptuels utilisés chez un professionnel disant ne pas en utiliser. L'analyse de contenu, par le fait de mettre en lumière des éléments non-visibles à première vue, est en adéquation avec notre recherche. Il existe différentes analyses au sein de celle-ci, dont l'analyse thématique.

Ce type d'analyse a pour objectif de « *repérer les unités sémantiques qui constituent l'univers discursif de l'énoncé* » (Negura, 2006, p. 4). Plus particulièrement, nous nous intéressons à l'analyse catégorielle qui « *consiste à calculer et à comparer les fréquences de certaines caractéristiques* » (Van Campenhoudt, Quivy, 2011, p. 208)

Dans notre étude, afin de savoir si les habitudes de pratique d'un ergothérapeute permettent d'identifier le ou les modèles qu'il utilise de façon inconsciente, il est nécessaire d'identifier les habitudes et de repérer par la présence d'un vocabulaire, d'outils d'évaluation et/ou d'un raisonnement spécifique, la présence d'un ou plusieurs modèles conceptuels. C'est une démarche qualitative (ibid.).

Nous allons ainsi savoir si les modèles conceptuels sont identifiables par les habitudes de pratique des ergothérapeutes interrogés. Pour cela, nous croiserions le vocabulaire, le raisonnement et les outils d'évaluation utilisés par l'ergothérapeute lors de l'entretien, dans ses trames et comptes-rendus, avec les concepts, la terminologie et les outils de modèles conceptuels (cf. Annexe I). Une liste de modèles a été préétablie en reprenant les modèles cités dans le livre de Marie-Chantal Morel-Bracq (2017) car ce sont « *les plus courants dans nos pays francophones ou les plus pertinents pour notre pratique* » (Morel-Bracq, 2017, p. 4).

C. Présentation des matériaux traités

Nous allons dans un premier temps, identifier les habitudes des ergothérapeutes interrogés afin d'identifier les actions effectuées par habitude. Egalement nous relèverons le vocabulaire utilisé le plus souvent par l'ergothérapeute au cours de l'entretien. En effet, la répétition est un indicateur de l'habitude, ainsi les habitudes peuvent être présentes dans les actions mais également dans les mots utilisés.

Ensuite, nous étudierons la présence d'un lien entre ces actions, ce vocabulaire et un ou plusieurs modèles conceptuels, par les termes et les concepts employés par l'ergothérapeute.

1. Ergothérapeute A

L'entretien avec l'ergothérapeute A, qui travaille auprès d'enfants et de jeunes présentant une surdité et des troubles cognitifs associés, nous a permis d'identifier ses habitudes lors de la phase d'évaluation initiale :

- Regarder en premier le dossier médical pour avoir une première idée de l'enfant ou du jeune avant de le rencontrer
- Dans le compte-rendu, "*clarifier les difficultés de l'enfant et ses besoins*", "*reprendre tous les critères relatifs à l'enfant : environnement social, matériel, ses habitudes de vie*"
- Faire un ou plusieurs entretiens
- Observer l'enfant ou le jeune en situation
- Faire passer le Bilan Neuropsychologique de l'enfant (NEPSY), l'échelle d'évaluation rapide de l'écriture chez l'enfant (BHK), l'Evaluation de la Vitesse de frappe au Clavier (EViC) et la Manipulation des Outils Scolaires (Man.OS) aux enfants ou jeunes n'ayant pas déjà passé ces bilans
- Faire les actions précédemment citées toujours dans le même ordre
- Faire l'entretien avec les parents en dernier

L'ensemble de ces habitudes ne peut pas être associé à un modèle conceptuel. En effet, le bilan NEPSY ou encore le BHK, n'appartiennent à aucun modèle répertorié dans l'annexe I. Nous pouvons cependant sélectionner deux habitudes :

- Dans le compte-rendu, "*clarifier les difficultés de l'enfant et ses besoins*", "*reprendre tous les critères relatifs à l'enfant : environnement social, matériel, ses habitudes de vie*"
- Faire un ou plusieurs entretiens
-

Concernant le compte-rendu, l'ergothérapeute A énonce "*clarifier les difficultés de l'enfant et ses besoins*" et "*reprendre tous les critères relatifs à l'enfant : environnement social, matériel, ses habitudes de vie*". Ces éléments, par leur présence dans le tableau de l'annexe I, peuvent être associés à un modèle.

Ainsi, le terme difficulté se retrouve dans le modèle ludique et l'approche CO-OP. Le terme besoin est présent dans le modèle humaniste, le PEOP, l'OTIPM et l'approche CO-OP. Le terme environnement social est présent dans la CIF, le PPH, le MDH-PPH2, le PEOP, le MOH, le MCREO, le modèle Kawa, l'OPM : A, le CCTE et l'OTIPM. Le terme environnement matériel est exclusivement présent dans le modèle de résolution de problème et dans le MOH sous la forme d'environnement physique en terme d'objet. Les habitudes de vie sont présentes dans le modèle de résolution de problème, le PPH, le MDH-PPH2, le MOH et le CCTE.

Au final, nous pouvons voir que de nombreux modèles sont assimilables à cette habitude de pratique. Afin d'identifier le modèle dominant au sein de cette habitude, nous avons comptabilisé le nombre de fois où chaque modèle a été cité dans le paragraphe précédent. Cela nous donne ce tableau :

Tab. 4 : Identification du modèle dominant dans une habitude de l'ergothérapeute A

Modèles conceptuels	Nombre d'apparition	Modèles conceptuels	Nombre d'apparition
MOH	3	PPH	2
Approche CO-OP	2	CIF	1
CCTE	2	MCREO	1
MDH-PPH2	2	Modèle humaniste	1
Modèle de résolution de problème	2	Modèle Kawa	1
OTIPM	2	Modèle ludique	1
PEOP	2	OPM : A	1

Ainsi, nous pouvons voir que le modèle dominant dans cette habitude de l'ergothérapeute A est le MOH.

De plus, l'habitude "*je fais toujours un ou plusieurs entretiens"* correspond au modèle de résolution de problème car c'est le seul modèle ayant pour outils les entretiens. Nous ne comptabilisons pas l'entretien systémique puisqu'une formation est nécessaire afin de le conduire (Caire et Morel-Bracq, 2017).

Nous voyons ici apparaitre un premier biais dans notre recherche. En effet, la sélection de l'habitude s'est faite à partir de nos propres représentations et non à partir de critères indépendants du chercheur. De plus, un second biais est présent. En effet, les tableaux de l'annexe I ont été réalisés à partir du livre de Marie-Chantal Morel-Bracq (2017), mais le choix des termes et concepts les plus importants pour chaque modèle a été réalisé selon nos représentations. Ainsi, ces différents choix au cours de ce travail, auraient pu être différents chez un autre chercheur et de ce fait, modifier la suite de cet écrit.

Ensuite, nous avons recensé, sous forme de tableau, les termes utilisés plusieurs fois par l'ergothérapeute, et leurs fréquences individuelles, soit les occurrences (Van Campenhoudt et Quivy, 2011). Ces termes ont été choisis en fonction de leur pertinence et de leur rapprochement avec les modèles conceptuels. Ainsi, nous pouvons identifier un biais supplémentaire, puisque cette sélection s'est faite exclusivement selon nos propres représentations.

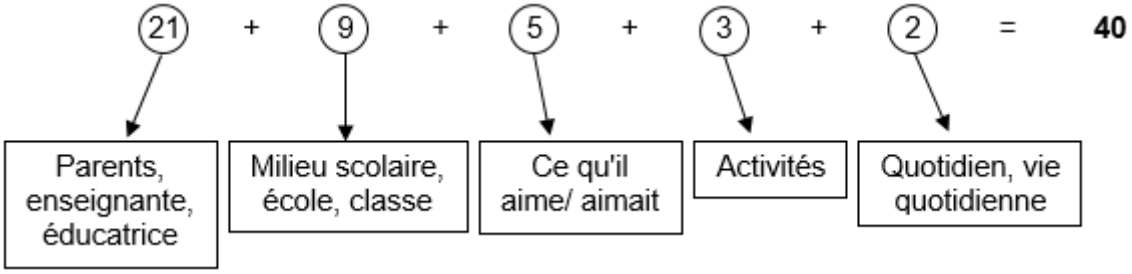
Nous pouvons assimiler ces termes à des habitudes par leur répétition dans le discours de l'ergothérapeute. Nous avons fait correspondre pour chacun d'eux le ou les modèles dans lesquels ce terme est présent selon le livre de Marie-Chantal Morel-Bracq : *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (2017) (cf. Annexe I).

Cependant, certains termes étant trop spécifiques, nous les avons généralisés, comme par exemple "enseignante/maîtresse" que nous avons généralisé en "environnement humain". Ces généralisations étant purement propres à nos représentations, cela constitue un quatrième biais à notre recherche.

Tab. 5 : Termes utilisés principalement par l'ergothérapeute A et correspondance de modèles conceptuels selon Morel-Bracq

Termes	Occur-rences	Généralisation	Modèles conceptuels correspondants
Parents, Enseignante/ maitresse, Educatrice	21	Environnement humain/social - famille	Modèle de résolution de problème, CIF, PPH, MDH-PPH2, modèle systémique, modèle écologique du développement humain, PEO, PEOP, MOH, MCREO, modèle Kawa, modèle de compétence, OPM : A, CCTE, OTIPM, approche CO-OP
Enfant(s)	16	Enfant	Modèle écologique du développement humain, modèle ludique, approche CO-OP
Milieu scolaire/école/ classe	9	Environnement	Tous sauf : modèle humaniste, modèle systémique et approche CO-OP
Difficulté(s)	7	Difficulté	Modèle ludique, approche CO-OP
Ce qu'il aime/ aimait	5	(Centre d') intérêt	PEOP, MOH, modèle ludique
Activités	3	Activité	CIF, PPH, MDH-PPH2, PEO, PEOP, MOH, MCREO, modèle de compétence, OPM : A, CCTE, modèle ludique, approche CO-OP
Autonome(s)/ autonomie	3	Autonomie	Modèle humaniste, OPM : A, CCTE, modèle ludique
Indépendant(s) /indépendance	3	Indépendance	CCTE
Quotidien/ vie quotidienne	2	Vie quotidienne	MOH, OPM : A, OTIPM, approche CO-OP

Grâce à cette première analyse du discours de l'ergothérapeute A, nous pouvons voir que les termes qu'elle emploie correspondent à une multitude de modèles. Ainsi, nous poursuivons sur la méthode quantitative afin de déterminer le modèle dominant. Nous avons donc, comme précédemment, relevé le modèle étant représenté dans son discours le nombre de fois le plus important. Pour cela, nous avons additionné chaque occurrence correspondant à un modèle. Ainsi, par exemple, pour le MOH cela donne :



Ainsi, nous avons représenté l'ensemble de ces données pour chaque modèle sous forme de tableau :

Tab. 6 : Identification du modèle dominant dans le discours de l'ergothérapeute A

Modèles	**Nombre de fois représenté**	**Modèles**	**Nombre de fois représenté**
Approche CO-OP	49	MDH-PPH2	33
Modèle écologique du développement humain	46	Modèle de compétence	33
Modèle ludique	43	PEO	33
MOH	40	PPH	33
CCTE	39	OTIPM	32
PEOP	38	Modèle de résolution de problème	30
OPM : A	36	Modèle Kawa	30
CIF	33	Modèle systémique	21
MCREO	33	Modèle humaniste	3

Ce tableau nous permet de voir que le modèle dominant dans le discours de l'ergothérapeute A, d'un point de vue quantitatif est l'approche CO-OP. Pour rappel, le modèle présent en majorité dans l'habitude de l'ergothérapeute "*clarifier les difficultés de l'enfant et ses besoins*" et "*reprendre tous les critères relatifs à l'enfant : environnement social, matériel, ses habitudes de vie*" est le MOH, et l'habitude "*je fais toujours un ou plusieurs entretiens*" correspond au modèle de résolution de problème

Ainsi, les modèles entre les habitudes de pratique énoncées directement par l'ergothérapeute et les habitudes d'utilisation de vocabulaire ne sont pas similaires, nous ne pouvons donc pas définir, par les habitudes, le modèle précis de la pratique de cet ergothérapeute, mais un ensemble de modèle.

2. Ergothérapeute B

L'entretien avec l'ergothérapeute B nous permet d'identifier ses habitudes de pratique (cf. Annexe VI). La seule habitude nous permettant d'identifier un potentiel modèle conceptuel est "*toujours je rencontre l'entourage proche lors du bilan*". L'entourage proche est généralisable par l'environnement humain, l'environnement social et la famille. Ces termes sont présents dans une multitude de modèles : (cf. Annexe I).

- Le modèle de résolution de problème,
- La CIF,
- Le PPH,
- Le MDH-PPH2,
- Le modèle systémique,
- Le modèle écologique du développement humain,
- Le PEO,
- Le PEOP
- Le MOH,
- Le MCREO,
- Le modèle Kawa,
- Le modèle de compétence,
- L'OPM : A,
- Le CCTE,
- L'OTIPM,
- L'approche CO-OP.

Concernant les principaux termes employés par cet ergothérapeute, nous constatons que le modèle dominant dans le vocabulaire employé dans son discours est l'approche CO-OP (cf. Annexe VII).

De même que l'ergothérapeute A, les modèles identifiés dans les habitudes énoncées par l'ergothérapeute directement et les habitudes de langage retrouvées dans son discours ne sont pas identiques. Cependant, nous pouvons constater que l'approche CO-OP, le modèle dominant extrait du vocabulaire, est également présente dans les modèles identifiés par l'habitude "*toujours je rencontre l'entourage proche lors du bilan*". Ainsi, en reprenant le principe de l'analyse catégorielle : « *une caractéristique est d'autant plus importante […] qu'elle est fréquemment citée* », nous pouvons alors estimer que le modèle dominant dans les habitudes globales de cette ergothérapeute est l'approche CO-OP.

3. Ergothérapeute C

Nous avons identifié les habitudes de pratique de l'ergothérapeute C, révélées au cours de l'entretien (cf. Annexe VI), avec, pour rappel, la présence de termes associés aux habitudes comme : "*jamais*", "*toujours*". Parmi celles-ci, nous avons sélectionné celles présentant un vocabulaire pouvant être associé à des modèles conceptuels :

- "*je lui dis toujours "si on se revoit, on fera des jeux, des activités que tu aimes*",
- "*j'en discute toujours avec l'enfant et je fais toujours un retour après avec le parent*",
- "*quand j'ai les parents je reprends toujours les infos du style coordonnées, le nom de l'enfant, l'âge […] la demande et […] les difficultés de l'enfant*",
- "*dans la conclusion je mets toujours ce qui va, ce qui ne va pas, les objectifs et mes préconisations"*

L'analyse du vocabulaire présent dans ces habitudes (cf. Annexe VII), montre que l'ensemble des modèles, excepté le modèle humaniste, se retrouve dans celles-ci. Nous avons également identifié le modèle dominant au sein de cet ensemble d'habitude : l'approche CO-OP.

Ensuite, nous avons procédé de la même façon que pour les ergothérapeutes A et B, par l'identification des termes présents au minimum à deux reprises dans le discours de l'ergothérapeute et pouvant, selon nos représentations, être assimilés directement ou indirectement à certains modèles conceptuels. L'analyse révèle la présence dominante du MOH dans le vocabulaire employé par l'ergothérapeute C (cf. Annexe VII).

Nous constatons une fois de plus que le modèle dominant présent dans les habitudes exprimées directement par l'ergothérapeute et celui des habitudes indirectes présentent dans le vocabulaire employé sont différents pour un unique ergothérapeute.

4. Ergothérapeute D

De l'entretien avec l'ergothérapeute D, il nous est apparu une unique habitude exploitable par l'étude du vocabulaire employé : "*je fais toujours des mises en situations avec les personnes qui ont des demandes*". Ainsi, dans cette habitude de pratique, nous décelons la présence de deux termes pouvant être mis en rapport avec des modèles conceptuels : "*personnes*" et "*demandes*".

Le premier terme est présent dans l'ensemble des modèles étudiés dans cette recherche excepté le modèle ludique et le modèle systémique. Le second terme est présent uniquement dans le modèle de compétence. Ainsi, nous pouvons en déduire que cette habitude de pratique peut s'assimiler à l'utilisation de tous les modèles conceptuels pris en considération dans cet écrit, à l'exception du modèle ludique et systémique, et principalement du modèle de compétence. En effet, ce modèle est le seul comportant dans sa terminologie les termes "*personne*" et "*demande*".

Au sein du discours de l'ergothérapeute D, nous avons pu identifier la présence d'un vocabulaire spécifique que nous avons mis en évidence en Annexe VI. De l'analyse de ce vocabulaire en lien avec la terminologie et les concepts des différents modèles, nous avons pu identifier un modèle dominant dans le discours : l'approche CO-OP.

Notre dernière analyse pose le constat que dans cette situation, le modèle principal présent dans l'habitude de pratique de l'ergothérapeute et celui extrait du vocabulaire employé sont différents.

5. Mise en lien avec nos hypothèses

Pour rappel, notre recherche comportait deux hypothèses. La première était que les habitudes de pratique sont assimilables à un ou plusieurs modèles conceptuels. La seconde, plus générale, était que l'ensemble des ergothérapeutes utilisent des modèles conceptuels, plus ou moins consciemment, dans leur pratique.

Par notre analyse, nous avons pu identifier, par le vocabulaire employé, les modèles correspondant aux habitudes des ergothérapeutes, dans leurs actions et leur

réflexion, ainsi notre première hypothèse semble vérifiée. Nous sommes donc parvenus à identifier pour chaque ergothérapeute interrogé un ou deux modèles conceptuels principaux correspondant à sa pratique. Cela pourrait nous indiquer que notre seconde hypothèse est également vérifiée. L'emploi du conditionnel est de mise, car au vu des nombreux biais précédemment identifiés, nous ne pouvons affirmer fermement la vérification de ces hypothèses de travail. Nous détaillerons par la suite, dans la discussion, les éléments à prendre en compte quant à la fiabilité de ces résultats.

6. Réponse à notre problématique

Notre problématique consistait à rechercher comment les habitudes de pratique de l'ergothérapeute, lors de l'évaluation initiale d'une personne, permettent l'identification d'une pratique assimilée à un ou plusieurs modèles conceptuels.

L'analyse de données recueillies auprès des ergothérapeutes et le développement des concepts théoriques permet d'y apporter une réponse.

Lors d'évaluations initiales, un ergothérapeute est amené à utiliser différents outils, différentes approches. Ces outils peuvent se présenter sous forme de bilans, de mises en situations accompagnées d'observations, ou encore de recueils d'informations avec la possibilité de nombreux supports, comme la consultation du dossier, des bilans d'autres professionnels, les entretiens... L'ergothérapeute a le choix de ses outils afin de permettre d'adapter au maximum chaque évaluation à la singularité de chaque individu. Or, chaque ergothérapeute a des habitudes de pratique durant la phase d'évaluation. Certains vont utiliser principalement les mêmes bilans, d'autres mettront systématiquement en place des mises en situation ou d'autres encore privilégieront les entretiens avec les membres de la famille.

Chaque ergothérapeute a sa façon d'exercer l'ergothérapie, a ses habitudes. Celles-ci sont constituées d'une façon de raisonner, d'outils d'évaluation et d'un vocabulaire spécifique propre à chacun. Ainsi, les habitudes de pratique permettent, par l'étude de ces différentes caractéristiques, l'identification d'un ou plusieurs modèles conceptuels.

Discussion

Suite à l'obtention de ces résultats, une prise de recul sur l'ensemble de cette étude est désormais nécessaire afin d'en nuancer ou d'en légitimer la portée, pour que nous soyons « *en mesure de suggérer des améliorations […] ou de proposer des pistes de réflexion et de recherche pour l'avenir* » (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p.187).

En effet, notre recherche comporte 3 types de biais : relatifs à la sélection des sujets, relatifs à la collecte des informations et enfin relatifs à l'analyse des données.

En ce qui concerne la sélection des sujets, les quatre ergothérapeutes se situent dans la même tranche d'âge : entre 24 et 26 ans. Notre échantillonnage est alors exclusivement constitué d'ergothérapeutes diplômés après la réforme du 5 juillet 2010. Cette réforme a abouti, entre autre, à l'obligation des instituts de formation français en ergothérapie d'enseigner de façon plus importante les modèles conceptuels aux étudiants, avec leur intégration dans le référentiel de compétences (Ministère de la Santé et des Sport, 2010). Ainsi, ces quatre ergothérapeutes ont pu bénéficier pleinement de ces nouvelles directives dès leur arrivée en formation. Ceci a ainsi pu permettre une acquisition facilitée des différents termes relatifs aux modèles conceptuels dans le vocabulaire professionnel. De ce fait, il aurait été intéressant de sélectionner également des ergothérapeutes diplômés avant la mise en place de cette réforme afin d'obtenir des informations complémentaires et de pouvoir identifier la présence ou l'absence de différence entre les habitudes de ces deux générations d'ergothérapeutes.

De plus, parmi les quatre professionnels interrogés, trois proviennent du même institut de formation mais pas de la même promotion. Nous pouvons nous questionner quant à la différence d'orientation de chaque institut de formation et son impact sur nos résultats. Afin de limiter cette potentielle influence des orientations que les instituts transmettent aux étudiants, il aurait été préférable d'interroger des ergothérapeutes provenant d'instituts différents.

Enfin, notre échantillonnage constitué d'ergothérapeutes au nombre de quatre, est trop restreint afin de pouvoir généraliser nos résultats.

Concernant la collecte des données, nous avons dans un premier temps, avant la passation de l'entretien, interrogé les ergothérapeutes sur leur utilisation de modèles afin que nos critères d'inclusion soient respectés. Cela étant, nous nous interrogeons sur l'influence que cela a pu avoir sur leurs explications durant l'échange. En effet, au cours de l'entretien, certains ergothérapeutes ont abordé le thème des modèles conceptuels alors que nous n'y avions pas fait référence et que notre allusion aux modèles en lien avec notre critère d'inclusion était distante de plusieurs jours. Ainsi, nous supposons que les propos des ergothérapeutes ont été influencés par cette question précédant l'entretien.

De plus, l'entretien d'aide à l'explicitation de Vermersch que dont nous nous sommes inspiré pour mener la première partie de nos entretiens n'a pas été couronné de succès. En effet, sur quatre personnes interrogées, seulement trois ont pu se remémorer une évaluation initiale précise pour tenter de la revivre. Cette méthode demande un apprentissage et un entrainement (Vermersch, 2005) qu'en tant qu'étudiante nous ne possédons pas encore.

Le dernier biais identifié à propos de la collecte des données est lié à notre choix de méthode. Nous avons décidé de récolter nos données par un entretien, cependant, recueillir les données à la source, en assistant directement à une évaluation initiale, nous aurait permis d'obtenir les données originales de l'évaluation. Cela aurait permis de supprimer une étape intermédiaire, qu'est l'entretien, au cours de laquelle l'information originale est susceptible d'être modifiée par l'ergothérapeute de façon inconsciente et involontaire. Un court entretien aurait pu être réalisé après cette observation afin de récolter les informations telles que le raisonnement, la réflexion de l'ergothérapeute, sa façon de procéder dans les autres évaluations, données que nous n'aurions pu obtenir par simple observation. Cela n'a pas pu réaliser pour des raisons d'ordre organisationnel et temporel.

Il aurait été également intéressant de récolter des données provenant des comptes-rendus rédigés par les ergothérapeutes en lien avec l'évaluation initiale choisies lors de l'entretien. Cela aurait permis d'augmenter la fiabilité des données fournies lors de l'entretien et d'apporter des informations complémentaires au discours du professionnel, et ainsi que notre analyse soit au plus proche de la réalité.

Le troisième type de biais concerne l'analyse des données. En effet, comme expliqué dans la partie précédente, des biais de sélection des termes et des habitudes choisis sont présents. Les tableaux de l'annexe I sont issus du livre de Marie-Chantal Morel-Bracq (2017), mais les termes et concepts relevés ont été en partie sélectionnés en fonction de nos représentations des différents modèles. La part d'objectivité de cette sélection dépend de la présence de termes mis en évidence par l'utilisation du caractère gras qui nous a permis de considérer ces termes comme importants et ainsi les sélectionner. Concernant les habitudes des ergothérapeutes, notre sélection s'est portée sur les habitudes pouvant être analysées par la présence de certains termes assimilables, entièrement selon nos représentations, à des modèles conceptuels. Il en est de même pour la sélection des termes présent dans le discours de chaque ergothérapeute et également analysés, malgré la présence d'un indicateur numérique (le terme devait être présent au moins deux fois dans le discours). Ainsi, cela constitue un biais majeur à nos résultats.

Il est également possible que, malgré notre relecture et notre attention, des erreurs soient présentes dans notre chiffrage des occurrences de chaque terme et du calcul du modèle dominant au sein de notre analyse, faussant alors nos résultats.

Enfin, notre méthode d'analyse est exclusivement quantitative. Utiliser en complément une méthode qualitative aurait pu donner à nos résultats un regard complémentaire et ainsi une fiabilité plus importante.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche réalisé en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute a porté son intérêt aux modèles conceptuels dans la pratique des ergothérapeutes, et plus précisément, dans leurs habitudes de pratique au moment de l'évaluation initiale.

« *L'ergothérapie a traversé des changements de paradigmes en lien avec l'évolution du monde de la santé* » (Kielhofner, 2009 ; Duncan, 201 ; Meyer, 2013, cités par Morel-Bracq, 2018, p. 6). De la facilitation du fonctionnement par l'activité, en passant par l'amélioration des systèmes internes de la personne pour permettre l'activité, l'ergothérapie s'oriente actuellement vers l'interaction personne-occupation-environnement (ibid., 2018). Cette évolution de la profession a induit la création de nouveaux modèles conceptuels (ibid., 2017). Ainsi, nous, ergothérapeutes, avons aujourd'hui à notre disposition une multitude de modèles conceptuels, afin d'avoir une pratique cohérente, basée sur des preuves et facilitant la communication entre les professionnels.

Ce travail de recherche nous a fait prendre conscience de l'importance des interventions s'appuyant sur des modèles ergothérapiques afin de promouvoir notre spécificité et affirmer notre identité professionnelle devant l'ensemble des professionnels de santé. Cette dernière est indispensable au développement de notre discipline encore récente.

De plus en plus d'ouvrages, d'articles paraissent chaque année, suite notamment aux Assises de l'ergothérapie organisées par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) dans le but de faire évoluer la pratique de l'ergothérapie en France. Le *Guide du diagnostic en ergothérapie* a été publié en 2017 afin de permettre aux ergothérapeutes de prendre conscience que chacun d'entre eux élabore un diagnostic ergothérapique dans sa pratique (Trouvé, 2017). Il en de même de ce travail d'initiation à la recherche : permettre, à son échelle, la prise de conscience des ergothérapeutes, quant à leur pratique basée sur un ou plusieurs modèles conceptuel afin qu'il se questionne et actualise ses connaissances « *pour maintenir*

une qualité de pratique élevée dans son art du soin. » (Sorita et Caire, 2016, p. 4). Certes, la majorité des écrits scientifiques proviennent de l'étranger et sont rédigés en anglais. Cependant, de plus en plus de traductions sont réalisées chaque année permettant l'appropriation de termes spécifiques jusqu'à là encore flous pour une grande partie des ergothérapeutes francophone, comme par exemple le livre de Doris Pierce : *Occupational Science for Occupational Therapy* publié en 2014 aux Etats-Unis et publié en version française 2016.

Mais pour que l'ergothérapeute souhaitant se questionner sur sa pratique, se pose les bonnes questions, il nécessaire qu'il ait à sa disposition les bons outils. Comme nous venons de le citer, le *Guide du diagnostic en ergothérapie* (2017) est un outil sur lequel le professionnel peut s'appuyer. Cependant, le diagnostic intervient au moment de la mise en place d'objectifs d'intervention (Guillez, 2007). Ainsi, il n'existe pas à notre connaissance de guide intervenant au préalable et permettant d'identifier, par les habitudes de pratique durant la phase d'évaluation initiale, le ou les modèles conceptuels utilisés de façon inconsciente par l'ergothérapeute.

Il serait alors intéressant de permettre la poursuite ce travail par l'élaboration d'un guide permettant aux ergothérapeutes d'identifier simplement le(s) modèle(s) conceptuel(s) utilisé inconsciemment afin de favoriser le questionnement des ergothérapeutes sur leur pratique, et ainsi contribuer au développement de l'ergothérapie en France.

Bibliographie

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2001). *Le Dossier du Patient en Ergothérapie*. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ergoth_rap.pdf

Assemblée Nationale et Sénat. (2004). Article 2. *Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social*. Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000613810&categorieLien=id

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2017). *Dossier professionnel – L'ergothérapie aujourd'hui en France*. Repéré à http://anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/ANFE_Dossier%20professionnel_L'ergoth%C3%A9rapie%20aujourd'hui%20en%20France_Mars%202017.pdf

Bardin, L. (1983). *L'analyse de contenu* (3e éd., p. 1-154). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Barriball, L. et While, A. (1994). Collecting data using a semi-structured interview: a discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, *19*(2), 328-335.

Becker, G. S. (1992). Habits, Addictions, and Traditions. *Kyklos, 45*(3), 327-346.

Bélanger, R., Briand, C. et Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. *Le Partenaire*, *13*(1), 8-15.

(De) Briand, M. (1799).. Version numérique repérée à https://fr.scribd.com/document/92122523/MAINE-DE-BIRAN-INFLUENCE-HABITUDE-FAC-PENSER-LNPR

Caire, J.-M., Margot-Cattin, I., Schabaille, A. et Seene, M. (2008). Dynamique d'évaluation en ergothérapie. Dans J.-M. Caire (coor.), *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (p. 157-163). Marseille : France, Solal.

Chanban-Delmas, J., Boulin, R. et Dienesch, M.M. (1970*). Décret n°70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000510922&dateTexte=20170521

Cohérent. (s. d.) Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coh%C3%A9rent/17014/locution?q=%C3%AAtre+coh%C3%A9rent#178370

Concept. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/concept/17875

Delacroix, H. (1934). Les Grandes formes de la vie mentale. Dans H. Delaroix (dir.), *Nouvelle Encyclopédie Philosophique* (p. 89-106). Paris : France, Librairie Félix Alcan.

Dumez, H. (2011). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *Le Libellio d'Aegis*, *4*(7), 47-50.

Durkheim, E. (2016). Traité de Philosophie et de Psychologie : La science et la Philosophie (vol. 1).Le Mono Collection

Einarsen, S., Schanke Aasland, M. et Skogstad, A. (2007). Destructive leadership behaviour: A definition and conceptual model. *The Leadership Quarterly*, *18*, 207-216.

Forsyth, K. et Kielhofner, G. (2003). Model of human occupation. Dans Kramer, P., Hinojosa, J., Royeen, C. (dir.), *Perspectives in Human Occupation: Participation in Life* (p. 45-70). Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.

Guihard, J.P. et Kalfat, H. (2006). Méthodologie et méthode en ergothérapie : de la théorie à la pratique. Dans M.H. Izard (éd.), *Expériences en Ergothérapie, Dix-neuvième série* (p. 65-74). Montpellier, France : Sauramps Médical.

Guillez, P. (2007). Hypothétique diagnostic. Propositions de repères pour un diagnostic d'ergothérapie. Dans M.H. Izard (coor.), *Expériences en ergothérapie, Vingtième série* (p. 22-27). Montpellier : France, Sauramps Médical

Habitude. (s. d.) Dans C*entre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*. Repéré à http://www.cnrtl.fr/definition/habitude

Hébert, M., Maheux, B. et Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *69*(1), 31-39.

Hodgson, G. M. (2004). Reclaiming habit for institutional economics, *Journal of economic psychology*, *25*(5), 651-660.

Inconscient. (s. d.) Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*. Repéré à http://www.cnrtl.fr/definition/inconscient

Instinct. (s. d.). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*. Repéré à http://www.cnrtl.fr/definition/insctinct

Kalfat, H. (2006). L'évaluation en ergothérapie : quelles possibilités et quelles règles ? *Ergothérapies*, *21*, 15-19.

Kaufmann, J.-C. (2001). *Ego : Pour une sociologie de l'individu* (p. 157-158). Paris : France, Nathan.

Krefting, L. H. (1985). The Use of Conceptual Models in Clinical Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *52*(4), 173-178.

Kortman, B. (1995). The eye of the Beholder: Models in Occupational Therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, *41*, 155-122.

Lafon, (1969). Volonté. Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*. Repéré à http://www.cnrtl.fr/definition/volonté

Lally, P., Van Jaarsveld, C. H. M., Potts, H. W. W. et Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, *40*(6), 998-1009.

Landry, R., Allard, R., Deveau, K. et Bourgeois, N. (2005). Autodétermination du comportement langagier en milieu minoritaire : un modèle conceptuel. *Francophonies d'Amérique*, *20*, 63-78.

Lee, S. W., Taylor, R., et Kielhofner, G. (2009). Choice, knowledge, and utilization of a practice theory: A national study of occupational therapists who use the Model of Human Occupation. *Occupational therapy in health care*, *23*(1), 60-71.

Loriol, M. (2001). Ego. Pour une sociologie de l'individu. Une autre vision de l'homme et de la construction du sujet. *Revue française de sociologie, 42*(4), 760-762.

McColl, M. A., Law, M., Baptiste, S., Pollock, N., Carswell, A. et Polatajko, H. J. (2005). Targeted applications of the Canadian Occupational Performance Measure. *Revue Canadienne d'Ergothérapie, 5*(72), 298-300.

McKibbon, K. A. (1996). Evidence-based Practice*. Bull Med Libr Assoc*, *86*(3), 396-401.

Ministère de la Santé et des Sports. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. *Bulletin Officiel*, *7,* 163-289.

Modèle. (s. d.). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL).* Repéré à http://www.cnrtl.fr/definition/modèle

Modèle. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mod%C3%A8le/51916

Morel-Bracq, M.-C. (2008). Un modèle conceptuel français en ergothérapie ? Dans *Actes : Ergothérapie et Politique de Santé* (p. 83-85). Paris, France : ANFE.

Morel-Bracq, M.-C. (2013). Choisir et intégrer un modèle conceptuel dans la pratique en ergothérapie : pourquoi et comment ? Dans M.-H. Izard (dir.), *Expériences en ergothérapie, Vingt-Sixième Série* (p. 136-144). Montpellier, France : Sauramps Médical.

Morel-Bracq, M.-C. (dir.). (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd.). Paris, France : De Boeck Supérieur, 261 p.

Morel-Bracq, M.-C. (2018). La science de l'occupation, un défi pour la santé. Dans J.-M. Caire et A. Schabaille (coor), *Engagement, occupation et santé* (p. 3-15). Paris : France, ANFE.

Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS : Théories et recherches*, Repéré à http://journals.openedition.org/sociologies/993

Petit, J. (2003). Cinq logiques de mobilité et leurs conséquences sur la planification des déplacements urbains. *Les Cahiers Scientifiques du Transport, 43*, 35-58.

Platz, F. (2008). Comment les modèles influent sur notre pratique. Dans J.-M. Caire (coor.), *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (p. 121-125). Marseille : France, Solal.

Ravaisson, F. (1894). De l'habitude. *Revue de Métaphysique et de Morale, 2*(1),1-35.

Saget, F., Montardon, S. (2018) L'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) : présentation, actualité et mise en place en France. Illustration par une étude de cas. Dans J.-M. Caire, A. Schabaille (coor), *Engagement, Occupation et Santé* (p.99-120). Paris : France, ANFE.

Saulnier, D. (2004). *Un modèle conceptuel : pourquoi ?* Communication présentée lors d'un congrès, Barcelone. Repéré à http://www.aqcsi.org/pages/modele_conceptuel_pourquoi.pdf

Sorita, E. et Caire, J.-M. (2016). Se questionner. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, *2*(1), 3-4.

Stabilité. (s. d.). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL).* Repéré à http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stabilit%C3%A9/74408?q=stabilit%C3%A9#73570

Trouvé, E. (2017). Avant-propos. Dans B. Dubois, S. Thiébaut Samson, E. Trouvé, M. Tosser, G. Poriel, L. Tortora, K. Riguet et J. Guesné, *Guide du diagnostic en ergothérapie* (p. VII – IX). Paris : France, De Boeck Supérieur.

Urbain, J.-D. (2010). L'habitude performative : ou la "routine" créatrice. *Protée*, *38*(2), 21-28.

Van Campenhoudt, L. et Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4e éd.). Paris, France : Dunod, 262 p.

Vermersch, P. (2005). Aide à l'explicitation et retour réflexif. *Expliciter*, *59*, 26-31.

Yin, R. (2012). *Applications of Case Study Research* (3e éd., p. 10-15). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Table des matières

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR 1

REMERCIEMENTS 2

Introduction 1

I. Construction de la question de recherche 5

A. Présentation des modèles conceptuels 5

B. L'intérêt des modèles conceptuels dans les pratiques 10

C. Difficultés rencontrées par les ergothérapeutes liées des modèles conceptuels 12

D. La prise de conscience et l'utilisation de modèles conceptuels 15

II. Cadre de la recherche 17

A. L'évaluation initiale 18

B. L'habitude 20

1. Qu'est-ce qu'une habitude ? 20
2. Quels effets découlent de la mise en place d'habitudes ? 22

C. Les modèles conceptuels 25

III. Création de notre outil d'analyse 28

A. Habitudes de pratique et modèle(s) conceptuel(s) 28

B. Modèles d'analyse 30

IV. Investigation sur le terrain 32

A. Matériaux à recueillir 32

B. Méthode utilisée 32

1. Une recherche qualitative 33
2. L'entretien pour comprendre 33
   a. Entretien semi-structuré 34
   b. Entretien d'aide à l'explicitation 34
   c. Utilisation sur le terrain 35

C. Dispositif d'investigation : 36

1. Population cible : 36
2. Construction du guide d'entretien : 37

D. Conduite de l'investigation 39

1. Démarche sur le terrain : 39
2. Présentation des interviewés : 39

V. Analyse des données 40

A. Préparation des données brutes 40

B. Choix des outils afin de traiter les matériaux bruts 41

C. Présentation des matériaux traités 43

1. Ergothérapeute A 43
2. Ergothérapeute B 49
3. Ergothérapeute C 50
4. Ergothérapeute D 51
5. Mise en lien avec nos hypothèses 51
6. Réponse à notre problématique 52

Discussion 53

Conclusion 56

Bibliographie i

Table des matières vii

Liste des tableaux x

Liste des figures xi

Liste des acronymes xii

Annexe I : Tableaux récapitulatifs des termes, concepts et outils associés aux différents modèles de notre recherche i

Annexe II : Guide d'entretien viii

Annexe III : Informations importantes xi

Annexe IV : Demande d'enregistrement de l'entretien xii

Annexe V : Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute A xiii

Annexe VI : Grilles d'analyse xix

Annexe VII : Tableaux des termes présents dans les discours, dans les habitudes, et tableaux de l'identification des modèles conceptuels de l'ergothérapeute B, C et D xxxv

Liste des tableaux

Tab. 1 : Classification des modèles généraux et appliqués d'après Morel-Bracq 8

Tab. 2 : Exemples d'outils spécifiques de modèles d'après Morel-Bracq (2017) 26

Tab. 3 : Caractéristiques des ergothérapeutes interviewés 40

Tab. 4 : Identification du modèle dominant dans une habitude de l'ergothérapeute A 45

Tab. 5 : Termes utilisés principalement par l'ergothérapeute A et correspondance de modèles conceptuels selon Morel-Bracq 47

Tab. 6 : Identification du modèle dominant dans le discours de l'ergothérapeute A . 48

Liste des figures

Fig. 1 La hiérarchie des modèles d'après Kortman..... 7

Fig. 2 : Modélisation de nos hypothèses sous forme d'un modèle d'analyse..... 31

Liste des acronymes

ANFE : Association Nationale

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ASMAD : Association de Maintien à Domicile

CCTE : Cadre Conceptuel du groupe Terminologie du réseau européen des écoles d'ergothérapie

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CIH : Classification Internationale du Handicap

CMPR : Centre de Médecine Physique et de Réadaptation

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

ECTS : *European Credits Transferts System*

EViC : Evaluation de la Vitesse au Clavier

Man.OS : Manipulation des Outils Scolaires

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OPM : A : Modèle Australien de la Performance Occupationnelle

OTIPM : Modèle du Processus d'Intervention en Ergothérapie

PEO : Personne Environnement Occupation

PEOP : Personne Environnement Occupation Performance

PPH : Processus de Production du Handicap

SESSAD : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile

Annexe I : Tableaux récapitulatifs des termes, concepts et outils associés aux différents modèles de notre recherche

Modèles généraux interprofessionnels		
Modèles conceptuels	**Termes et concepts couramment utilisés**	**Outils associés**
Modèle de résolution de problème	- *Problem solving* – Problématisation – Carte heuristique – Algorithme – *Brain-storming* – Planification par objectifs – Evaluation intermédiaire – Evaluation finale - Problèmes – stratégies – décisions - Attentes de la personne – habitudes de vie – déficiences – capacités et incapacités – environnement humain et matériel	- Méthode Subjectif, Objectif, Analyse, Planning (**SOAP**) - Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé (**PIII**) - **Recueil de données** : entretiens, évaluations qualitatives et/ou quantitatives, auto-évaluations
CIF	- Fonctionnement : problème de santé – facteurs contextuels (environnement et facteurs personnels) - Handicap - **Fonctionnement et handicap** : Fonctions organiques et structures anatomiques → Déficience – Activité → Limitation d'activité – Participation → Restriction de participation – Capacité – Performance - **Facteurs contextuels :** Facteurs environnementaux (physique, social, attitudinal) → Facilitateurs / Obstacles – Facteurs personnels - Individu / personne	- Guide d'Evaluation des besoins de compensation de la personne handicapée (**GEVA**) - World Health Organization Disability Assessment Schedule (**WHODAS**) 2.0 - Questionnaire CIF - CORE SET International Classification of Functioning (**CIF**)
PPH (1998)	- **Facteurs de risque** : Cause - **Facteurs personnels :** Systèmes organiques → Intégrité/Déficience - Aptitudes → Capacité/Incapacité - **Facteurs environnementaux** (social, physique) : Facilitateur/Obstacle - **Habitudes de vie** (activité courante, rôle social) : Situation de participation sociale/Situation de handicap - Individu / personne	- Mesure des Habitudes de Vie (**MHAVIE**) - Mesure de la Qualité de l'Environnement (**MQE**)
MDH-PPH2 (2010)	- **Facteurs personnels :** Facteurs identitaires → Facilitateur/Obstacle – Systèmes organiques : Intégrité / Déficience – Aptitudes : Capacité / Incapacité	- Mesure des Habitudes de Vie (**MHAVIE**) 3.0 et 4.0 - Mesure de la Qualité de l'Environnement (**MQE**) 2.0 - Evaluation Systémique des Objectifs Prioritaires En

	- **Facteurs environnementaux :** Micro (physique), Méso (communautaire), Macro (social) : Facilitateur / Obstacle - **Habitudes de vie :** Activités courantes, rôles sociaux : Situation de participation sociale / Situation de handicap - Individu / personne	réadaptation - version Bande Dessinée (**ESOPE BD**) - Evaluation Systémique des Aptitudes Professionnelles (**ESAP**) 3.0
Modèle humaniste	- Client – Facilitateur – Conseil - Centré sur la personne – Actualisation de soi - Autonomie - Thérapeute = facilitateur - Besoins de la personne - Relation : Empathie – Attention inconditionnelle – Non-directivité – Authenticité – Honnêteté – Regard sans jugement – Respect - Processus de changement - Choix et décisions de la personne	- Processus de changement - Auto-évaluation
Modèle systémique	- **Individu – Famille – Institution** - Système complexe, dynamique – Interactions – Communication – Analyse systémique – Bouc émissaire – Double contrainte – Dysfonctionnement familial ou institutionnel – Changement de comportement - Patient / client - Holistique	- Entretien familial systémique - Analyse de pratique - Analyse systémique de fonctionnement institutionnel - Génogramme

Modèles généraux en ergothérapie		
Modèles conceptuels	**Termes et concepts couramment utilisés**	**Outils associés**
Modèle écologique du développement humain	- Approche systémique - Développement de l'enfant - Influence mutuelle de l'organisme et de l'environnement - Adaptation - Forces/faiblesses de l'organisme - Risques/opportunités du contexte environnemental - Interaction entre les systèmes : Ontosystème (caractéristiques, états, compétences, habiletés, vulnérabilité, déficits) – Microsystème (environnement physique et humain immédiat) – Mésosystème – Exosystème (environnement externe) – Macrosystème (contexte culturel et sociétal) – Chronosystème (temps)	- Analyse des situations

	- Médiation du sujet - Déséquilibre - Centré sur la personne	
Le modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO)	- Relations personne-environnement / personne-occupation / environnement-occupation / - Problèmes occupationnels - **Personne** : Comportements - Individu / groupe – Rôles - Histoire, expériences, vécu - Compétences, habiletés physiques, sensorielles, cognitives - **Environnement :** tous les éléments environnementaux en fonction de l'individu, du groupe, du quartier ou de la communauté - **Occupation** : Activités – Tâches - Performance occupationnelle : Forces / faiblesses - Centré sur la personne	- Outils d'évaluation axés sur la performance occupationnelle comme la Mesure canadienne du rendement occupationnel (**MCRO**)
Le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (PEOP)	- Caractéristiques et environnement - Approche "*top-down*" – centré sur la personne - Client : Individu, famille, collectivité, institution, communauté - **Personne** : cognition, psychologique, physiologique, sensoriel, moteur, spirituel – capacités / déficiences / contraintes - **Environnement :** physique, naturel, social, culturel, politique, technologique – facilitateurs / obstacles - **Occupation** : Activités – Tâches – Rôles - Performance occupationnelle - Récits : Perceptions, choix, intérêts, buts, besoins - Participation – Bien-être - Capacité à agir - Relation basée sur confiance, collaboration, partenariat	- **Narration** → profil occupationnel - Evaluations portant sur la performance occupationnelle comme : ▪ ***Activity card sort*** ▪ ***Paediatric Activity Card Sort*** ▪ Mesure du rendement Occupationnel (**MCRO**) ▪ ***Occupational Gap Questionnaire***
Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)	- Occupation humaine - Activités productives - Activités de loisirs - Activités de vie quotidienne - Être, Agir et Devenir - Individu – personne - Occupation	- *Model of Human Occupation Screening Tool* (**MOHOST**) - *Occupational Questionnaire* (**OQ**) - *Occupational Performance History Review* II (**OPHI-II**)

	- Environnement physique (objets et espaces physiques) et social (humain et socioculturel) - **Volition** : Valeurs - Centres d'intérêt (*intérêts* dans la terminologie québécoise) - Causalité personnelle (*déterminants personnels*) : sentiment d'efficacité et de capacité - **Habituation** : comportements – environnement familier – habitudes – rôles - **Capacité de performance** (*capacité de rendement*) : Aptitudes – Déficiences - Participation occupationnelle : engagement - Performance occupationnelle (*rendement occupationnel*) - Identité / compétence occupationnelle - Environnement : physique et social - Engagement – Activité – Expériences - Habiletés – Adaptation	- *Occupational Circumstances Assessment: Interview and Rating Scale* (**OCAIRS**) - *Assessment of Motor and Process Skills* (**AMPS**) - *Assessment of Communication and Interaction Skills* (**ACIS**)
Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO)	- Centré sur la personne – objectifs signifiants - Sentiment de contrôle sur sa vie – participation – potentiel de changement - Action, tâche, activité - **Environnement** : physique, institutionnel, culturel, social - **Occupation** : Soins personnels – Productivité – Loisirs – Repos - **Personne** : Dimensions spirituelle, affective, physique et cognitive - Engagement dans l'activité - Habilitation (faciliter) : pouvoir et capacité d'être ou d'agir - Performance occupationnelle - Satisfaction occupationnelle - Intégration sociale – justice - Personnes vulnérables - Situation de handicap - Problèmes de santé, médico-sociaux, de justice sociale - Personne / client / patient / groupes / organismes - Collaboration ergothérapeute et client, relation humaniste	- Mesure Canadienne du rendement occupationnel (**MCRO**) - Cadre Conceptuel du Processus de Pratique Canadien (**CCPPC**)
Le modèle Kawa (Rivière)	- Culture – Harmonie – Collectivisme – personne	- Auto-évaluation : dessin de la rivière "en coupe" et dans son ensemble

	- Rivière/eau : cours de la vie - **Facteurs environnementaux, physiques et sociaux** (rives et lit de la rivière) - **Problèmes rencontrés** (rochers) - **Atouts et handicaps**, **déterminants personnels** (bois à la dérive)	
Le modèle de compétence	- Interaction personne-environnement - **Personne** : corps – esprit - **Activités - Rôles** (contre-rôle) → interaction - **Environnement** : humain et non-humain (physique) → microsystème (environnement immédiat), mésosystème, exosystème, macrosystème (société, culture) - **Compétence** / situation de compétence - **Situation de handicap** - Demandes / exigences – Capacités / incapacités – Opportunités / limites – Compatibilité / incompatibilité - Centré sur le client	- Evaluation à domicile de l'interaction personne-environnement (**EDIPE**) - **EDIPE-version visuelle** - **EDIPE-version cognitive** - **EDIPE-version pédiatrique**

Le modèle australien de la performance occupationnelle (OPM : A)	- Engagement dans les activités → sens de la réalité, maîtrise, compétence, autonomie, organisation dans le temps
	- Activités de la vie quotidienne
	- Personne – environnement – comportement
	- « *occupationnal being* » (être occupationnel ou être dans l'agir)
	- Identité – Faire, savoir, être
	- **Performance occupationnelle**
	- **Rôles** / rôle occupationnel
	- **Domaines d'action** : Activités de soins personnels – Activités productives et scolaires – Activités de loisirs et de jeu – Activités liées au repos
	- **Composantes de l'action**
	- **Eléments fondamentaux de l'action** : Corps, esprit : pensée, spiritualité
	- **Environnement** : externe, physique, sensoriel, cognitif, psychologique, social, culturel
	- **Espace – Temps**
	- Contexte économique et politique
	- Capacité – incapacité
	- Centré sur le client / patient
		- Questions pour guider l'évaluation
		- Système d'analyse de la tâche *Perceive, Recall, Plan, Perform* (**PRPP**) → évaluation et guide d'intervention
		- ***PRPP System Assessment***
		  ▪ *PRRP@Work*
		  ▪ *PRPP@School*
		  ▪ *PRPP Interview*

Cadres conceptuels et modèles appliqués en ergothérapie		
Modèles conceptuels	**Termes et concepts couramment utilisés**	**Outils associés**
Le cadre conceptuel du groupe Terminologie du réseau européen des écoles d'ergothérapie (CCTE)	- Centré sur le/la client/personne et sur le "faire" – Relation : respect, empathie - Performance occupationnelle - **Dispositions personnelles** : habiletés – fonctions - **Energie** : motivation – volition – engagement - **Frontières** : indépendance – dépendance – interdépendance – autonomie - **Action** : performance – domaine - **Formes** : occupation – activité – tâche - **Structures** : habitude – routine - **Lieux** : environnement (externe, physique, socioculturel, temporel) – contexte – *setting* - **Contrat social** : rôle – participation	
Le modèle du processus d'intervention en ergothérapie (OTIPM)	- *Meaning* : sens, signification personne → motivation à agir - *Purpose* : intention, but personnel, raisons, objectifs – organisation façon d'agir - Centré sur le client et sur l'occupation – *top-down* - Performance occupationnelle – Vie quotidienne – Pertinence écologique – occupations naturelles - Engagement - Habiletés : motrices, opératoires, de communication - Dimensions : environnementale, de rôle, motivationnelle, de tâche, culturelle, sociale, sociétale, fonctionnelle, temporelle, adaptative - Besoin – désirs du client - Capacité de réaliser tâches, assumer rôles sociaux, soutenir participation dans société - Relation : de confiance, de respect	- Les 10 dimensions du contexte de performance - MCRO (exemple) - *Assessment of Motor and Process Skills* (**AMPS**) - ***SCHOOL AMPS*** - *Evaluation of Social Interactions* (**ESI**)
Le modèle ludique	- Autonomie – sentiment de bien-être – Désir et capacité d'agir – plaisir – maîtrise - Enfant – Déficience physique - **Jeu** : activité signifiante / attitude – action – intérêt – activité – choix / décision	- Analyse de l'activité - Evaluation du comportement ludique (**ECL**) - Entrevue initiale avec les parents (**EIP**)

	- **Intérêt – fonction – habiletés** – attitudes – motivation - Nature occupationnelle être humain – besoin d'agir sur environnement – approche holistique centrée sur le client – adaptation - Forces/habiletés – difficultés – limitations - Parents – quotidien – qualité de vie - Ergothérapeute : adaptation, créativité, attitude ludique - Caractéristiques et composantes affectives de l'attitude ludique – composantes sensorielles, motrices, cognitives et sociale de l'action	- Tableau de l'évolution du comportement
L'approche **CO-OP**	- Enfant – parents - Participation activités quotidiennes – Développement enfant - Participation jeux physiques – capacité appartenance groupe de pairs - Incapacité à participer activités – marginalisation et isolement social - Restriction de participation – sentiment isolement, diminution qualité de vie - Besoin enfant à réussir activités typiques de l'enfance - Activité – participation – Performance occupationnelle - Contexte écologique de l'enfant – Centrée sur la personne - **Motivation** – engagement – Santé – bien-être – Réussite dans les occupations - Problèmes occupationnels - Activités signifiantes et significatives - Apprentissage – compétence motrice - <u>Théories comportementales</u> : observables, relation stimulus – réponses – conséquences - <u>Théories cognitives</u> : processus cognitifs/mentaux inobservables (mémoire, attention…), résolution de problème, raisonnement et pensée - Acquisition de compétences – utilisation de stratégies cognitives – généralisation de l'apprentissage – transfert de l'apprentissage vers nouvelles tâches de la vie quotidienne - Coopération patient/client – thérapeute - Implication – expression des difficultés	- *Performance Quality Rating Scale* - Résolution de problème : *Goal – Plan – Do – Check* (but – planification – action – vérification)

Annexe II : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Pour réaliser nos entretiens, qu'ils soient téléphoniques ou en face-à-face, il est nécessaire que nous soyons installés dans un lieu calme, sans distraction, afin de ne pas être interrompus et d'optimiser la qualité de l'échange et de l'enregistrement.

1ère partie : Présentation générale

Présentation et mise en confiance :

Il est nécessaire que nous nous présentions en tout premier, afin d'établir une relation de confiance avec l'ergothérapeute. Nous devons également nous assurer que l'interviewé est en bonne condition pour réaliser l'entretien. Pour cela, nous pouvons demander par exemple :

- « *Êtes-vous confortablement installé ?* »
- « *Souhaitez-vous un verre d'eau avant de commencer ?* »
- « *Etes-vous totalement disponible pour l'entretien ? Attendez-vous un appel ?* »

Présentation de notre recherche :

« *Nous cherchons à identifier les actions des ergothérapeutes durant les différentes évaluations initiales qu'ils ont pu réaliser. Nous entendons par évaluation initiale, l'ensemble des actions réalisées dans le but de déterminer les objectifs et le plan de traitement de la personne. Un synonyme peut être employé : le recueil de données* ». Si nécessaire, nous pouvons détailler davantage ce que nous entendons par recueil de données ou évaluation initiale : « *Cette étape dans la prise en charge correspond à la prise de renseignements, comme par exemple la consultation du dossier patient, un entretien avec le patient et sa famille, à l'observation du patient dans ses habitudes de vie, ses conduites et relations dans les activités thérapeutiques qui guident la démarche, et enfin la réalisation de bilans spécifiques* ».

Il s'agira ainsi de permettre à la personne de comprendre une partie de notre recherche. Dans un premier temps, nous utiliserons le terme « habitude » sauf si l'interviewé l'utilise lui-même, afin de ne pas influencer sa réflexion.

Présentation des éléments recherchés par l'entretien :

« *Au cours de cet entretien, il s'agira de rechercher vos pensées, vos procédures d'action, la façon dont vous raisonnez durant l'évaluation initiale d'une personne, c'est-à-dire les actions que vous réalisez ainsi que la façon dont vous le faites.*

L'entretien durera le temps que vous jugez nécessaire, n'hésitez pas à m'interrompre si jamais vous ne comprenez pas quelque chose.

Si vous l'acceptez, l'entretien sera enregistré par mon téléphone. Il sera ensuite retranscrit et anonymisé. Etes-vous d'accord avec cela ? Avez-vous des questions avant de commencer ? »

2ème partie : Déroulement de l'entretien

Afin de répondre à nos hypothèses, nous devons recueillir les différents matériaux nécessaires à notre analyse. Pour cela, nous allons devoir aborder différents sujets :

- Les actions réalisées durant l'évaluation initiale
- Le raisonnement menant au compte-rendu
- Les raisons de la non-utilisation de modèles conceptuels

Pour chaque thème, nous avons établis une première question ainsi que des questions complémentaires afin de fluidifier l'échange, et de récolter la totalité des informations nécessaires à notre analyse. Cependant, l'ordre de ces questions n'est pas fixe et il se peut que certaines ne soient pas posées si cela n'est pas jugé nécessaire.

Thème 1 : Les actions réalisées durant l'évaluation initiale

Au cours de cette première partie de l'entretien, notre vocabulaire sera essentiellement orienté sur les mots utilisés par l'ergothérapeute afin de ne pas influencer son revécu de l'action. Nous cherchons également à éviter au maximum l'utilisation du "pourquoi", qui provoquerait une justification chez l'interviewé plutôt qu'une description.

"Imaginez-vous une évaluation initiale que vous avez vécue, choisissez celle que vous souhaitez. Quelle était la première action que vous avez réalisé ?" "*Pouvez-vous me décrire cette action ?" "Comment avez-vous fait ?" "Où étiez-vous à ce moment-là ?"*

"Quelle était la durée de cette action ? "Dans quel ordre avez-vous fait ces actions ?" "Comment avez-vous déterminé cet ordre ?" "Vous m'avez dit faire…, comment est-ce que vous vous y êtes pris ?"
Nous pouvons également rappeler les éléments qui constituent une évaluation initiale selon l'ANAES : prise de renseignements, l'observation du patient et la réalisation de bilans spécifiques.

"*Maintenant, que ces actions ont été identifiées pour cette évaluation précise, pouvez-vous me dire ce que vous faites comme actions dans les évaluations initiales en général ?" "Est-ce les mêmes actions ?" "Sont-elles dans le même ordre ? "Ont-elles la même durée ?" "Ce font-elles au même endroit ?" "Vous y prenez-vous de la même manière ?" "Pourquoi faites-vous les mêmes actions ?" "Pourquoi faites-vous de la même manière ?"*
"*Dans votre pratique, lors des évaluations initiales, pensez-vous avoir des habitudes ?" "Lesquelles ?" "Pouvez-vous me les décrire* ?"

Thème 2 : Le raisonnement menant au compte-rendu
"*Comment vous y prenez-vous pour rédiger votre compte-rendu de bilan ?" "Essayez de revivre le moment durant lequel vous avez élaboré ce compte-rendu. Comment avez-vous raisonné ?" "Quelles étapes ?" "Sur quels éléments vous basez-vous ?"*

Thème 3 : Les raisons de la non-utilisation d'un modèle conceptuel
"Pouvez-vous confirmer que vous n'utilisez pas de modèles conceptuels dans votre pratique de l'ergothérapie ?" "Pour quelles raisons ?" "Est-ce un choix de votre part ?" "En avez-vous déjà utilisé avant ?" (si oui : "Quelles sont les différences entre votre ancien poste où vous en utilisiez et maintenant ?")

3ème partie : Conclusion de l'entretien

Avant de terminer l'entretien, il est important de demander à l'ergothérapeute s'il a des questions à poser en lien avec notre sujet de recherche, ou des éléments à ajouter. Egalement, nous lui demandons son ressenti quand à cet entretien, et nous le remercions pour le temps qu'il nous a consacré et pour sa participation.
"Avez-vous des éléments qui vous semble important d'ajouter ?" "Avez-vous des questions ?" "Je vous remercie pour votre temps et votre participation à cet entretien."

Annexe III : Informations importantes

Informations importantes

Vous avez accepté de participer à un entretien dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'étude d'un étudiant en ergothérapie de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Chambray-lès-Tours.

L'entretien est strictement confidentiel, c'est-à-dire qu'aucune information qui permettrait de vous reconnaître ne sera divulguée aux lecteurs de ce travail ou lors d'une présentation en lien avec cette recherche.

Durant l'entretien, vous avez la totale liberté de répondre ou non à une question, de demander de reformuler la question, et d'interrompre à tout moment l'échange.

L'entretien durera le temps que vous souhaitez, et il sera possible de faire une pause si vous le demandez.

Suite à votre accord signé sur la feuille de demande d'autorisation d'enregistrement de l'entretien, ce dernier sera enregistré dans le but de faciliter l'échange et permettre à l'étudiant de travailler par la suite sur sa recherche.

Annexe IV : Demande d'enregistrement de l'entretien

Demande d'enregistrement de l'entretien

Je soussigné(e), ……., reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des informations qui m'ont été communiquées et ainsi pouvoir donner mon consentement éclairé. Mes questions ont été écoutées et l'étudiant a pu y répondre de manière satisfaisante.

Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer de cette recherche à tout moment.

J'autorise Anne JOYAU, étudiante en troisième année d'ergothérapie à Chambray-lès-Tours, à enregistrer notre échange réalisé le ……..... à …… et à l'utiliser uniquement à titre professionnel pour les besoins de la réalisation de son mémoire de fin d'étude en ergothérapie.

L'enregistrement mentionné ci-dessus n'a pas pour vocation de faire l'objet de reproduction ou de représentation publique.

Fait à ……..,
Le …….....

Signature des deux parties

Annexe V : Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute A

Enquêteur : Imaginez-vous revivre une situation d'évaluation initiale, en avez-vous une en tête ?

A : Euh du coup c'est en rapport avec là où je bosse ?

Enquêteur : Oui tout à fait.

A : Ah d'accord, euh alors, une situation d'évaluation initiale… et bien oui ça y est, c'est bon.

Enquêteur : Quand est-ce qu'elle s'est déroulée ?

A : A la rentrée, en septembre dernier.

Enquêteur : D'accord, est-ce que vous pouvez me décrire comment cela s'est passé ? Quelles actions avez-vous menées ?

A : Euh du coup est-ce que je dois expliquer là où je bosse ou pas ?

Enquêteur : Non, expliquez-moi seulement les actions que vous avez fait durant l'évaluation.

A : Ok. Bah c'était pour évaluer un petit peu ses difficultés à l'école. C'est un enfant de 6 ans. Donc euh j'ai fait un entretien avec lui, la maitresse.

Enquêteur : C'est deux entretiens différents du coup ?

A : Euh ouais. En fait j'ai fait quatre entretiens en tous : un avec l'enfant, un avec la maîtresse, un avec l'éducatrice et un avec les parents

Enquêteur : Ok, donc vous avez fait quatre entretiens en tout ?

A : Ouais, et les parents c'était par téléphone.

Enquêteur : D'accord. Du coup, dans quel ordre vous avez fait ces entretiens ?

A : Euh, en premier j'ai vu l'enfant, après, ah oui je l'ai observé aussi en classe, ça compte ça ?

Enquêteur : C'était dans le cadre de l'évaluation initiale ?

A : Oui

Enquêteur : Alors oui ça compte.

A : Ok, c'était avec l'enseignante et euh, et l'enfant. Mais j'ai fait également un entretien individuel avec l'enseignante

Enquêteur : D'accord

A : Un entretien individuel avec l'éducatrice, et un entretien téléphonique avec les parents.

Enquêteur : Ok, donc ça c'est l'ordre dans lequel vous avez fait l'ensemble de ces actions ?

A : Ouais.

Enquêteur : Donc, en premier l'entretien avec l'enfant, ensuite l'observation

A : Oui après je l'ai observé en classe, après j'en ai parlé avec la maitresse, après j'ai vu l'éducatrice, et ensuite j'ai eu l'entretien avec les parents.

Enquêteur : D'accord, est-ce que votre évaluation initiale comportait d'autres actions ?

A : Euh, non. Enfin…

Enquêteur : Est-ce que vous aviez un dossier sur l'enfant ?

A : Ah oui oui, un dossier médical j'ai lu le dossier médical, les bilans ergo d'avant, psychomot aussi et orthophonistes.

Enquêteur : D'accord, alors ça du coup vous l'avez avant les entretiens ?

A : Ouais, avant les entretiens, au tout tout début.

Enquêteur : D'accord.

A : J'avais zappé que j'avais fait ça.

Enquêteur : Comment est-ce que vous avez déterminé l'ordre dans lequel vous avez fait vos actions ?

A : Euh, bah en premier comme l'enfant ne me connaissait pas je me suis présentée, on a un petit peu parlé de tout et de rien, je lui ai demandé ce qu'il aime faire, ce qu'il avait comme difficultés. Je lui ai demandé des choses simples, je n'ai pas fait des bilans normés mais euh des, je lui ai demandé d'écrire son prénom, de découper, euh, de tracer des lignes… Un petit peu pour évaluer succinctement.

Enquêteur : Ok donc ça c'était pendant l'entretien avec l'enfant ?

A : Ouais

Enquêteur : D'accord. Vous avez fait autre chose ? Du coup vous m'avez dit que vous avez discuté, vous lui avez demandé de tracer des lignes, de découper…

A : Ouais, après je lui ai posé des petites questions, un peu pour savoir s'il arrivait bien à s'habiller, à se brosser les dents… Toutes les questions un petit peu des actes de la vie quotidienne

Enquêteur : D'accord.

A : Je lui ai demandé ce qu'il aimait faire, ce qu'il n'aimait pas, est-ce qu'il avait des frères et sœurs… euh… Qu'est-ce que j'oublie ? Non c'est bon je crois.

Enquêteur : D'accord, et du coup sur quoi vous êtes-vous basé pour demander toutes ces informations-là ? Est-ce que vous aviez un ordre prédéterminé ?

A : Oui j'avais une trame pour connaitre l'enfant et tout ce qui est observation. En fait c'est quelque chose qu'il y a déjà à l'institut, ils avaient déjà fait un peu la trame de… Ce n'est pas des bilans déjà normés quoi. C'est un peu une observation, parce qu'en fait il y a déjà eu des bilans qui ont été fait comme la NEPSY, qui avaient déjà été fait avant.

Enquêteur : Ah oui d'accord

A : Donc j'avais déjà ces informations-là-dessus avant de voir l'enfant.

Enquêteur : Donc ces informations étaient présentes dans le dossier médical de l'enfant ?

A : Oui c'est ça, tous les bilans étaient déjà dans le dossier médical. Et du coup oui j'ai suivi une trame pour l'entretien avec l'enfant.

Enquêteur : Ok. Du coup si je reprends ce que vous m'avez dit, donc vous avez d'abord regardé son dossier médical avec les différents bilans qui avaient été réalisés

A : Oui c'est ça

Enquêteur : Ensuite, vous vous êtes entretenu avec l'enfant à l'aide d'une trame. C'est ça ?

A : Oui tout à fait.

Enquêteur : D'accord, ensuite vous l'avez observé en classe.

A : Ouais après je l'ai observé en classe pour voir comment il se débrouillait et tout ça.

Enquêteur : Donc là est-ce que vous aviez un outil spécifique pour cette observation ?

A : Non pas du tout, non je n'avais pas d'outils d'évaluation, et je n'avais pas de trame à ce moment-là, c'était seulement de l'observation.

Enquêteur : D'accord, donc ensuite il y a eu l'entretien avec l'enseignante

A : Ouais pour débriefer un petit peu car c'était la même enseignante l'année d'avant donc elle a pu… C'était aussi un peu le bilan de l'année dernière quoi.

Enquêteur : D'accord, du coup est-ce que pour cet entretien vous aviez quelque chose pour vous guider dans vos questions ?

A : Euh bah oui un petit peu, avec toutes les observations que j'avais faites aussi lors de l'entretien, et comme ça j'ai pu poser les questions aussi à l'enseignante euh, vraiment si l'enfant dans son milieu scolaire avait les mêmes difficultés ou pas.

Enquêteur : D'accord.

A : Et puis ça m'a permis aussi d'avoir son avis sur les difficultés de l'enfant.

Enquêteur : D'accord. Alors ensuite, si je reprends l'ordre, il y a eu l'entretien avec l'éducatrice.

A : Ouais

Enquêteur : Donc là, est-ce que vous pouvez m'expliquer comment ça s'est passé ?

A : Oui, parce que en fait, euh, ils ont un temps de classe et ils ont aussi un temps dédié à l'éducatif, mais ils ont quand même un temps plus important de classe, quand même.

Enquêteur : D'accord.

A : Et euh, donc là c'était plus pour voir un peu comment il est, comment il est en groupe, au niveau des activités aussi, parce qu'ils font beaucoup d'activités, donc ça peut être aussi des activités créatrices, comment il se comporte en groupe, ce qu'il aime aussi, ce qu'il aime faire… euh… Donc là oui après j'ai parlé avec l'éducatrice oui, pour faire un petit point.

Enquêteur : Ok, et ensuite vous avez parlé aux parents.

A : Oui, après j'avais demandé d'appeler les parents.

Enquêteur : D'accord.

A : Ah oui et l'éducatrice aussi je l'avais questionné au niveau des parents, s'il n'y avait pas de difficultés pour les appeler parce que des fois il y a des parents qui sont plus réceptifs que d'autres quoi, donc aussi pour faire un point là-dessus.

Enquêteur : Du coup, là vous avez fait des entretiens, de l'observation, et vous avez aussi regardé le dossier médical avec les différents bilans qui ont été réalisés. Est-ce que ça, ce sont des actions que vous faites systématiquement dans chaque prise en charge ?

A : Euh oui. Avec différents acteurs, enfin euh… Ouais avec les enfants c'est avec tous les acteurs qui gravitent autour de lui pour que je puisse avoir une vision la plus globale possible.

Enquêteur : Donc vous faites toujours ce genre d'actions pour chaque enfant ? Pourquoi ?

A : Bah ouais, à chaque prise en charge je regarde en premier le dossier médical pour avoir une première idée sur petit peu sur l'enfant avant de le voir, après je fais toujours un ou plusieurs entretiens, c'est rare que je n'en fasse qu'un seul d'ailleurs, et je fais tout ce qui est bilan mais en fait c'est souvent de l'observation parce que comme je disais tout à l'heure, les bilans ont déjà été fait avant parfois, donc voilà. Ah oui et du coup je fais tout ça à chaque fois pour avoir le maximum d'informations sur l'enfant en fait.

Enquêteur : Ok. Est-ce que vous les faites toujours dans le même ordre ?

A : Euh non l'ordre après… Après je voulais avoir les parents en dernier pour leur faire part un peu déjà de tout ce que j'ai pu observer avec les entretiens que j'ai eu, leur faire un peu une mise au point de ce que j'ai pu voir pendant l'évaluation.

Enquêteur : D'accord, donc c'est toujours les parents que vous rencontrez en dernier dans votre évaluation ?

A : Bah… Ouais ouais en fait c'est vrai que j'ai toujours le même ordre en gros, et oui du coup bah oui je vois toujours les parents en dernier parce que je trouve ça important de faire le point avec eux à la fin de l'éval pour qu'ils soient vraiment informés de tout ce qu'on a fait. Et puis aussi ils sont là pour dire si dans le quotidien est-ce qu'il a des difficultés qu'il n'a pas su me dire, des choses qu'il n'arrive pas à faire, ou qu'il a du mal

Enquêteur : D'accord. Maintenant au niveau de votre raisonnement, est-ce que vous faites un diagnostic en ergothérapie suite à cette évaluation ?

A : Par écrit tu veux dire ?

Enquêteur : Oui

A : Bah je fais un compte-rendu, mais je ne sais pas si c'est vraiment un diagnostic ergothérapique à proprement dit, je ne pense pas que je respecte tous les critères comme je les ai vu en cours

Enquêteur : D'accord, donc quand vous faites ce compte-rendu, comment est-ce que vous vous y prenez ?

A : Bah du coup après toutes ces observations et entretiens, euh, je clarifie toujours un peu toutes les difficultés de l'enfant et ses besoins et après je les mets en objectifs. Je ne sais pas si c'était ça ta question…

Enquêteur : Oui si c'est ça, je voudrais savoir par quoi vous commencez, ce qui est important de spécifier…

A : Bah à chaque fois je reprends tous les critères relatifs à l'enfant, son environnement social, matériel, ses habitudes de vie, plus particulièrement scolaire du coup, scolaire et à la maison. Oui je refais quand même un point là-dessus.

Enquêteur : D'accord, et du coup est-ce que pour faire ce compte-rendu, vous avez une trame aussi ?

A : Oui j'ai aussi une trame pour faire mes comptes-rendus

Enquêteur : C'est vous qui l'avez faite ?

A : Euh non elle était déjà faite avant par l'ancienne ergo.

Enquêteur : D'accord, est-ce que c'est la même que pour les entretiens ? Celle dont vous m'avez parlé au début ?

A : Euh, est-ce que c'est la même que pour les entretiens ? Euh… non je n'utilise pas la même non. Ah ouais c'est vrai ça !

Enquêteur : D'accord. Alors maintenant si vous deviez choisir les éléments les plus importants dans la prise en charge de l'enfant, au niveau vous de votre accompagnement, qu'est-ce que ça serait ?

A : Alors euh, les éléments les plus importants, euh… Bah c'est euh… bah de toute façon mes objectifs ils tournent toujours sur que l'enfant soit plus indépendant et autonome dans ses AVQ, ouais c'est ça.

Enquêteur : D'accord donc ça serait surtout l'indépendance et l'autonomie ?

A : Oui c'est ça.

Enquêteur : Donc quand vous faites le bilan, est-ce que ce sont deux éléments que vous évaluez en particulier ?

A : Euh… comment ça ? Tu parles de l'autonomie et l'indépendance là ? Bah oui oui si tu parles de ça du coup effectivement oui c'est ce que je cherche à évaluer… je cherche à savoir où ils en sont dans ça, s'ils sont totalement, partiellement ou pas du tout indépendants et autonomes, oui c'est vrai du coup on peut dire ça comme ça.

Enquêteur : D'accord. Maintenant, dans l'ensemble des évaluations initiales, est-ce que vous utilisez des bilans ?

A : Oui dans certains cas j'utilise la NEPSY, après ça peut être aussi le BHK, euh l'EViC, et le Man.OS.

Enquêteur : D'accord, alors maintenant, vous m'avez dit ne pas utiliser de modèle conceptuel dans votre pratique, c'est bien ça ?

A : Oui c'est ça.

Enquêteur : D'accord, pourriez-vous du coup me dire pourquoi ?

A : pourquoi je n'utilise pas de modèle conceptuel ? Bah parce que je reprends en fait ce qui était fait avant par l'ancienne ergo donc du coup, vu que je n'ai pas pris le temps encore de changer les bilans et tout bah je vois bien que ce n'est pas forcément très centré sur la personne. Et puis les bilans que je fais bah ils ne s'inspirent pas du tout d'un modèle en particulier, enfin c'est ce que je pense. Il faudrait que je prenne plus le temps de revoir les différents modèles, comme le MCRO que j'aime bien, pour revoir ensuite toute mon intervention en fonction de lui, mais j'avoue que je n'ai pas encore pris le temps de le faire même si je sais que ça serait bien.

Annexe VI : Grilles d'analyse

Entretien A : Verbatim de l'habitude

Thème	Verbatim
HABITUDE	"*à chaque prise en charge je regarde en premier le dossier médical pour avoir une première idée sur petit peu sur l'enfant avant de le voir"* *"je fais toujours un ou plusieurs entretiens"* "*je fais tout ce qui est bilan mais en fait je fais souvent voir toujours de l'observation"* *"je fais tout ça à chaque fois"* "*j'ai toujours le même ordre en gros"* *"je vois toujours les parents en dernier"* *"si l'enfant n'a pas eu de bilans par un autre ergo, alors je fais toujours passer la NEPSY, le BHK, l'EViC et le Man.OS"* *"je clarifie toujours un peu toutes les difficultés de l'enfant, ses besoins et après je les mets en objectifs"* *"à chaque fois je reprends tous les critères relatifs à l'enfant, son environnement social, matériel, ses habitudes de vie, plus particulièrement scolaire du coup, scolaire et à la maison"*

Entretien A : Verbatim du raisonnement, de l'évaluation et de la rédaction de compte-rendus de l'ergothérapeute

Thèmes et sous-thèmes		Verbatim
RAISONNEMENT	Par rapport à la personne	"*un enfant de 6 ans"* "*Bah c'était pour évaluer un petit peu ses difficultés à l'école"* *"Je lui ai demandé ce qu'il aime faire ce qu'il avait comme difficultés"* *"je lui ai posé des petites questions, un peu pour savoir s'il arrivait bien à s'habiller, à se brosser les dents… Toutes les questions un petit peu des actes de la vie quotidienne"* *"Je lui ai demandé ce qu'il aimait faire, ce qu'il n'aimait pas, est-ce qu'il avait des frères et sœurs"* *"voir comment il se débrouillait"* *"les difficultés de l'enfant"* *"si l'enfant dans son milieu scolaire avait les mêmes difficultés"* *"comment il est en groupe, au niveau des activités"* *"comment il se comporte en groupe, ce qu'il aime aussi, ce qu'il aime faire"* *"dans le quotidien est-ce qu'il a des difficultés qu'il n'a pas su me dire, des choses qu'il n'arrive pas à faire, ou qu'il a du mal"* *"je cherche à savoir où ils en sont dans ça, s'ils sont totalement, partiellement ou pas du tout indépendants et autonomes"*

	Par rapport à l'accompagnement		*"je trouve ça important de faire le point avec eux à la fin de l'évaluation pour qu'ils soient vraiment informés de tout ce qu'on a fait"* *"mes objectifs ils tournent toujours sur que l'enfant soit plus indépendant et autonome dans ses AVQ"*
EVALUATION	Analyse de la situation	Prise de renseignements	*"J'ai fait un entretien avec lui, la maitresse."* *"j'ai fait quatre entretiens en tout : un avec l'enfant, un avec la maîtresse, un avec l'éducatrice et un avec les parents"* *"un entretien téléphonique avec les parents"* *"j'ai lu le dossier médical, les bilans ergo d'avant, psychomot aussi et orthophonistes"* *"j'avais déjà ces informations-là-dessus avant de voir l'enfant"* *"tous les bilans étaient déjà dans le dossier médical"* *"lors de l'entretien"* *"j'ai pu poser les questions"* *"j'ai parlé avec l'éducatrice oui, pour faire un petit point"*
		Observations	*"je l'ai observé aussi en classe"* *"je lui ai demandé d'écrire son prénom, de découper, de tracer des lignes"* *"C'est un peu une observation"* *"je l'ai observé en classe"* *"c'était seulement de l'observation* *"avec toutes les observations que j'avais faites"*
	Passation de bilans spécifiques		*"je n'ai pas fait des bilans normés"* *"je n'avais pas d'outils d'évaluation"* *"j'utilise la NEPSY, le BHK, l'EViC, et le Man.OS"*
	Organisation		*"j'avais une trame pour connaitre l'enfant"* *"j'ai suivi une trame pour l'entretien avec l'enfant"* *"je n'avais pas de trame à ce moment-là"* *"j'ai aussi une trame pour faire mes comptes-rendus"*
COMPTE-RENDU ET SYNTHESE			*"je fais un compte-rendu"* *"après toutes ces observations et entretiens, euh, je clarifie toujours un peu toutes les difficultés de l'enfant et ses besoins et après je les mets en objectifs."* *"je reprends tous les critères relatifs à l'enfant, son environnement social, matériel, ses habitudes de vie, plus particulièrement scolaire du coup, scolaire et à la maison"*

Entretien A : Verbatim concernant la non utilisation d'un modèle conceptuel selon l'ergothérapeute

Sous-thème	Verbatim
RAISONS	"*parce que je reprends en fait ce qui était fait avant par l'ancienne ergo donc du coup, vu que je n'ai pas pris le temps encore de changer les bilans et tout bah je vois bien que ce n'est pas forcément très centré sur la personne"* "*Il faudrait que je prenne plus le temps de revoir les différents modèles, comme le MCRO que j'aime bien, pour revoir ensuite toute mon intervention en fonction de lui, mais j'avoue que je n'ai pas encore pris le temps de le faire même si je sais que ça serait bien"*

Entretien B : Verbatim de l'habitude

Thème	Verbatim
HABITUDE	*"faire l'anamnèse, la présentation toujours en premier"* "*je fais toujours un compte-rendu final mais de toutes mes rencontres finalement pour chaque enfant"* *"je donne toujours un bilan aux parents à la fin"* "*Je fais systématiquement la même chose pour tout le monde"* *"à chaque fois je m'adapte et j'adapte mes bilans à chacun"* *"à chaque fois je procède de la même façon"* *"je regarde toujours en premier les différents suivis"* "*toujours je rencontre l'entourage proche lors du bilan"* *"je fais toujours passer des bilans"* *"je ne me verrais pas maintenant faire ces étapes en sens inverse"* *"maintenant je commence à avoir l'habitude"* *"c'est la routine"* *"j'en fais quand je fais passer des tests donc ça vient toujours* (le compte-rendu)*"* *"Ça* (les habitudes de pratique) *m'aidait à définir plus rapidement les objectifs"*

Entretien B : Verbatim du raisonnement, de l'évaluation et de la rédaction de compte-rendus de l'ergothérapeute

Thèmes et sous-thèmes		Verbatim
RAISONNEMENT	Par rapport à la personne	*"il a beaucoup de troubles sensoriels"* *"la demande de la maman c'était sur les troubles sensoriels"* *"savoir quel avait été son suivi de rééducation et médical"* *"pour savoir quels étaient ses difficultés"* *"connaître un petit peu les problématiques qu'il y a en ce moment"* *"j'ai posé beaucoup de questions sur ses soins personnels finalement, beaucoup de question sur ce qu'il aimait"* *"je ne me suis pas attardée sur la productivité, un petit peu sur sa scolarité mais c'est vrai que je n'ai pas été directe sur les tâches qu'il pouvait faire"* *"j'ai cherché à savoir quels étaient les projets de la famille, notamment par rapport à la scolarité"* *"lui c'est un grand préma"* *"en sachant qu'il est non verbal"* *"puisque sinon il ne peut pas"* *" les difficultés qu'il pouvait avoir"* *"des choses qu'il voulait vraiment travailler plus que d'autres notamment sur l'autonomie sur l'occupation"* "*sa maman m'avait donné pour elle ce qu'il faisait et ce qu'il ne faisait pas"* *"c'est vraiment à partir des problématiques et de la demande que je vais déterminer les bilans normés"* "*des enfants d'âge différents avec des pathologies différentes"* *"évaluer une difficulté occupationnelle"* *"au niveau des compétences de l'enfant"* *"c'était la demande et l'enfant était presque d'accord"*
	Par rapport à l'accompagnement	*"la demande de la maman c'était sur les troubles sensoriels"* *"des choses qu'il voulait vraiment travailler plus que d'autres"* *"je lui ai demandé si on travaillait ensemble qu'est-ce qu'il aimerait travailler"* *" quand j'ai côté et que j'ai fait un peu l'analyse des bilans je les revois pour leur dire un peu ce que j'ai vu et ce que je leur propose de mettre en place"* *"les impliquer pour qu'ils sachent vraiment ce qui va être fait en ergothérapie"* *"ça correspondait pas à ce que j'avais appris en cours de mettre des moyens en travaillant certaines compétences comme objectif"*

	Par rapport à lui-même		*"je ne me suis pas attardée sur la productivité, un petit peu sur sa scolarité […] je n'ai pas été directe sur les tâches"* *"j'ai cherché à savoir quels étaient les projets de la famille, notamment par rapport à la scolarité"* *"donc j'ai dû adapter aussi mes consignes"* *"j'avais pas forcément tout mis en place pour suivre cette méthode en fait pour vraiment l'appliquer au bilan et […] j'ai transformé mes bilans avec des pictogrammes"* *"cette fois ci j'avais tout préparé, ma trame avec mes petits pictos"* *"je voulais aussi sa version"* *"J'ai honnêtement pas déterminé d'ordre"* *"faire l'anamnèse, la présentation toujours en premier car c'est ce qui me permet de voir ce que je vais chercher derrière"* *"je me suis beaucoup questionnée sur mes comptes-rendus"* *"je me suis dit qu'est-ce qui cloche dans mon bilan ?"* *"en réfléchissant je me suis dit "tu évalues le graphisme, les prérequis du graphisme et l'ordinateur donc c'est logique qu'on t'identifie à l'ordinateur et pas aux gestes de la vie quotidienne car t'en parles pas ""* *"je me suis beaucoup questionnée sur mes bilans"* *"je me suis demandée comment je pouvais les améliorer et apporter une patte plus ergo"* *"ce que je mettais sur vraiment l'occupation"* *"je me suis dit qu'il fallait mettre plus d'outils en lien avec l'occupation"* *"je m'adapte et j'adapte mes bilans à chacun"* *"je ne vais pas partir de bilans pour faire des bilans sans savoir pourquoi je le fais"* *"j'essaye d'évoluer sur l'occupationnel mais de là supprimer les bilans normés […] pas encore"* *"maintenant je commence […] à savoir pourquoi je fais quoi"*
EVALUATION	Analyse de la situation	Prise de renseignements	*"j'ai passé une heure avec Alexandre et sa maman en entretien"* *"j'avais demandé en amont les derniers bilans qui avait fait ou les derniers compte rendus de suivi"* *"j'ai posé beaucoup de questions"* *"Je ne voulais pas faire un entretien trop directif car il y avait beaucoup d'infos à en tirer"* *j'ai découvert au moment du bilan en discutant avec la maman"* *" j'ai fait un peu le point avec son éducateur par un entretien"* *"faire l'anamnèse, la présentation toujours en premier"*
		Observations	*" j'ai fait passer un truc plus d'observations, plus sur des pré-graph à faire, me donner des lettres pour voir ce qu'il m'écrivait."* *"J'ai essayé de faire un dessin du bonhomme pour voir un peu la représentation de son corps"* *"Je lui ai donné quelque chose à découper"* *"je fais aussi des tests occupationnels par des mises en situation"*

	Passation de bilans spécifiques	*"je viens de commencer à utiliser OT'hope"* *"j'ai fait passer les premiers bilans"* *"Alors du coup je voulais voir où il en était au niveau du graphisme donc j'ai pas pu faire de tests graphiques parce qu'il n'est pas un niveau normé, je ne pouvais pas faire passer un BHK"* *"Je lui ai donné les précisions visuo-motrices de la NEPSY"* *"j'avais donné le profil sensoriel à la maman, un questionnaire pour la maman et un questionnaire pour les éducs"* *" J'ai refait des bilans avec l'enfant"* *"je lui ai fait passer OT'hope"* *" j'ai fait les cubes de la nepsy, la copie de figure de la nepsy"* *"j'ai réussi à faire le perdue pegboard"* *"ce que je vais chercher derrière avec des bilans normés ou adaptés"* *"de là à ce que je ne fasse plus du tout de bilans normés sur du sensori-moteur et du visuo-spatial […] pas encore"*
	Organisation	*"j'ai pas utilisé de trame c'était vraiment vraiment un entretien semi-directif"* *"j'avais tout préparé, ma trame avec mes petits pictos"*
COMPTE-RENDU - SYNTHESE		*"Alors je fais toujours un compte-rendu final mais de toutes mes rencontres finalement pour chaque enfant"* *"de mettre des moyens en travaillant certaines compétences comme objectif"* *"c'était plus presque un listing des fonctions qui n'allait pas et en objectif, quelle fonction on allait travailler en ergothérapie"* *"ça n'avait pas non plus le nom de diagnostic mais c'était la conclusion du bilan"* *" je me suis beaucoup questionnée sur mes comptes-rendus"* *"c'est vraiment la demande du patient et de sa famille, vraiment quelles sont leurs difficultés là et pourquoi ils ont voulu venir te voir"* *"leur motif premier […] c'est vraiment ça à prendre en compte dans la prise en charge donc c'est important de le préciser dans le compte-rendu"* *"il faut y mettre* (dans le compte-rendu) *tout ce qui est levier, ce qui va te permettre d'avancer et de voir ce que tu peux proposer"* *"il faut y préciser toutes les forces internes à l'enfant, son engagement, celui de ses parents"* *"je pars toujours de l'anamnèse qui va reprendre la demande, un peu l'historique médical de l'enfant, après un peu tout ce que les parents peuvent te dire et l'enfant sur le quotidien tout ce qui ne va pas rentrer dans le cadre d'un bilan normé en général tu le mets là"* *"un résumé de ton bilan"*

Entretien B : Verbatim concernant la non utilisation d'un modèle conceptuel selon l'ergothérapeute

Sous-thème	Verbatim
RAISONS	"*j'ai été conditionnée ces derniers mois à pas être sur un modèle après c'est peut-être difficile pour moi d'être vraiment sur un modèle et d'inhiber ce que j'ai vu avant"* *"après il y a aussi des modèles qui ne me paraissent pas du tout évidents, comme le MOH donc je suis incapable de l'utiliser"* *"mais du coup j'aimerai bien parfois m'approcher plus d'un modèle que j'aime bien, c'est le MCRO, je ne sais pas pourquoi mais il me partait plus évident, mais j'avoue que je n'ai pas beaucoup de temps sur mon temps de travail pour revoir son utilisation et vraiment axer toutes mes prises en charge dessus, et je n'ai pas forcément envie de le faire sur mon temps perso donc voilà, pour l'instant je ne l'ai pas encore fait"*

Entretien C : Verbatim de l'habitude

Thème	Verbatim
HABITUDE	"*je commence toujours par les soins d'hygiène*" "*Donc à chaque fois je demande à l'enfant de me décrire comment ça se passe*" "*je rebondis à chaque fois sur ce que l'enfant me dit*" "*je demande toujours s'il y a des aménagements qui sont déjà mis en place pour l'aider à l'école*" "*je pose toujours la question à l'enfant : "qu'est-ce que tu attends de moi ? Est-ce que tu sais pourquoi tu es venu me voir ? Est-ce que tu sais comment tu voudrais que je t'aide ou dans quelle activité tu aimerais que je t'aide ?""* "*j'ai classé mes bilans dans un ordre que je fais toujours le même en fait*" "*Je commence toujours par m'assurer qu'au niveau schéma corporel y a une praxie idéomotrice"* "*je commence par la copie, et donc là je fais toujours de l'observation"* *"je prends toujours une photo de l'enfant dans sa position quand il écrit*" "*je prends une photo de sa main pour la tenue du crayon et je me le note toujours*" "*je lui dis toujours "si on se revoit, on fera des jeux, des activités que tu aimes*" "*j'en discute toujours avec l'enfant et je fais toujours un retour après avec le parent*" "*on a toujours un petit regard, une petite idée de vers quoi ça va tendre et je parle toujours à l'enfant*" "*quand j'ai les parents je reprends toujours les infos du style coordonnées, le nom de l'enfant, l'âge […] la demande et […] les difficultés de l'enfant*" "*je préfère toujours les* (les bilans des autres professionnels) *lire après avoir fait mon évaluation"* "*dans la conclusion je mets toujours ce qui va, ce qui ne va pas, les objectifs et mes préconisations"*

Entretien C : Verbatim du raisonnement, de l'évaluation et de la rédaction de compte-rendus de l'ergothérapeute

Thèmes et sous-thèmes		Verbatim
RAISONNEMENT	Par rapport à la personne	"*on peut se rendre compte de par exemple leur performance en fin de journée*" "*je pars sur ses activités de la vie quotidienne, donc ça va être ce qui est soin d'hygiène*" "*Après je demande au niveau de l'habillage*" *"je pars après sur l'habillage, donc au niveau global, au niveau des boutons, la fermeture éclair, les lacets*" "*je pars sur les repas"* *"est-ce que tu arrives à te servir de l'eau ?* "*Est-ce que tu as l'impression, par exemple quand tu manges des petits pois, est-ce qu'il y en a qui vont à côté ?*" "*après je passe à l'école*" "*j'aime bien demander qu'est-ce qu'il aime à l'école, comme matière comme activité, j'aime bien demander qu'est-ce qu'il n'aime pas*" "*est-ce qu'il y a une matière où il se sent un peu plus fort, où il se sent un peu plus performant*" "*j'aime bien aussi demander l'inverse, des matières où c'est plus difficile ou voilà il est en difficulté où il a besoin d'aide"* *"je demande toujours s'il y a des aménagements qui sont déjà mis en place pour l'aider à l'école*" "*la plupart des enfants ont des troubles des apprentissages*" "*après je vois sur la partie des loisirs*" "*j'aime bien savoir ce qu'il aime faire en dehors de l'école, qu'est-ce qu'ils font à la maison, s'ils sont du sport, s'ils font de la musique"* "*dans le cas d'une dyspraxie par exemple on voit bien qu'il y a des choses qui ont été travaillées, si il y a une dyslexie et que l'enfant il a été suivi depuis tout petit en orthophonie, bah voilà ça permet de comprendre un petit peu*" "*est-ce qu'il y a des choses qu'il a envie de me dire sur ses difficultés mais aussi sur ce qu'il arrive plutôt bien*" "*ça permet de voir si l'enfant par exemple en dictée il écrit beaucoup plus loin qu'en copie on peut se dire que quand il y a un support écrit bah l'enfant il est gêné, typiquement c'est en classe s'il doit recopier des choses au tableau et qu'il a pas le temps, bah ça peut expliquer que dès qu'il y a un support, dès qu'il y a une double tâche, c'est plus compliqué*" "*l'enfant même s'il a des difficultés à la main, il a des douleurs"* "*les difficultés de l'enfant*"

	Par rapport à l'accompagnement	"*je pose toujours la question à l'enfant : "qu'est-ce que tu attends de moi ? Est-ce que tu sais pourquoi tu es venu me voir ? Est-ce que tu sais comment tu voudrais que je t'aide ou dans quelle activité tu aimerais que je t'aide ?""* "*la demande c'est souvent l'écriture*" "*j'utilise le Purdue pour la dextérité, car il y a souvent la demande aussi*" *"ils sont souvent quand même assez stressés les enfants, il faut quand même qu'il y ait une relation de confiance qui s'installe*" "*Donc en fait ça* (différenciation entre grapho-moteur, analyse locale et analyse globale de la copie de figures) *va me permettre après à moi en prise en charge d'adapter mon accompagnement, savoir sur quoi on peut travailler"* "*je commence toujours par demander à l'enfant*" "*mon bilan il n'est pas du tout signifiant pour la personne, je m'en rends compte c'est parce que […] au niveau de la MDPH y a vraiment des choses qui sont demandées* " "*c'est ce que j'explique à chaque fois à l'enfant pendant le bilan : "ce qu'on fait aujourd'hui on ne le refera jamais par la suite", enfin si au bout d'un accompagnement pour voir si y a des évolutions, voilà moi je lui dis toujours "si on se revoit, on fera des jeux, des activités que tu aimes" pour le mettre un petit peu en confiance c'est vrai que y a rien de drôle dans ce bilan-là*" "*au final c'est vrai qu'on ressort souvent avec les mêmes objectifs du style rééduquer l'écriture, diminuer les douleurs, travailler la motricité fine, si les outils scolaires c'était difficile bah renforcer l'utilisation des outils scolaires, si on se tourne vers plutôt l'utilisation de l'outil informatique, bah ça va être que l'enfant sache utiliser l'ordinateur, le matériel pédagogique comme un scanner, les logiciels etc. En fait on va souvent vers des objectifs généraux, parce que le but c'est souvent que l'enfant soit efficient à l'école, la demande c'est souvent l'écriture, soit c'est une lenteur soit c'est la qualité soit c'est les deux, et donc en fait ce qu'ils vont me demander à l'école c'est de trouver des solutions, donc en fait on revient souvent vers les mêmes objectifs et malheureusement c'est souvent le même objectif pour tous les enfants, c'est un peu des objectifs généraux"* "*j'en discute toujours avec l'enfant et je fais toujours un retour à chaud après avec le parent […], et globalement […], avec nos observations et à force de faire les bilans, on a toujours un petit regard, une petite idée de vers quoi ça va tendre et je parle toujours à l'enfant bah voilà, "qu'est-ce que toi tu en penses si ensemble on travaillait par exemple plutôt une rééducation de l'écriture, ou plutôt si on allait vers des gestes simples, par exemple en faisant des mécanos des choses comme ça", je demande toujours à l'enfant*"

	Par rapport à lui-même	"*donc moi après je rebondis directement dessus : "comment tu fais etc'"*" "*moi d'un côté ça me permet de savoir un peu pour faire du lien en fait, si jamais j'ai l'enfant en prise en charge ou en accompagnement, mais aussi ça me permet de compléter un peu mon analyse, bah mes bilans, des fois ça me permet de compléter un peu la compréhension, les tests"* "*dans le cas d'une dyspraxie par exemple on voit bien qu'il y a des choses qui ont été travaillées, si il y a une dyslexie et que l'enfant il a été suivi depuis tout petit en orthophonie, bah voilà ça me permet de comprendre un petit peu*" "*ce que je fais c'est surtout orienté sur les activités*" "*les items de la NEPSY je m'adapte un peu à l'enfant et aux demandes que j'ai eu au téléphone avant de ses parents*" *"quand l'enfant est plus petit bah je m'adapte hein je passe plutôt les nounours et les voitures"* *"je sais que ce n'est pas terrible mais ça m'arrive de voir des enfants qui sont aussi au collège des fois, donc là je l'utilise* (Man.OS)" "*Et par contre là auprès des enfants y a un outil qui a été […] qui s'appelle le OT'hope, là je suis en train de l'étudier avant de pouvoir le faire passer car il m'intéresse pas mal*" "*je trouve ça* (OT'hope) *beaucoup plus intéressant que le bilan classique, […] parce que c'est vrai que là on partirait vraiment des objectifs de l'enfant alors que dans l'autre bilan, certes on part des demandes de l'enfant que j'ai pu avoir au cours de l'entretien, mais c'est vrai que, […] en tant que jeune ergo moi je trouve que, j'en suis un peu navré, que la démarche n'est pas terrible*" "*Et ça je trouve ça un peu dommage, donc c'est pour ça que j'aimerai en plus du bilan que je t'ai décrit là, intégrer les activités et les envies de l'enfant*." "*je reprends toujours les infos du style coordonnées, le nom de l'enfant, l'âge, pour pouvoir préparer moi en fonction de l'âge mon bilan, et la demande et je sais que ce n'est pas bien mais les difficultés de l'enfant en fait, pourquoi ils font appel à un ergo*" "*Et par contre, bah ça c'est personnel, mais du coup je préfère toujours les* (les bilans des autres professionnels) *lire après avoir fait mon évaluation pour ne pas être influencé*"

EVALUATION	Analyse de la situation	Prise de renseignements	*"un petit entretien de 30 minutes environ avec son parent""* "*donc je demande à l'enfant de se présenter, donc euh bah c'est des choses toutes simples du style : est-ce que tu as des frères et sœurs, en quelle classe tu es, quel âge tu as, est-ce que tu as redoublé, euh voilà moi c'est plus pour le connaitre*" "*je demande à l'enfant bah "comment ça se passe à la maison pour faire tes soins d'hygiène ?""* "*Après je demande au niveau de l'habillage*" *"je demande comment ça se passe*" "*j'aime bien demander qu'est-ce qu'il aime à l'école, comme matière comme activité, j'aime bien demander qu'est-ce qu'il n'aime pas*" "*j'aime bien aussi demander l'inverse, des matières où c'est plus difficile ou voilà il est en difficulté où il a besoin d'aide"* *"je demande toujours s'il y a des aménagements"* *"Après je pose la question est-ce qu'ils ont déjà vus d'autres professionnels avant moi*" "*après je pose la question à l'enfant*" "*je demande quand même un petit peu au téléphone avant bah sur quoi est la demande pour pouvoir préparer mon bilan*"
		Observations	*"je trouve aussi intéressant de les voir en situation peut-être un petit peu fatigués*" "*Je commence toujours par m'assurer qu'au niveau schéma corporel y a une praxie idéomotrice, les dénominations des parties du corps donc je lui dis de se mettre debout, je me lève aussi, donc "montre-moi ton bras droit, montre-moi ton genou gauche" enfin plein de petites choses comme ça* " "*je lui demande de réaliser des gestes sur ordre donc "mets ta main droite sur ton épaule gauche, mets ta main droite sur ta tête" et je fais aussi tu sais tout ce qui est les gestes simples du style les signes de l'armée, envoyer un bisou*" "*ça me permet de voir s'il connait sa droite et sa gauche, si les praxies idéatoires idéomotrices sont plutôt connues*" "*me permet de voir s'il a des stratégies d'exploration visuelle, ou s'il a une lenteur, ou s'il occupe qu'une partie de la feuille*" "*ça me permet de voir s'il a une bonne représentation de son corps dans l'espace"* *"ça permet de voir si l'enfant il est capable d'enregistrer une séquence motrice*" "*Pour l'écriture donc je fais le BHK, donc je commence par la copie pendant 5 minutes, et donc je fais toujours de l'observation*" "*est-ce que les deux membres supérieurs sont en appui sur la table, est-ce qu'il a une inclinaison de tronc, est-ce que les pieds sont bien posés*" "*je prends aussi une photo de sa main pour la tenue du crayon*"

	Passation de bilans spécifiques	"*moi j'utilise les bilans étalonnés, donc j'utilise la NEPSY, le BHK parce qu'il y a souvent la demande*" "*j'utilise le Purdue pour la dextérité, car il y a souvent la demande aussi*" "*j'utilise les outils scolaire, le Man.OS*" "*je passe aussi l'EViC*" "*de la Nepsy je passe l'item des cubes, donc celle qui évalue ce qui est visuo-constructif, vision en 3 dimensions*" "*si l'enfant a moins de 12 ans je passe la précision visuo-motrice […] ça évalue à la fois le grapho-moteur mais aussi le visuo-moteur*" "*je passe souvent le barrage des cloches ou barrage des H et quand l'enfant est plus petit […] je passe plutôt les nounours et les voitures"* "*Après je fais donc dans la Nepsy, les flèches, ça évalue aussi le visuo-spatial "* *"je passe la copie de figure*" " *la copie de figure ça évalue à la fois le grapho-moteur mais aussi l'analyse du détail d'une forme en deux dimensions et l'analyse globale de la forme*" "*donc au niveau de la dextérité donc j'utilise là le Purdue Pegboard*" "*je fais la position des mains*" (NEPSY) *"Ensuite je fais le tapping […] ça permet aussi d'évaluer la dextérité digitale et la rapidité. En fait, s'il a une lenteur motrice ça permet de l'évaluer* " "*Pour l'écriture donc je fais le BHK, donc je commence par la copie pendant 5 minutes, et donc là je fais toujours de l'observation"* *"ensuite je fais les outils scolaires* (Man.OS)"
	Organisation	*"je me suis fait une petite trame tu vois, pour les enfants, je me suis fait pas un petit questionnaire mais une petite trame pour essayer de ne pas oublier de choses*" "*j'ai classé mes bilans dans un ordre que je fais toujours le même en fait*"

COMPTE-RENDU - SYNTHESE	*"mais moi pour me rappeler pour la rédaction de mon compte-rendu je prends toujours une photo de l'enfant dans sa position quand il écrit*" "*Et je prends aussi une photo de sa main pour la tenue du crayon et je me le note toujours mais pour m'en rappeler et pour l'intégrer à mon compte-rendu, parce que je mets toujours une photo pour illustrer mes propos"* *"c'est vraiment de l'interprétation qualitative où je décris ce qui est compliqué avec chaque outil scolaire*" "*ça me permet dans mon compte-rendu de comparer bah est-ce que l'enfant est plus rapide à la main, à l'ordinateur, est-ce qu'il fait beaucoup d'erreurs, est-ce qu'il sépare déjà le clavier en deux avec ses mains etc. Mais c'est vrai que dans mon compte-rendu, l'enfant même s'il a des difficultés à la main, il a des douleurs, etc, il est souvent plus rapide à la main qu'à l'ordinateur mais ça se justifie par le fait que il n'a jamais eu d'apprentissage de l'ordinateur, il l'utilise très peu l'ordinateur, souvent moi l'enfant à l'âge où il vient me voir c'est rare qu'il se serve beaucoup de l'ordinateur, donc en fait je justifie toujours comme ça dans mon compte-rendu*" "*Après je fais mon compte-rendu, la rédaction, et donc je l'envoie aux parents*" "*mon compte-rendu je l'envoie aussi après aux autres professionnels qui suivent l'enfant*" "*Moi en gros c'est ma conclusion, c'est pas un diagnostic ergo, parce que mon compte-rendu il fait souvent 7-8 pages, et en fait il y a une conclusion à la fin qui fait une page, une page et demi, où en fait ça reprend tout, ça résume tous les bilans qui ont été passés, avec les résultats qui ont été obtenus"* *"par exemple ça va être "le bilan s'est passé dans un environnement calme, l'enfant a", par exemple est-ce qu'il a beaucoup parlé avec moi, et c'est vrai que je vais surtout sur, malheureusement, sur un petit peu ce qui pêche, sur les difficultés par exemple tu vois je dis s'il y a des difficultés grapho-motrices, après tu vois au niveau de la coordination occulo-manuelle si c'est un peu déficitaire, je dis aussi souvent bah est-ce qu'il y a une surcharge primitive qui peut expliquer le fait que la qualité d'écriture est déficitaire, parce qu'en fait je mets ça aussi pour expliquer bah que à l'école, les adaptations après derrière qui peuvent être préconisées*" "*En gros je mets ce qui va et en fonction de ça et des demandes de l'enfant et de ses envies, bah je mets, je pose des objectifs, mais c'est vrai que les objectifs n'ont pas été, je ne peux pas dire que les objectifs ont été posés avec l'enfant, c'est plutôt moi qui pose les objectifs*" "*dans la conclusion je mets toujours ce qui va, ce qui ne va pas, les objectifs et mes préconisations donc en terme de matériel […] et aussi je mets aussi : plusieurs aménagement doivent être mis en place pour favoriser l'apprentissage de la scolarité, et après je mets par exemple "diminuer les écrits", avec par exemple des textes à trous, s'il faut plutôt privilégier l'oral, est-ce qu'il faut épurer et adapter les supports visuels, est-ce que c'est plutôt éviter les situations de double tâche…"*

Entretien C : Verbatim concernant la non utilisation d'un modèle conceptuel selon l'ergothérapeute

Sous-thème	Verbatim
RAISONS	"*je pense que malheureusement je ne pars pas assez de la personne […], j'utilise vraiment des bilans étalonnés, […] je pourrai faire plus de qualitatif, plus d'observations, plus d'entretiens, plus de mises en situations. Par exemple du style "est-ce que tu arrives à faire tes lacets ?" bah je pourrais pousser plus loin en disant "montre-moi comment tu fais tes lacets" des choses comme ça*" "*je fais un petit peu ce que je sais faire parce que là je n'ai pas pris le temps d'améliorer mon bilan mais j'ai envie de l'améliorer*" "*Et dans ma pratique […] j'essaie d'utiliser des activités que la personne, que l'enfant il aime etc donc en fait c'est une fois que je l'ai en accompagnement, je lui dis "voilà mes objectifs c'est qu'on travaille là-dessus là-dessus là-dessus, maintenant toi qu'est-ce que tu aimerais faire comme activité ?" Et donc bah j'essaie de trouver des activités […] que l'enfant aime et après j'adapte mes activités en fonction des objectifs qui sont à travailler, mais non je ne peux pas dire que j'utilise un modèle*"

Entretien D : Verbatim de l'habitude

Thème	Verbatim
HABITUDE	"*je fais toujours des mises en situations avec les personnes qui ont des demandes*"

Entretien D : Verbatim du raisonnement, de l'évaluation et de la rédaction de compte-rendus de l'ergothérapeute

Thèmes et sous-thèmes		Verbatim
RAISONNEMENT	Par rapport à la personne	"*s'ils ont conscience pour certains des fois qu'ils ont des problèmes, il ne veulent pas les travailler pour autant*" "*elle ne pouvait pas faire l'entretien de sa chambre seule, pour autant elle avait le désir de le faire*" "*comment accompagner cette résidente-là à participer à l'entretien de sa chambre sur sa demande*" *"sur ce que la résidente est capable de faire"* *"Cette résidente-là elle est aveugle et pour autant elle se débrouille super bien*" "*parce que le raisonnement et la planification c'est difficile et en même temps tout simplement les troubles cognitifs sont trop majeurs"*

	Par rapport à l'accompagnement		"*ma manière de faire c'était déjà de me faire connaitre*" → **relation** "*il faut se faire connaitre et expliquer son métier déjà pour ensuite faire émerger des demandes parce que si je les prends au niveau individuel en échange, ils ne vont pas tout de suite me dire ce qui pose problème dans leur quotidien*" → **relation, demande** *"ils ne sont pas dans une optique de récupération forcément"* → **objectif** "*parce que même s'il y a des objectifs qui se dégagent en disant que bah il y aurait besoin d'un accompagnement à ce niveau-là, ce n'est pas pour autant que la personne elle elle veut le faire donc on ne retiendra pas cet objectif*" "*Ce qui me sert le plus c'est de créer des relations*" → **relation** *"ces groupes là ça me permet déjà de créer une relation. En fait, ça me permet de me faire connaitre et par ce biais-là après ils vont me dire […] "ouais bah j'ai des difficultés pour ça" et là ça me permet de pouvoir entrer et partir d'une demande pour ensuite initier un travail individuel"* → **demande** *"quasi 100% des résidents n'ont pas envie de travailler sur leurs difficultés […] parce que pour certains ça fait 10 ans qu'ils sont dans la structure, il y a aussi d'autres troubles psycho-affectifs […] qui font que ce n'est pas important pour eux, ça n'a pas de sens"* *"L'objectif c'était qu'elle ait le sentiment de pouvoir participer et de faire l'entretien de sa chambre pour qu'elle ait ce sentiment et qu'elle se dise " je peux aussi participer et faire des choses*"
EVALUATION	Analyse de la situation	Prise de renseignements	*"ça a été tout un questionnement déjà des équipes, toutes les lectures des comptes-rendus des ergothérapeutes précédents et toutes les informations en fait que je pouvais avoir d'un point de vue soit médical soit sur leur quotidien en amont"* *"oui je m'aidais des dossiers mais aussi de tous les discours en fait qu'on peut avoir en échangeant avec les référents"* *"j'ai pris le parti de recueillir un maximum d'informations, de questionner les équipes, de vraiment détailler. Donc là c'est un travail en commun avec les professionnels pour essayer d'avoir un maximum de billes, un maximum d'informations. Donc-moi si tu veux je revois le professionnel référent qui va lui me détailler un maximum d'informations. Donc déjà tu as toute cette base de recueil de données où tu vas chercher les informations"* *"j'essaie de lui dire "donnez un maximum de détail" et moi je relance un petit peu parce que généralement le professionnel il va te dire "oui voilà il prépare ses vêtements et après il va à la douche" oui mais comment il fait ? Comment il prépare ses vêtements ? Est-ce que c'est lui qui ouvre le placard ? Est-ce qu'il a besoin d'un indiçage verbal pour choisir le type de vêtements adapté ?"* *"ça a du coup aussi été un questionnement par un petit entretien avec la professionnelle sur qu'est-ce qu'elle lui faisait faire et ensuite comment elle le faisait"*

		Observations	"*je passe beaucoup par des mises en situation* "*on a pu la mettre en situation* " "*on l'a mise en situation, on l'a observée*" "*on a vu qu'en fait elle son sentiment c'était de pouvoir participer*" "*on l'avait vu 3 fois avec le responsable hôtelier en fonction de si d'un point de vue déjà efficacité de la chose […] de savoir si l'acte qu'elle faisait, les parties qu'elle pouvait faire étaient faites de manière efficace*" "*il fallait observer ce que la résidente faisait*" "*j'ai dû observer ça, comment ça se passait tout simplement sans intervenir"* "*dans l'observation ça a été purement une mise en situation, on observe la relation qu'elles ont, on voit ce qu'elle fait, on voit ce qui est possible de maintenir en fonction du cahier des charges de l'hôtellerie et de ce que les équipes vont pouvoir transmettre […] pour qu'il n'y ait qu'une seule et même méthode*"
	Passation de bilans spécifiques		*"non je n'utilise aucun bilan, je fais seulement des mises en situation avec des observations car c'est plus adapté dans la structure"* *"Les bilans n'ont pas de sens pour les résidents et il faut que ça ait du sens pour les personnes qui les accompagnent"*
	Organisation		*"non je n'ai pas de trame spécifique"*
COMPTE-RENDU - SYNTHESE			"*Je vais parler dans mes comptes-rendus surtout de ces capacités, en aucun cas je mets sur les comptes rendus ce qu'elle est incapable de faire. Je mets uniquement ce que la personne est et ce qu'elle peut faire et ce qu'il faut privilégier parce que beaucoup de résidents sont dévalorisés*" "*On va dire qu'il y a des difficultés à faire des doubles tâches mais on ne va pas l'écrire comme ça, on va dire faire une tâche par une tâche"* *"c'est plus intéressant de dire ce qu'ils peuvent faire ce qu'ils sont capables de faire*" "*je ne fais pas de synthèse, de conclusion de truc. J'aimerais bien mais je n'ai pas le temps*" "*je ne fais pas des comptes rendus trop long car même moi je n'ai rien pour les lire, je suis très synthétique peut être un peu trop. Je mets les préconisations*"

Entretien D : Verbatim concernant la non utilisation d'un modèle conceptuel selon l'ergothérapeute

Sous-thème	Verbatim
RAISONS	*"les modèles j'avais déjà essayé de les utiliser mais il y avait beaucoup de modèles qu'on ne pouvait pas mettre en place car les résidents ont beaucoup de troubles cognitifs, ça va pas être des capacités qu'ils vont pouvoir projeter sur une situation, sur un axe de travail donc utiliser un modèle n'aurait pas de sens. Eventuellement l'approche systémique aurait plus de sens mais il faudrait une formation"*

Annexe VII : Tableaux des termes présents dans les discours, dans les habitudes, et tableaux de l'identification des modèles conceptuels de l'ergothérapeute B, C et D

Ergothérapeute B : Discours

Termes	Occurrence	Généralisation	Modèles conceptuels correspondant
Maman – parents – famille	23	Environnement humain/social - famille	Modèle de résolution de problème, CIF, PPH, MDH-PPH2, modèle systémique, modèle écologique du développement humain, PEO, PEOP, MOH, MCREO, modèle Kawa, modèle de compétence, OPM : A, CCTE, OTIPM, approche CO-OP
Enfant(s)	11	Enfant	Modèle écologique du développement humain, modèle ludique, approche CO-OP
Compétences	8	Compétence	Modèle écologique du développement humain, PEO, MOH, modèle de compétence, OPM : A, approche CO-OP
Ordinateur(s)	5	Environnement matériel / technologique	Modèle de résolution de problème, PEOP
Occupation	4	Occupation	PEO, PEOP, MOH, MCREO, OPM : A, CCTE, OTIPM, modèle ludique, approche CO-OP
Difficultés	3	Difficulté	Modèle ludique, Approche CO-OP
Satisfaction	3	Satisfaction	MCREO
Productivité	3	Productivité	MCREO
Scolarité	2	Environnement	Tous sauf : modèle humaniste, modèle systémique et approche CO-OP

Modèles	Nombre de fois représenté	Modèles	Nombre de fois représenté
Approche CO-OP	49	OTIPM	29
Modèle écologique du développement humain	44	PPH	25
OPM : A	38	MDH-PPH2	25
MOH	37	CCTE	25
PEO	37	CIF	25
MCREO	35	Modèle Kawa	25
PEOP	34	Modèle systémique	23
Modèle de compétence	33	Modèle ludique	20
Modèle de résolution de problème	30	Modèle humaniste	0

Ergothérapeute C : Discours

Termes	Occur-rence	Généralisation	Modèles conceptuels correspondant
Enfant(s) – personne	85	Enfant - personne	Modèle de résolution de problème, CIF, PPH, MDH-PPH2, modèle humaniste, modèle écologique du développement humain, PEO, PEOP, MOH, MCREO, modèle Kawa, modèle de compétence, OPM : A, CCTE, OTIPM, approche CO-OP
Parent(s)	26	Environnement humain/social - famille	Tous sauf : modèle ludique, modèle systémique
Ecole – maison	22	Environnement	Tous sauf : modèle humaniste, modèle systémique et approche CO-OP
Demande(s)	19	Demande	Modèle de compétence
Activité(s)	16	Difficulté	Modèle ludique, Approche CO-OP
Objectifs	15	Objectif	Modèle de résolution de problème, MCREO, OTIPM
Ordinateur, Outil(s) scolaire(s)	14	Environnement matériel / technologique	Modèle de résolution de problème, PEOP
Ecriture	13	Activité productive	MOH, OPM : A
Fatigués/ fatigabilité, douleurs, lenteur	9	Facteur / déterminant personnels – causalité personnelle – dimension physique	CIF, PPH, MDH-PPH2, MOH, MCREO, modèle Kawa
Hygiène – toilette – habillage	7	Soins personnels – activité de vie quotidienne	MCREO, OPM : A, MOH, OTIPM, approche CO-OP,
Difficultés	6	Difficulté	Modèle ludique, approche CO-OP
Adapter - adaptations	5	Adaptation – dimension adaptative	Modèle écologique du développement humain, MOH, OTIPM, modèle ludique,
Déficitaire	3	Déficience – déficit	Modèle de résolution de problème, CIF, PPH, MDH-PPH2, modèle écologique du développement humain, PEOP, MOH, modèle ludique
Problèmes	3	Problème	Modèle de résolution de problème, CIF, PEO, MCREO, modèle Kawa, OTIPM, approche CO-OP
Relation de confiance	3	Relation de confiance	PEOP, OTIPM
Apprentissage	2	Apprentissage	Approche CO-OP
Besoin	2	Besoin	Modèle humaniste, PEOP, OTIPM, approche CO-OP
Loisirs	2	Loisirs – activité de vie quotidienne	MOH, MCREO, OPM : A, OTIPM, approche CO-OP,
Performance	2	Performance	CIF, PEO, PEOP, MOH, MCREO, OPM : A, CCTE, OTIPM, approche CO-OP

Modèles	Nombre de fois représenté	Modèles	Nombre de fois représenté
MOH	174	MDH-PPH2	145
OTIPM	172	Modèle Kawa	145
MCREO	171	PPH	145
Modèle de résolution de problème	168	Modèle écologique du développement humain	141
OPM : A	157	PEO	138
PEOP	157	Modèle ludique	137
Modèle de compétence	152	CCTE	135
Approche CO-OP	151	Modèle humaniste	87
CIF	150	Modèle systémique	26

Ergothérapeute C : Habitudes

Termes	Occurence	Généralisation	Modèles conceptuels correspondant
Jeux	1	Jeu	OPM : A, modèle ludique, approche CO-OP
Activités	1	Activité	CIF, PPH, MDH-PPH2, PEO, PEOP, MOH, MCREO, modèle de compétence, OPM : A, CCTE, modèle ludique, approche CO-OP
Que tu aimes	1	(Centre d') intérêt	PEOP, MOH, modèle ludique
Enfant	3	Enfant	Modèle écologique du développement humain, modèle ludique, approche CO-OP
Parent(s)	2	Environnement humain/social - famille	Tous sauf : modèle ludique, modèle systémique
Âge	1	Facteurs/déterminants personnels, causalité personnelle, temporalité/temps	CIF, PPH, MDH-PPH2, MOH, modèle Kawa
Demande	1	Demande	Modèle de compétence
Difficultés	1	Difficultés	Modèle ludique, approche CO-OP
Ce qui va, ce qui ne va pas	1	Forces / faiblesses	Modèle écologique du développement humain, PEO, modèle ludique
Objectifs	1	Objectif	Modèle de résolution de problème, MCREO, OTIPM

Modèles	Nombre de fois représenté	Modèles	Nombre de fois représenté
Approche CO-OP	8	PEO	4
Modèle ludique	6	PEOP	4
MOH	5	PPH	4
CIF	4	CCTE	3
OPM : A	4	Modèle de résolution de problème	3
MCREO	4	Modèle Kawa	3
MDH-PPH2	4	OTIPM	3
Modèle de compétence	4	Modèle humaniste	2
Modèle écologique du développement humain	4	Modèle systémique	0

Ergothérapeute D : Discours

Termes	Occur-rence	Généralisation	Modèles conceptuels correspondant
Résident(s)– personne(s)	36	Personne	Tous sauf modèle systémique et modèle ludique
Habillage – toilette – cuisine	14	Soins personnels – activité de vie quotidienne	MCREO, OPM : A, MOH, OTIPM, approche CO-OP
Sentiment de participation – participation, participer	11	Participation	CIF, PPH, MDH-PPH2, PEOP, MOH, MCREO, CCTE, OTIPM, approche CO-OP,
Demande(s)	9	Demande	Modèle de compétence
Référent(s) – famille – proches	9	Environnement humain/social - famille	Tous sauf : modèle humaniste et modèle ludique
Capacités – capable(s) - incapable	8	Capacités - incapacités	Modèle de résolution de problème, CIF, PPH, MDH-PPH2, PEOP, MOH, MCREO, modèle de compétence, OPM : A, OTIPM, modèle ludique, approche CO-OP
Difficultés	8	Difficulté	Modèle ludique, Approche CO-OP
Troubles cognitifs, psycho-affectifs, de la mémoire	8	Facteur / déterminant personnels – causalité personnelle – dimension physique	CIF, PPH, MDH-PPH2, MOH, MCREO, modèle Kawa
Domicile – maison	7	Environnement	Tous sauf : modèle humaniste, modèle systémique et approche CO-OP
Tâche(s)	7	Tâche	PEO, PEOP, MCREO, CCTE, OTIPM, approche CO-OP
Quotidien – vie quotidienne	7	Quotidien – vie quotidienne	MOH, OPM : A, modèle ludique, approche CO-OP
Objectif(s)	5	Objectif	Modèle de résolution de problème, MCREO, OTIPM
Autonomie	4	Autonomie	Modèle humaniste, OPM : A, CCTE, modèle ludique
Besoin(s)	4	Besoin	Modèle humaniste, PEOP, OTIPM, approche CO-OP
Habitude(s)	4	Habitude	Modèle de résolution de problème, PPH, MDH-PPH2, MOH, CCTE
Problème	4	Problème	Modèle de résolution de problème, CIF, PEO, MCREO, modèle Kawa, OTIPM, approche CO-OP
Indépendance	2	Indépendance	CCTE
Performance occupationnelle	2	Performance occupationnelle	PEO, PEOP, MOH, MCREO, OPM : A, CCTE, OTIPM, approche CO-OP

Modèles	Nombre de fois représenté	Modèles	Nombre de fois représenté
Approche CO-OP	117	CCTE	82
MCREO	111	Modèle de résolution de problème	73
OTIPM	107	Modèle de compétence	69
MOH	106	PEO	65
OPM : A	87	Modèle Kawa	64
PEOP	84	Modèle écologique du développement humain	52
CIF	83	Modèle humaniste	44
MDH-PPH2	83	Modèle ludique	30
PPH	83	Modèle systémique	9

Titre/Title

Les modèles conceptuels : identifiables par les habitudes de pratique des ergothérapeutes ?
Conceptual models: identifiable by the practice habits of occupational therapists?

Auteur/Author

Anne JOYAU

Mots-clés

Ergothérapeutes, Modèle Conceptuel, Pratique, Habitudes

Key words

Occupational Therapists, Conceptual Models, Practice, Habits

Résumé

Contexte : Selon l'arrêté du 5 juillet 2010, l'ergothérapeute possède dix compétences principales dont la première qui stipule que l'ergothérapeute doit être capable de réaliser les différentes actions liées à l'évaluation en fonction de modèles d'intervention. Ces derniers ont de multiples intérêts dans la pratique de l'ergothérapie, auprès de l'usager mais également auprès du professionnel. Pourtant, certains ergothérapeutes disent ne pas les utiliser. Est-ce réellement le cas ? La pratique ne s'apparente-t-elle pas systématiquement à un modèle conceptuel ? **But** : L'étude cherchera alors à savoir comment les habitudes de pratique de l'ergothérapeute, lors de l'évaluation initiale d'une personne, permettent l'identification d'une pratique assimilée à un ou plusieurs modèles conceptuels. **Méthode** : Afin de répondre à cette interrogation, il a été identifié dans la littérature l'ensemble des éléments associés aux modèles conceptuels et applicables dans la pratique. De cette recherche, il est apparu qu'introduire un modèle dans une pratique implique l'utilisation d'un raisonnement, d'outils d'évaluation et de vocabulaire spécifiques, particulièrement présents dans les compte-rendus et synthèses du professionnel. Ainsi, à l'aide d'un entretien inspiré de l'aide à l'explicitation et d'une méthode semi-directive, quatre ergothérapeutes ont été interrogé sur leur façon de procéder au cours des évaluations initiales. L'entretien était ciblé sur l'évaluation initiale car cette étape est révélatrice du modèle utilisé. **Résultats** : Une analyse thématique des résultats a ensuite été réalisée afin de rechercher le lien entre les habitudes de pratique de l'ergothérapeute et l'utilisation d'un modèle conceptuel. Ainsi, il a pu être identifié que la pratique d'un ergothérapeute lors de l'évaluation initiale s'apparente à un ou plusieurs modèles, mais à différents niveaux qui dépendent de chacun. **Conclusion** : Les habitudes de pratique définissent notre cadre théorique, ainsi l'ensemble des ergothérapeutes interrogés utilisent, plus ou moins consciemment, un ou plusieurs modèles conceptuels dans la pratique.

Abstract

Introduction: According to the decree of July 5, 2010, occupational therapists have ten main competencies, the first of which stipulates that the occupational therapists must be able to perform the various actions related to evaluation according to intervention models. The latter have multiple interests in the practice of occupational therapy, with the user but also with the professional. Yet some occupational therapists say they do not use them. Is that really the case? Doesn't practice systematically relate to a conceptual model? **Purpose**: The study will then investigate how the occupational therapist's practice habits, during the initial assessment of a person, allow the identification of a practice assimilated to one or more conceptual models. **Method**: In order to answer this question, all the elements associated with the conceptual models and applicable in practice have been identified in the literature. From this research, it appeared that introducing a model into a practice implies the use of specific reasoning, assessment tools and vocabulary, particularly present in the professional's reports and syntheses. As a consequence, four occupational therapists were interviewed about their way of proceeding during the initial assessments, using an interview based on the explanation aid and a semi-directive method. The interview was focused on the initial assessment because this step is indicative of the model used. **Results**: A thematic analysis of the results was then conducted out in order to investigate the link between the practice habits of the occupational therapist and the use of a conceptual model. Thus, it was identified that the practice of an occupational therapist during initial assessment is similar to one or more models, but at different levels depending on each one. **Conclusion**: Practice habits define our theoretical framework, so all occupational therapists interviewed use, more or less consciously, one or more conceptual models in practice.