



Institut de Formation
en
Ergothérapie



- TOULOUSE -

**Ergothérapie en néonatalogie :
Adaptation d'un guide de pratiques
professionnelles au contexte français.**

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6 et en vue de
l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Directrice de mémoire : Sabrina Maurel-Téchené

Charline Collet-Beillon

Promotion 19-22

Engagement et autorisation

Je soussignée *Charline Collet-Beillon*, étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses **droits de propriété intellectuelle**, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son **autorisation**.

Fait à Toulouse,
Le lundi 09 Mai 2022

Signature du candidat : COLLET-BEILLON Charline



Note au lecteur

Ce travail est réalisé **conformément** à

L'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »,

et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée et ont rendu possible l'accomplissement de ce mémoire.

En premier lieu, un grand merci à Sabrina Maurel-Téchené, qui en qualité de référente méthodologique a su m'aiguiller, répondre à l'ensemble de mes interrogations et doutes. Son investissement, son écoute et ses conseils ont été précieux pour arriver au terme de ce travail de recherche.

Je remercie aussi l'ensemble des formateurs de l'institut de formation en ergothérapie de Toulouse. La pertinence des interventions, les réflexions guidées et les propositions pédagogiques ont eu une place importante dans la réussite de mes trois années mais aussi dans l'évolution de ma pratique et posture professionnelles. Leur dynamisme, leur disponibilité, leur bonne humeur ont fait de ces trois années un parcours de formation enrichissant.

Un grand merci à notre promotion 1922 qui a su tirer de ses différences une grande richesse, et a su s'apporter entraide et bienveillance pour se soutenir tout au long des trois années.

Une mention spéciale à mes plus fidèles alliées de cette formation, Anaïs, Morgane et Amandine qui l'ont rendu encore plus riche. Merci à vous les filles, pour votre écoute, vos conseils, et votre motivation. S'y ajoute Emma et Lisa, pour des soirées endiablées. Ou encore Marlou et Fanette, des supers taties pour Qiqi qui m'ont permis de visiter ma famille et me ressourcer.

Pour finir, je tiens à remercier l'ensemble de mes proches, qui m'ont soutenu tout au long de ses trois années malgré les péripéties de vie personnelle à traverser.

Plus précisément merci à ma petite sœur qui m'a beaucoup aidé à reprendre pied. Pour finir, merci à mon compagnon de vie qui fût d'un soutien sans faille durant ces trois ans, pour son amour et sa compréhension.

Table des matières

Introduction.....	1
1. Cadre contextuel.....	2
1.1 Les établissements de néonatalogie en France	2
1.2 Population en service de néonatalogie	3
1.2.1 La prématurité	3
1.2.2 Les pathologies néonatales.....	4
1.2.3 Les principales problématiques des nouveau-nés en néonatalogie	6
1.3 Le parcours de soins de l'enfant en service de néonatalogie.....	7
1.4 Les interventions pluriprofessionnelles dans le parcours de soins.....	8
1.5 L'ergothérapie : une profession.....	11
1.5.1 ... Basée sur des données probantes, guidant son processus d'intervention...	12
1.5.2 Le modèle transactionnel	13
1.5.3 Du modèle transactionnel à l'outil OTIPM.....	13
2. Cadre conceptuel	15
2.1 Les compétences de l'ergothérapeute.....	15
2.2 Les compétences professionnelles selon Le Boterf.....	17
2.3 Spécification des compétences de l'ergothérapeute dans différents pays	19
2.3.1 Aux Etats-Unis et au Canada.....	19
2.3.2 Au Royaume-Uni.....	22
2.3.3 En France	24
Question de recherche	25
3. Méthode.....	26
3.1 Objectifs de la recherche	26

3.2	Choix de la méthode.....	27
3.3	Déroulé d'un groupe TRIAGE.....	28
3.3.1	Choix des participants, préparation du groupe.....	28
3.3.2	Production individuelle de chaque participant.....	29
3.3.3	Réalisation du groupe.....	30
3.3.4	Analyse des données et production d'un rapport.....	32
3.3.5	Limites de cette recherche.....	32
4.	Discussion.....	33
4.1	Analyse contextuelle.....	33
4.2	Perspectives professionnelles.....	37
	Conclusion.....	38
	Références.....	40
	Table des annexes.....	I
I.	Annexe 1 : Schéma du modèle transactionnel.....	I
II.	Annexe 2 : Figure de l'OTIPM.....	II
III.	Annexe 3 : Référentiel de compétences de l'ergothérapeute en France.....	III
IV.	Annexe 4 : Mail de participation.....	VIII
V.	Annexe 5 : formulaire de consentement et de droit à l'image.....	X
VI.	Annexe 6 : Sondage en ligne.....	XI
VII.	Annexe 7 : Vue d'ensemble du projet collaboratif MIRO.....	XII
VIII.	Annexe 8 : Déroulé du groupe.....	XIII
IX.	Annexe 9 : Matrice.....	XIV
X.	Annexe 10 : Tableau récapitulatif du groupe TRIAGE construit.....	XVI

Glossaire

AJOT : American Journal of Occupational Therapist

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AVCian : Accident Vasculaire Cérébral Ischémique Artériel Néonatal

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

NICU : Neonatal Intensive Care Unit

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OTIPM : Occupational Therapy Intervention Process Model

RCOT : Royal College of Occupational Therapy

SAN : Syndrome d'Abstinence Néonatal

TRIAGE : Technique de Recherche d'Information par Animation d'un Groupe d'Experts

Introduction

Ce mémoire de recherche trouve son amorce dans mon intérêt pour le développement des nouveau-nés et surtout pour la fragilité de certains d'entre eux. Aussi, mes premières réflexions portaient des grossesses à risque et de la nécessité d'accompagner le plus précocement possible les parents, et le nouveau-né dans un second temps, en ergothérapie. Je me suis alors interrogée sur la place de l'ergothérapeute dans les services de néonatalogie qui entrent en première ligne à la naissance des enfants rencontrant des difficultés à survivre. De plus, j'ai lors d'un vagabondage dans la bibliothèque universitaire eu l'occasion de feuilleter le livre, *Les enfants prématurés, Questions de parents, Réponses de médecins* (Aujard, 2017). Dans cet ouvrage, l'ergothérapeute y est abordé dans un unique chapitre intitulé « Quel est le rôle de l'ergothérapeute ? ». De manière succincte, une définition du métier et des rôles de l'ergothérapeute sont exposés. Seulement, on mentionne la nécessité d'introduire l'ergothérapie après la sortie d'hospitalisation et non durant celle-ci. Or nous verrons tout au long de cet écrit que des études montrent que l'ergothérapeute a une place dans la prise en charge en hospitalisation des enfants en service de néonatalogie, et donc auprès des nouveau-nés.

En France, d'après Torchin (2015), en 2010, 7,4% des naissances survenaient avant 37 semaines d'aménorrhées. Ce critère définit une naissance prématurée. Ce chiffre englobe les naissances vivantes et les mort-nés. Compris entre 6 et 8% selon les critères retenus, cela fait de la prématurité un problème de santé publique (Kuhn, 2016). Sa complexité et ses formes multiples viennent renforcer cette problématique. Dans le cadre de la présente recherche, le champ a été élargi à l'ensemble des nouveau-nés hospitalisés en service de néonatalogie dès la naissance, ou quelques jours après.

Voyant l'avancée de la pratique dans les autres pays notamment aux États-Unis et au Royaume-Uni, j'ai voulu comparer la pratique des ergothérapeutes en France et à l'étranger pour mettre en avant les compétences nécessaires à la pratique en service de néonatalogie. Accompagnée de ma directrice de mémoire, nous avons fait le choix d'articuler cet écrit de la manière suivante. Dans un premier temps, une description contextuelle dans laquelle se place notre recherche : les services de néonatalogie et le métier de l'ergothérapeute au travers du modèle transactionnel. Cette profession est renforcée par des compétences cœur de métier. Ensuite, nous découvrirons quelles sont les pratiques à l'étranger et comment celle-ci peuvent-elles être adaptées au contexte français. Enfin, pour cela une méthode de recherche a été détaillée et une discussion des résultats possibles amorcée.

1. Cadre contextuel

Les services de néonatalogie, service de réanimation néonatale et de soins intensifs¹ accueillent des nouveau-nés prématurés dont la définition sera explicitée dans le contexte français, et des enfants nés à terme ayant subi une pathologie intra-utérine ou à la naissance nécessitant une prise en charge. Le parcours de soins est suivi par des professionnels de différents corps de métiers, c'est dans ces équipes que les ergothérapeutes trouvent leur place.

1.1 Les établissements de néonatalogie en France

Le système de santé français décompose les services obstétricaux et gynécologiques selon les problématiques qu'ils peuvent accueillir, depuis les décrets parus en 1998. Ces services sont classés par niveaux, et décrits par Truffert (2016) comme suit :

- Niveau I : maternité. Dans ces services sont accueillies toutes les grossesses menées à terme ;
- Niveau IIA : maternité associée à une unité de néonatalogie et unités kangourous. Dans ces services se retrouvent tous les nouveau-nés et les familles qui ont besoin d'une surveillance continue, les nouveau-nés ne sont pas obligatoirement nés dans cet établissement ;
- Niveau IIB : maternité associée à unité de néonatalogie avec des lits de soins intensifs. Les nouveau-nés ne sont pas obligatoirement nés dans cet établissement ;
- Niveau III : maternité avec une unité de néonatalogie et des lits de réanimation néonatale. Les nouveau-nés ne sont pas obligatoirement nés dans cet établissement, leur pronostic vital est engagé.

Selon La statistique annuelle des établissements de santé, en 2019 il y a en France 297 services de néonatalogie (de niveau IIA à III). Ainsi, on retrouve 142 établissements de niveau IIA, 88 établissements de niveau IIB et 67 établissements de niveau III.

Certains de ces établissements ont été regroupés en réseaux régionaux, unis par la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP). Créée en 2007, cette fédération regroupe 20 réseaux départementaux et 11 réseaux régionaux auxquels s'ajoutent 2 réseaux de suivi des enfants vulnérables (RSEV). Il existe par exemple MaterMip en région Midi-Pyrénées ou encore Réseau Sécurité Naissance dans les Pays de la Loire. Les établissements de niveau II

¹ Ces trois services, ici nommés séparément, seront regroupés sous le terme service de néonatalogie ou néonatalogie dans le corps de ce mémoire. Ceci est un choix personnel de l'auteur pour éviter d'alourdir la lecture.

et III étant rattachés à ces réseaux, cela permet une communication et des transferts plus rapides en cas de besoins entre les différents établissements. Ces regroupements ont eu lieu suite à la publication du plan Périnatalité 2005-2007².

Nous voyons ainsi que dans les établissements de niveau II A et B à III sont accueillis des nouveau-nés nécessitant des soins particuliers.

1.2 Population en service de néonatalogie

1.2.1 La prématurité

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un enfant est prématuré dès qu'il a passé moins de 37 semaines dans le ventre de sa mère. La prématurité est liée à l'immaturité des organes du nouveau-né qui ne lui permet pas de vivre de manière autonome. On distingue différents stades de prématurité, définis là aussi par l'OMS. Lacroze (2015), mentionne que les enregistrements des naissances sont réalisés à partir de 22 semaines, et si le poids de naissance est égal au minimum à 500g. Ces critères excluent tous les autres comme les malformations ou les pathologies intra-utérines.

Il existe différents stades de prématurité selon le temps passé par le nouveau-né dans le ventre de sa mère. La prématurité extrême correspond à des naissances ayant lieu entre la 22^{ème} et la 26^{ème} semaine (et 6 jours) de grossesse. Cette prématurité est celle avec le plus grand taux de mortalité, même si les progrès de la médecine ont permis et permettent encore de les accueillir dans les services afin de les maintenir en vie jusqu'à ce qu'ils deviennent autonomes pour respirer et manger. Un nouveau-né se dit grand prématuré lorsqu'il naît entre la 27^{ème} et la 31^{ème} semaine (et 6 jours) de grossesse. On parle aussi de prématurité modérée (entre 32 semaine et 34 semaines et 6 jours) et de prématurité tardive (entre 34 et 36 semaines et 6 jours). La prématurité est le facteur principal de mortalité infantile, à la naissance ou dans l'enfance. Le critère de variation principal est le poids de naissance, néanmoins cette mortalité comme dit précédemment tend à baisser avec l'amélioration des soins (Lacroze, 2015).

La prématurité va engendrer un suivi des enfants, possible jusqu'à l'adolescence pour un grand nombre de ces nouveau-nés. L'étude Epipage 2, menée en 2011 par l'Institut National de la

² Plan Périnatalité 2005-2007 : « Humanité, proximité, sécurité, qualité ». Ministère des solidarités et de la santé. (10 Novembre 2004)

Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a mis en avant que sur 7 000 naissances prématurées, 4 500 enfants seront suivis jusqu'à leurs 12 ans. Cette étude cherche à comprendre le fonctionnement hospitalier et la prise en charge de ces enfants afin de mettre en avant le développement de ceux-ci. La prématurité peut entraîner des complications que l'on identifiera que plus tard dans l'enfance mais aussi des complications directes qui retarderont la sortie d'hospitalisation de l'enfant et de sa famille.

Cette continuité des soins est d'autant plus importante car comme le montre Torchin (2015), l'hospitalisation de ces nouveau-nés prématurés peut entraîner diverses complications. Elles peuvent être de plusieurs ordres : neurologiques, respiratoires, digestives, infectieuses, ophtalmologiques mais aussi des troubles du développement, notamment pour les grandes prématurités (Lopez et al., 2011). L'immaturité fonctionnelle de certains organes liée à la prématurité est responsable de risques différents, comme le montrent Lopez et al. (2011) dans le chapitre Nouveau-nés à risques – Pathologies néonatales fréquentes. Ces risques concernent le développement même de l'enfant, qui sera plus fragile sur le plan respiratoire mais de la même manière ils touchent le système familial. En effet, les hospitalisations de durées variables et parfois longues peuvent entraîner une perte de confiance en leur capacité de parents et les amener à se poser de nombreuses questions.

Comme mentionné plus tôt, dans les services de néonatalogie nous ne retrouvons pas seulement des nouveau-nés prématurés mais aussi des enfants avec des pathologies ou des complications nécessitant une hospitalisation à la naissance.

1.2.2 Les pathologies néonatales

Il existe un grand nombre de pathologies néonatales, excluant la prématurité. Le but de cet écrit n'étant pas de faire une recension des problématiques et pathologies des nouveau-nés, nous avons fait la sélection de certaines d'entre elles. Nous découvrirons ainsi le retard de croissance intra utérin, l'accident vasculaire cérébral ischémique artériel néonatal (AVCian) et l'encéphalopathie anoxo-ischémique.

Un nouveau-né petit pour son âge gestationnel est un nouveau-né à terme qui présente un poids plus petit au 10^{ème} percentile de la moyenne du poids de naissance des nouveau-nés au même terme, on parle aussi d'hypotrophie (Lopez et al., 2011). Ce faible poids de naissance peut être dû à un retard de croissance utérin. Pour Flamant et Gascoin (2013), ce retard de

croissance entraîne des complications, notamment : le syndrome d'inhalation méconiale, l'asphyxie périnatale et l'hypoglycémie. Selon le moment de survenue du retard de croissance, les impacts ne seront pas les mêmes. On parle de retard de croissance symétrique (durant le premier trimestre), c'est-à-dire qui affecte tout le corps de la même manière, ou de retard de croissance asymétrique (apparition durant le deuxième ou troisième trimestre) qui lui affectera un ou des organes particuliers. Le séjour en unité de néonatalogie sera donc concentré sur l'évitement des complications qui peuvent être dangereuses pour le nouveau-né et notamment l'asphyxie.

L'AVCian est considéré comme l'AVC le plus courant chez les enfants. Cette pathologie reste, d'après Saliba Debillon (2016), rare mais questionne les spécialistes. Les signes à repérer sont les convulsions néonatales dans les trois premiers jours de vie sans qu'aucun autre signe n'ait été repéré au préalable et que le nouveau-né ait rejoint sa mère. Cet AVCian entraîne alors la recherche de diagnostic différentiel : anomalies vasculaires et métaboliques, infections néonatales. Saliba (2016) nomme la nécessité de suivi de ces enfants dès l'hospitalisation en service de néonatalogie et jusqu'à l'enfance. En effet, les conséquences de cet accident peuvent engendrer des troubles développementaux moteurs et cognitifs, et particulièrement langagiers, mais aussi des paralysies cérébrales.

L'encéphalopathie anoxo-ischémique, expliquée par Zana-Taïeb (2016), dans la partie Pathologie neurologique, a un taux d'incidence et de répercussion relativement important. Son incidence est de 2 à 3 pour 1000 naissances et est la cause de 25 à 30% des séquelles majeures chez les nouveau-nés. Cette pathologie nécessite une surveillance continue et est source de dysfonctionnements organiques importants. Selon l'auteur, elle est la cause de pathologies comme un retard de développement mental et/ou psychomoteur, une infirmité ou paralysie cérébrale ; dans de plus rares cas elle peut être responsable de cécité ou de surdité.

L'ensemble de ces pathologies nécessitent des surveillances continues, des évaluations, du matériel important et la présence de multiples professionnels autour d'eux. Leur parcours est aussi évolutif, selon amélioration des symptômes, entraînant des transferts possibles dans d'autres services. Avant d'aborder le parcours de soins du nouveau-né, il paraît intéressant de s'attarder sur les problématiques principales rencontrées.

1.2.3 Les principales problématiques des nouveau-nés en néonatalogie

Partons du postulat que tout être humain voit ses activités affectées par l'environnement qui l'entoure en modifiant ses comportements et ses émotions.

Le nouveau-né passe d'un environnement rassurant qui est l'intérieur du ventre de sa mère à un environnement extérieur très stimulant. L'environnement bruyant, lumineux et odorant dans lequel est placé l'enfant en service de néonatalogie aura un impact sur le développement de l'enfant, de ses comportements et de ses actions. D'après Kuhn et al. (2014), l'exposition sonore du nouveau-né en période postnatale dans les services de néonatalogie, est largement supérieure aux recommandations. Casper et Khun (2016) rajoutent la complexité et la différence entre le milieu in utero et le milieu dans lequel l'enfant se développe, d'autant plus en service de soins. Les nouveau-nés hospitalisés dans ces services sont plus vulnérables et exposés à des sur-stimulations tactiles durant les soins. Lors de son entrée en service de néonatalogie, le nouveau-né se retrouve entouré d'un nombre de machines dépendant de ses problématiques. Il peut ainsi être en incubateur fermé ce qui va renforcer les stimulations. Par exemple, le ronronnement du respirateur, ses propres pleurs vont être renvoyés en écho par les parois de l'incubateur fermé et provoquer un désagrément plus important renforçant la situation de mal-être pour le nouveau-né. A contrario, dans un incubateur ouvert, le nouveau-né sera sur-stimulé par l'environnement qui l'entoure et notamment les différentes alarmes et bip, mais aussi l'activité humaine, le déplacement des chariots de soins... Ces deux exemples sont développés par les auteurs et marquent bien l'importance de l'environnement (Kuhn et al., 2014). Des stratégies peuvent être mises en place pour calmer cette sur-stimulation, notamment par la pratique du peau-à-peau dont nous parlerons un peu plus tard.

L'environnement humain entourant l'enfant est aussi changeant. Les équipes ne sont pas les mêmes chaque jour, les visites des parents ne sont pas autorisées en permanence bien que cela tende à le devenir. Casper et Kuhn (2016), font part du rôle important de la famille dans ces services et notamment de la mère qui va avoir « *un rôle de stabilisation de leur enfant* ». Ces deux auteurs mentionnent une étude prouvant que la présence parentale auprès de leurs enfants durant l'hospitalisation peut réduire la durée totale de celle-ci.

Durant cette hospitalisation, le nouveau-né va être amené à découvrir ses occupations en tant qu'être humain. L'occupation est définie par Morel-Bracq (2017) comme « *un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la*

participation à la société ». Dans le cadre d'un service de néonatalogie, le *Royal College of Occupational Therapist* (2017) a décrit dans son guide de pratique les occupations principales des nouveau-nés : manger, se reposer, et explorer son environnement (physique et social).

Seulement, l'apparition d'une pathologie ou une naissance prématurée va avoir des conséquences sur le développement de l'enfant (Boussard et al., 2019). Pour répondre aux besoins des nouveau-nés en néonatalogie, et notamment au besoin d'alimentation il existe plusieurs façons de procéder. Généralement, la première mise en place concerne la sonde car il est vital pour le nouveau-né de prendre du poids. Le sommeil, occupation principale des premiers jours et mois de vie, est aussi perturbé par l'ensemble des stimulations et sur-stimulations reçues par le nouveau-né et décrites antérieurement. (Casper et al., 2015). Pourtant ce sommeil a une fonction importante dans le développement cérébral et psychomoteur de l'enfant (Casper et al., 2016), et une réduction de celui-ci peut avoir des impacts importants.

Nous avons vu dans cette partie, les impacts que peut avoir une hospitalisation et une pathologie sur les occupations du nouveau-né et ses parents. Maintenant, nous décrirons le parcours de soins d'un nourrisson et les professionnels composant les équipes de soins afin de promouvoir au mieux le développement de l'enfant.

1.3 Le parcours de soins de l'enfant en service de néonatalogie

Le parcours de soins d'un nouveau-né en service de néonatalogie dépend de ses besoins. Ils peuvent évoluer au cours de l'hospitalisation et le nouveau-né peut alors être transféré dans d'autres services en fonction de ses nouveaux besoins. Selon les services, Casper et Kuhn (2016) mentionnent que les chambres peuvent être soit multiples soit simples. Ces deux fonctionnements ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients, qui ne sont pas le cœur de cette réflexion. Cependant, nous pouvons noter que les chambres simples facilitent l'intégration des parents et devraient, selon les auteurs, se développer de plus en plus.

Il peut arriver que le patient soit transporté d'une structure à une autre en post natal si celle-ci ne possède pas le service nécessaire pour accueillir le nouveau-né. Truffert (2016), explique que lorsque le nouveau-né est transféré dans un autre établissement on parle de nouveau-né

« *outborn*³ » et que lorsque celui-ci doit être pris en charge dans le même établissement mais à un service différent, on parle de nouveau-né « *inborn*⁴ ».

Le principe de prise en soins des nouveau-nés est défini par Picaud (2016) comme ayant des objectifs de soins de développement, pour l'enfant et pour les parents. Ainsi, ces soins cherchent à améliorer le confort et le bien-être de l'enfant en réduisant son stress, en respectant ses rythmes, et en soutenant sa croissance mais aussi à développer et apporter un soutien à la participation des parents dans un maximum de soins. Picaud et al. (2016) ajoutent la spécificité de la mise en place de ces soins dans les services de niveau III. Cependant, la création des réseaux vue dans la partie 1.1.1 favorise la formation ou à minima la sensibilisation de tous les professionnels des établissements de niveau IIA et IIB à ces soins de développement, nous allons ici nous attarder sur l'environnement dans les services.

Selon le service ou l'établissement, des programmes de prise en charge peuvent être proposés afin de renforcer l'implication des familles. Ces programmes sont soutenus par différents professionnels ayant été formé à la pratique de ceux-ci.

1.4 Les interventions pluriprofessionnelles dans le parcours de soins

L'équipe présente auprès du nouveau-né dès son arrivée dans les services est composée de professionnels médicaux (médecins et sage-femmes) et paramédicaux (auxiliaires de puériculture, infirmiers, kinésithérapeutes, psychomotriciens...). L'ARS Ile de France publiait en 2018 un document dans lequel était énuméré les professionnels présents dans ces équipes pour le territoire français. Sur le site internet de certains groupes hospitaliers, il peut être mentionné d'autres professions qui interviennent plus ponctuellement : orthophoniste, conseillère en allaitement, psychologue tout comme la présence d'ergothérapeute mais cela reste très rare.

³ Nouveau-né prématuré, né dans une structure non appropriée à ses soins et qui est transféré secondairement à sa naissance vers une unité de soins adaptée à sa pathologie.

HAS (2012). *Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »*

⁴ Nouveau-né prématuré, né dans un établissement comprenant une unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

HAS (2012). *Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »*

L'ensemble des soins apportés par cette équipe pluriprofessionnelle sont dits soins de développement comme ont pu les définir Ratynski et Minguy (2014). Ils représentent « *un ensemble de techniques non médicamenteuses de nature environnementale et comportementale destinées à préserver le confort du nouveau-né hospitalisé par une réduction du stress et à améliorer son développement ultérieur* » (Ratynski et Minguy, 2014).

De plusieurs natures, ils répondent aux besoins de base du nouveau-né hospitalisé en service de néonatalogie. Nous profiterons des paragraphes suivants pour détailler les principaux d'entre eux, basés sur des stratégies comportementales. En effet, nous avons vu plus haut que des stratégies environnementales doivent être mises en place, elles y sont donc associées (Ratynski et Minguy, 2014).

L'enveloppement, mis en place durant les soins qui sont facteurs de stress conséquent pour le nouveau-né, permet une stabilisation comportementale. Il peut être fait d'un lange, on parle alors d'emmaillotage, ou alors avec les mains. L'emmaillotage a fait ses preuves notamment comme favorisant « *l'endormissement, la durée du sommeil, améliore le développement neuromusculaire et l'organisation motrice chez le prématuré* » (Ratynski et Minguy, 2014). Des réticences ont été évoquées, mais cette technique associée à la prochaine que nous allons voir semble contenir le nouveau-né dans un état permettant de faciliter les soins personnels du quotidien comme les bains. Elle peut être utilisée par les parents mais « *sous réserve d'un apprentissage progressif* » (Ratynski et Minguy, 2014)

La posture en flexion a pour visée d'accompagner le développement moteur du nouveau-né, en incitant aux changements de position réguliers (Vaivre-Douret et Sizun, 2014). Respectant l'ensemble des courbures physiologiques du corps, elle permet de limiter les risques de déformations, et notamment de dysplasie des hanches ; faciliter les flexions des extrémités et la découverte visuelle (Vaivre-Douret et Sizun, 2014). Cette position est atteinte grâce à l'utilisation d'outils de soutiens posturaux comme les « cocons » et permet l'accès à un environnement sécurisant et contenant. Ce type d'environnement a un effet sur la régulation du sommeil, du stress et de la douleur (Vaivre-Douret et Sizun, 2014).

La succion non nutritive « *est l'existence de mouvement de bouche en dehors de toute période d'alimentation* » de manière spontanée ou provoquée. Une succion non nutritive peut être induite par la mise en place de tétine ou par la présentation de l'odeur du lait maternel au nouveau-né (Ratynski et Minguy, 2014) Cette technique a été étudiée dans deux contextes

particuliers : la gestion de la douleur et la transition de l'alimentation par sonde au biberon afin de mettre en place le réflexe de succion (Ratynski et Minguy, 2014)

Le **peau-à-peau** (avec la mère comme le père) ou méthode mère-kangourou (privilégiée avec la mère), est un des soins essentiels facilitant la gestion de la douleur, la prise de l'alimentation, la respiration et la thermorégulation. Il consiste en l'installation du nouveau-né « *uniquement vêtu d'une couche et d'un bonnet, contre les seins de sa mère ou le torse de son père* » (Pierrat et Zaoui-Grattepanche, 2014 ; Zaoui-Grattepanche et al., 2018). Ainsi, elle permet de regrouper plusieurs soins de développement que nous avons cité précédemment. Nous avons vu que cette installation peut avoir des bénéfices sur la santé du nouveau-né mais sa mise en place reste dépendante de l'état de stabilité de celui-ci. Elle a aussi des impacts sur les parents eux-mêmes. Elle accroît leur confiance en leurs capacités, et réduit leur anxiété.

Zaoui-Grattepanche (2014), explique dans son chapitre concernant la **Méthode Mère-Kangourou (MMK)** qu'elle est difficilement applicable dans certains services car les équipes ne sont pas suffisamment formées au développement. Le respect de la physiologie du nouveau-né ainsi que des différentes contraintes et contre-indications est primordial. Cette méthode, comme expliquée dans le paragraphe précédent, consiste en « *un contact peau à peau précoce, prolongé entre une mère et son bébé [...] avec un allaitement (idéalement) exclusif et un suivi adapté* » (Cataneo et al. cité par Zoui-Grattepanche, 2014). La mise en place progressive depuis 1987 en France des unités Kangourous a pour but de favoriser le développement de cette méthode. Pour l'auteur, celle-ci facilite la transition de l'intérieur du ventre de la mère au monde extérieur en stimulant la proximité entre les parents et le nouveau-né.

L'ensemble de ces soins peuvent aussi être accompagnés ou définis, comme le mentionne Haumont (2014), par des programmes comme le « *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program* » (**NIDCAP**). Ce programme doit être précoce, basé sur les soins de développement, et centré sur l'enfant et sa famille (Glorieux et al., 2009 ; Sizun et al., 2017). Als, H. son fondateur le base sur l'observation comportementale précise du nouveau-né de manière régulière, lors des soins comme au repos. Nous verrons plus tard que l'ergothérapeute possède des compétences d'observation et d'évaluation comportementale importantes dans la mise en place de ce type de programme. En France, ce programme est présent dans 22 établissements.

Valleur-Masson et Jeanin (2015) relatent que dans les textes d'évolution de la pratique en néonatalogie, les ergothérapeutes ne sont pas cités. Pour les enfants prématurés, un lien privilégié entre le service de néonatalogie et un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) est primordial. Pierson (2017), fait part de son expérience de collaboration et de l'importance de celle-ci dans le suivi de ces enfants. Elle encourage et appuie les spécificités de l'ergothérapeute tout en incluant l'ensemble des professionnels dans le parcours de l'enfant. Ces spécificités et compétences seront développées dans la partie suivante et reflètent le propre du métier de l'ergothérapeute.

Les équipes pluriprofessionnelles ont un rôle important à jouer dans l'accompagnement précoce et la réponse aux problématiques des nouveau-nés. Dans ces équipes, la présence d'un ergothérapeute est donc rare, nous veillerons dans la partie suivante à définir le métier de l'ergothérapeute et observerons sa pratique dans les services de néonatalogie à l'étranger afin de comprendre quelles compétences il met en œuvre pour un accompagnement dans ces services.

1.5 L'ergothérapie : une profession...

L'ergothérapie est apparue en France après la Seconde Guerre Mondiale et était dans ses fondements la rééducation par l'activité manuelle. Son sens s'est alors élargi et la définition donnée par le Ministère de la santé et des solidarités est la suivante : « *L'ergothérapeute prend en charge le patient dès lors qu'un problème de santé limite ses possibilités d'effectuer ses soins personnels, de se déplacer et de communiquer. Ainsi, l'ergothérapeute prévient et réduit les situations de handicap en maintenant les activités du quotidien de manière sécurisée, en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement du patient.* »

Ergothérapeute est la traduction sur laquelle s'est positionnée l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), la *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT), le *Council of Occupational Therapists for the European Countries* (COTEC) et l'*European Network of Occupational Therapy in Higher Education* (ENOTHE) du terme *Occupational therapist*, ergothérapie a donc pour traduction *Occupational therapy*.

Dans le contexte de mon écrit, nous allons préférer nous rapprocher de la définition donnée par l'organisation mondiale des ergothérapeutes (WFOT), qui définit le rôle de ces professionnels de santé comme celui de « *promouvoir la santé et le bien-être d'une personne à travers les*

occupations” (WFOT, 2017) qui prend sens avec le terme *Occupational therapy* utilisée dans les pays anglophones.

1.5.1 ... Basée sur des données probantes, guidant son processus d'intervention

L'ergothérapie est une profession avant tout basée sur des données probantes permettant de justifier de son intervention dont les domaines de prises en charge sont multiples et variés. Taylor et Kielhofner (2017) dans « *Research in Occupational Therapy* » mettent en avant la nécessité pour l'ergothérapeute de travailler avec des données probantes. Dans le chapitre retenu, l'appui de « *Evidence Based Practice* », permet de souligner l'importance des recherches, des échanges et des études sur la pratique clinique des ergothérapeutes.

Ces données probantes ont pour but d'appuyer les décisions prises durant les accompagnements en ergothérapie. Le terme de données probantes comme traduction met en avant la possibilité d'évolutions des résultats et des données au cours du temps. Morel-Bracq (2008) nomme dans *Nouveau guide de pratique en ergothérapie*, la définition retenue par l'European Cooperation in Occupational Therapy Research and Occupational Science – Evidence Base Practice : « *Une pratique de qualité en ergothérapie se rencontre lorsque les thérapeutes, travaillant en partenariat avec les clients se servent de preuves établies par la recherche en complément de leurs connaissances cliniques et en utilisant un raisonnement clinique afin de mettre en place des interventions efficaces.* » Cette pratique se base pour l'auteure sur un objectif de prendre en charge chaque patient avec la même équité, de se servir de preuves afin de garantir une orientation thérapeutique adaptée au patient mais surtout la meilleure dans un contexte donné avec le meilleur coût.

La volonté de mettre en pratique des accompagnements basés sur des preuves et des données probantes appuie la démarche de l'ergothérapeute qui passe par un processus d'intervention spécifique. L'ergothérapeute cherche à résoudre un problème en se rapprochant de la personne plutôt que de la pathologie et à prendre en compte l'ensemble des composantes de la mise en action d'une occupation. Ces notions sont mises en avant par Détraz (2008) et Fischer (2009) par l'utilisation de modèles conceptuels ou modèles théoriques.

Au regard des axes de notre recherche, le modèle transactionnel semble le plus pertinent.

1.5.2 Le modèle transactionnel

L'approche holistique que demande la pratique en néonatalogie comme nous avons pu le voir dans les parties précédentes demande à s'intéresser à l'enfant, la famille et l'environnement qui l'entoure.

Le modèle transactionnel souligne les interactions entre l'occupation, l'environnement où elle est réalisée et la personne (Fisher et Marterella, 2019). Margot-Cattin (2018) rapporte que cette vision transactionnelle déconstruit une vision séparant la personne et son environnement. En effet, ce modèle demande à contextualiser une situation, ainsi « *La personne fait l'expérience DE l'environnement en même temps qu'elle expérimente DANS l'environnement.* » (Dewey, 1989 dans Margot-Cattin, 2018).

L'occupation est ainsi pensée comme transactionnelle, elle se trouve au centre de la réflexion de ce modèle et la vision holistique fait des liens entre cette occupation et l'ensemble des composantes qui l'entoure (Dickie, et al., 2006). On voit aussi que ce modèle reste complexe et qu'il existe de multiples liens difficilement déliables, chaque composante a un impact sur l'autre et inversement. Pour réaliser une action, la personne doit se coordonner avec le monde et avec elle-même (Margot-Cattin, 2018), l'occupation au centre est influencée par l'ensemble des composantes qui l'entoure, qu'elle soit temporelle, socio-culturelle, environnementale, géopolitique, ou intrinsèque à la personne...

Le schéma (Annexe 1 : Schéma du modèle transactionnel) permet de comprendre l'ensemble de ces interactions et montre bien la complexité des liens tissés entre les différentes composantes. Le modèle interactionnel sert donc de base à la pratique de l'ergothérapeute qui veut mettre en avant sa vision holistique de la personne et de tout ce qui l'entoure.

« *L'occupation est la mise en relation entre la personne et l'environnement : elle coordonne la transaction* » (Cutchin et Dickie, 2013 dans Margot-Cattin, 2018).

1.5.3 Du modèle transactionnel à l'outil OTIPM

Détraz (2008), relate 5 étapes au raisonnement clinique en ergothérapie, mettant en avant l'individualisation du processus à chacun des patients qui peuvent être mises en parallèle avec les différentes phases du modèle d'intervention en ergothérapie *Occupational Therapy*

Intervention Process Model (OTIPM), d'après Fischer (2019) dont nous allons préférer le schéma dans cet écrit. Vous le retrouverez en Annexe 2 : Figure de l'OTIPM. Cet outil est issu du modèle transactionnel.

Le raisonnement clinique est défini par Tremblay (2004), comme « un processus cognitif ou métacognitif qui permet de prendre des décisions éclairées et qui guide l'exercice de la profession.

Meyer (2010) repris par Dubois et al. (2017) détaille deux types de raisonnements sous-jacents : le raisonnement explicite et le raisonnement intuitif. Le raisonnement explicite est basé sur les différentes évaluations normées, validées, que va utiliser le professionnel pour affirmer ou infirmer des hypothèses. Le raisonnement intuitif quant à lui est plutôt basé sur l'observation du professionnel de son patient. Par l'utilisation de ces deux raisonnements, l'ergothérapeute va recueillir les informations qui lui seront nécessaires pour prendre en charge le patient de manière holistique et la plus juste possible. Ces informations réunies favoriseront l'établissement d'un diagnostic en ergothérapie et la formulation des objectifs correspondant aux problématiques, aux attentes et aux besoins de leur patient.

Les différentes phases de ce raisonnement clinique peuvent être mises en parallèle avec l'outil de pratique en ergothérapie OTIPM. Sorita (2010), dans *Les modèles conceptuels en Ergothérapie* fait le lien avec les 3 phases d'intervention de l'ergothérapeute : une première phase d'évaluation et d'établissement des objectifs, une seconde phase d'intervention propre sur les différentes problématiques et pour finir une troisième phase de réévaluation. Le modèle de l'OTIPM a évolué au fur à mesure des années d'expertise et d'utilisation de celui-ci. La dernière version de 2019, met en relief ces phases par l'utilisation de différentes couleurs. Pour Fischer (2009), ce modèle est un outil pour s'assurer que la démarche d'intervention proposée est bien centrée sur le patient et dite top-down⁵.

Ce cadre conceptuel propose « *une schématisation du raisonnement professionnel afin d'aider les étudiants et les ergothérapeutes à se situer clairement dans leur pratique en regard des concepts sous-jacents* » (Morel-Bracq, 2017).

⁵ Recherche l'engagement dans les occupations, se réfère à du fonctionnel

Les services de néonatalogie sont des services critiques avec un niveau de qualité des soins qui demande rigueur, traçabilité, communication et relève la nécessité de faire appel à des professionnels compétents. Nous verrons ainsi dans la partie suivante cette notion de compétences et la qualité des ergothérapeutes.

2. Cadre conceptuel

2.1 Les compétences de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute évolue dans sa pratique grâce à un référentiel de compétences, décrit par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute, et un référentiel d'activités. Ces compétences permettent d'assurer que chacun des professionnels formés à ce métier ait une base commune d'acquisition de connaissances. Le référentiel de formation met en avant la professionnalisation du parcours des étudiants et les compétences nécessaires à la pratique de l'ergothérapie (Annexe 3 : Référentiel de compétences de l'ergothérapeute en France). Dans ce référentiel, nous voyons le lien entre le raisonnement clinique, la vision holistique explicités précédemment et les compétences acquises en formation. Au nombre de 10, ces compétences seront citées dans les paragraphes suivants de la manière qui suit : C*, * représentant le numéro de la compétence.

Liste des 10 compétences du référentiel en date du 05 Juillet 2010 :

« C1 : *Evaluer et élaborer un diagnostic ergothérapeutique*

C2 : *Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement*

C3 : *Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie*

C4 : *Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques*

C5 : *Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique*

C6 : *Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie*

C7 : *Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle*

C8 : *Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques*

C9 : *Coopérer avec les différents acteurs et organiser les activités*

C10 : Former et informer »

L'ergothérapeute, à travers ses trois années de formation, va acquérir les connaissances et ressources suffisantes et spécifiques à sa profession pour savoir agir en conséquence dans l'espace organisationnel qui lui sera donné (définition de la compétence par Le Boterf, 2011). Nous avons vu dans la partie précédente que l'OTIPM, développé par Fischer et explicité par Sorita (2010), se décompose en plusieurs étapes pour lesquelles nous pouvons relier les compétences de l'ergothérapeute.

Dans le référentiel de compétences de l'ergothérapeute, la première étape de sa prise en charge consiste en la rédaction d'un diagnostic, pour cela il détient des connaissances sur différentes évaluations répondant aux problématiques spécifiques du patient. Ce diagnostic peut être réalisé dès lors qu'une évaluation ou un entretien a été réalisé par l'ergothérapeute. Nous nous trouvons dans la première phase de l'OTIPM : phase d'évaluation et d'établissement des objectifs. Nous pouvons rattacher cette phase aux compétences de communication et d'adaptation de l'ergothérapeute aux capacités de son patient présentes dans le référentiel mentionné (C1, C2, C6).

La phase d'intervention, décrite par l'outil choisi, décomposée en plusieurs axes d'intervention peut être rejointe par les compétences attrayant à la mise en place d'aides techniques ou la fabrication d'orthèse pour le modèle de compensation (C4). Alors que la compétence axée sur la mise en œuvre d'activités de rééducation est représentative des modèles d'acquisition et de récupération (C2, C3). Le modèle d'éducation quant à lui fait appel aux compétences d'information et de formation, ainsi que de démarche d'éducation et de conseil, développées dans le cadre des études du diplôme d'état (C5, C10).

L'ensemble de ces phases demande la collaboration entre l'ergothérapeute, le patient mais aussi les autres professionnels ayant une interaction avec ce dernier. Ce sont alors les compétences de communication, de conduite de relation et d'organisation et coopération avec les autres acteurs qui est en jeu (C6, C9)

Les compétences C7 et C8 peuvent être mises en relation avec la nécessité définie par ailleurs de pratiquer une intervention basée sur des données probantes demandant sans cesse à l'ergothérapeute de mener des recherches et avoir un esprit critique sur sa pratique. Elles servent ainsi à la mise en place d'une phase d'évaluation et d'intervention personnalisée et adaptée, et donc en finalité à mettre en œuvre l'ensemble des compétences reprises dans le référentiel.

Les référentiels métiers de l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) définissent les actions, missions et compétences de l'ergothérapeute de la façon suivante :

- « *Élaborer un diagnostic et évaluer les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques.*
- *Analyser les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap.*
- *Concevoir des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable.*
- *Concevoir et préconiser des aides techniques et entraîner les personnes à leur utilisation. »*

2.2 Les compétences professionnelles selon Le Boterf

Commençons par définir ce qu'est une compétence. Pour cela, nous pouvons nous appuyer sur les écrits de Le Boterf (2018), mettant en avant la dualité de la définition de la compétence comme « *un processus ou une ressource* ». Cette définition se tient dans le cadre professionnel et donc dans celui de la didactique professionnelle. Parler de compétences pour lui, mène une professionnalisation des personnels et des étudiants.

« *Être compétent* » et « *avoir des compétences* » sont à distinguer selon lui pour comprendre ces notions. En effet, Le Boterf (2018) définit avoir des compétences comme un prérequis à devenir compétent. Être compétent signifie savoir-agir en situation, en mettant en œuvre une pratique professionnelle pertinente et adaptée à la situation, en mobilisant des ressources personnelles (connaissances, force de caractères, aptitudes...) et des ressources environnementales qui seront des supports (banque de données, personnes ressources...). La personne doit être en constante mise en action pour développer ses compétences.

Si on parlait alors de savoir, savoir-faire et savoir-être, Le Boterf (2011) ajoute à ces derniers 3 composants qui définissent pour lui la compétence : le savoir-agir, le vouloir-agir et le pouvoir-agir. Pour lui, disposer de connaissances et de ressources que sont le savoir, le savoir-faire et le savoir-être ne suffit pas. Il faut savoir utiliser ses ressources à bon escient (savoir-agir) et faire preuve de motivation (vouloir-agir) pour réaliser l'activité. Un troisième axe est

aussi présent : le pouvoir-agir, celui-ci fait référence directement au fonctionnement organisationnel.

Réfléchir sur la façon d’agir est une manière d’accentuer la notion de prise de décision et de réaction face à une situation, qui fait partie de la pratique professionnelle comme l’entend Le Boterf (2011). C’est en ce sens que l’auteur parle de savoir-agir, à l’intérieur de celui-ci est considéré le savoir-faire. Mettre en œuvre toutes les ressources dont on dispose, respecter un rythme et mettre de la volonté font partir du vouloir-agir. Cette composante est en grande partie dirigée par la motivation du professionnel.

Deux situations de travail pour trouver le curseur de compétence du professionnel ont été présentées (Le Boterf, 2018). Dans la situation d’une prescription stricte, le professionnel doit être en capacité de réaliser des consignes précises, et de les exécuter ; dans le cas d’une situation ouverte, la notion de savoir-agir et interagir avec son environnement où les personnes qui l’entourent sont prises en compte (Le Boterf, 2018). Pour un ergothérapeute, sa capacité de réflexion, d’action avec l’environnement qui l’entoure, le place dans cette dimension de prescription ouverte. Il se considère donc compétent lorsqu’il sait mettre en avant des actions de coopération, de gestion de situations complexes, d’échanges et d’adaptation.

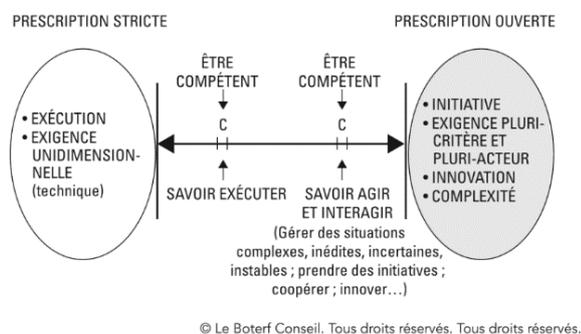


FIGURE 1 CURSEUR « ÊTRE COMPÉTENT »

De plus, il paraît primordial pour Le Boterf (2011, 2008) d’amener les professionnels à conduire une démarche réflexive sur leur pratique pour faire évoluer en permanence leurs compétences. Dans certains cas, la compétence peut être acquise et devenir schème opératoire par cette réflexion et le recul pris face à l’action à réaliser (Le Boterf, 2011).

Au travers de cette définition, nous avons pu mettre en avant la nécessité pour un professionnel de développer des compétences lui permettant d’agir en situation de manière adaptée et

efficace voire efficace. Ces compétences sont donc primordiales pour les professionnels ergothérapeutes afin d'exercer dans des domaines spécifiques comme la néonatalogie. Le référentiel de compétences de l'ergothérapeute français reprend donc un ensemble d'actions que le professionnel doit être capable de réaliser lors d'une prescription stricte mais qui sera en capacité de prendre les bonnes décisions en fonction de la situation qui se porte à lui.

2.3 Spécification des compétences de l'ergothérapeute dans différents pays

Quand nous regardons la littérature étrangère et notamment anglophone, nous pouvons constater que la place de l'ergothérapeute en service de néonatalogie, appelé dans ces pays *Neonatal Intensive Care Unit (NICU)*, est ancrée. Certains d'entre eux ont même rédigé des recommandations de bonnes pratiques, basées sur des données probantes. En France, les données sont plus discrètes, les enquêtes réalisées par l'ANFE ne montrent que peu de résultats concernant ces pratiques.

2.3.1 Aux Etats-Unis et au Canada

En 2018, dans « *l'American Journal of Occupational Therapy* » (AJOT), est paru l'article *Occupational Therapist's role in the Neonatal Intensive Care Unit*. Il est démontré à travers celui-ci que l'ergothérapeute apporte soutien, collaboration et crée une relation thérapeutique de confiance avec les familles mais aussi l'équipe soignante afin de permettre au mieux le développement du nouveau-né. Son approche des activités de la vie quotidienne, mais aussi des parents dans la création de la co-occupation les encourage ce faisant à un engagement occupationnel plus important et à une maîtrise des habilitations nécessaires. L'intervention de l'ergothérapeute aide en particulier les parents à découvrir leurs capacités et à les développer ; aussi elle joue un rôle important dans la prise de décision, notamment concernant le retour à domicile du nouveau-né en dialoguant en collaboration avec l'équipe et la famille. Enfin, Craig et al. (2018) appuient sur le fait que son approche individualisée mais prenant en compte l'ensemble des systèmes environnementaux du nouveau-né : physique, social, familial et professionnel, favorise une meilleure compréhension des interactions nécessaires au développement correct de l'enfant.

En 2006, l'*American Occupational Therapy Association*, a publié *the NICU Knowledge and Skills Paper* d'abord paru dans l'*American Journal of Occupational Therapy* (AJOT). Les auteurs mentionnent que ce document s'adressant aux ergothérapeutes a pour but

de recenser les savoirs et les compétences spécifiques de l'ergothérapie en service de néonatalogie. Décomposé selon 3 axes : l'enfant, la famille et l'environnement du service de néonatalogie, la description des interventions se décomposent selon l'OTIPM. En effet, les auteurs ont décomposé les interventions de la manière suivante. Une première phase d'évaluations qui doivent être sélectionnées et appropriées en fonction du nouveau-né, permettant d'apprendre à connaître ses difficultés et l'environnement dans lequel il vit. Une seconde phase de plan d'intervention qui doit être personnalisé afin de mettre en avant des prises en charge concernant le développement sensorimoteur. Une phase d'observation et d'analyse permanente permettant de réévaluer les mises en place. Il est souligné que ces phases doivent toutes être réalisées en collaboration avec la famille et l'environnement social induit par l'hospitalisation en service de néonatalogie. Cette collaboration enrichit l'ensemble des différentes phases de l'intervention en ergothérapie en recueillant les besoins de chacune des parties.

Dans une étude menée dans un service de niveau IV aux Etats-Unis par Ross et al. (2017), les auteurs ont cherché à montrer l'importance des métiers de la rééducation sur un échantillon de 79 enfants nés prématurément. Un service de niveau IV aux Etats-Unis correspond à un établissement en capacité d'accueillir des enfants pesant moins de 1500 grammes et nés avant 32 semaines avec des technologies permettant d'assurer une ventilation mécanique ou des services de chirurgies cardiaques, selon Bird (2020). Les résultats de l'étude sont bien évidemment peu représentatifs et ne peuvent être généralisés mais ils montrent que l'ergothérapeute, comme les kinésithérapeutes et les orthophonistes, mènent des actions qui se rejoignent tout en gardant des spécificités primordiales au bon développement du nouveau-né dans les services.

Cardin (2020) a interrogé directement des parents dont les nouveau-nés se trouvaient hospitalisés dans un service de néonatalogie et montre que l'ergothérapeute par ses différents accompagnements facilite l'existence de la famille, même au cœur de l'hôpital. En effet, les parents ont été interrogés sur les différentes occupations réalisées dans le service auprès de leur enfant, et leur ressenti. Accompagné par l'ensemble de l'équipe néonatale, l'ergothérapeute a un rôle important dans la définition des co-occupations entre un parent et le nouveau-né, aussi la prise en compte de l'ensemble du contexte familial et environnemental (physique et social : service de néonatalogie et ses limites comme mentionnées plus tôt dans cet écrit, et l'ensemble des membres de l'équipe pluriprofessionnelle) est un atout à l'accompagnement ergothérapeutique (Cardin, 2020). Si nous relient cette mention au modèle OTIPM, nous voyons que

l'ergothérapeute recueille lors de son évaluation directement le point de vue du patient (ici via un parent).

Holsti (2012) dans *Actualités Ergothérapeutiques* de Septembre 2012, met en avant la place des ergothérapeutes en Amérique du Nord dans la gestion de la douleur chez les nouveau-nés en service de néonatalogie et sur les activités de développement de l'enfant. En effet, les compétences acquises par les ergothérapeutes durant leur formation mais aussi au travers de diverses expériences leur ont permis de renforcer leur sens de l'observation. Des ergothérapeutes ont créé une évaluation de la douleur basée sur 5 expressions faciales et des mouvements réflexes, nommée le « *Behavioral Indicators of Infant Pain* » (BIIP). A l'aide de celle-ci les ergothérapeutes peuvent former les équipes soignantes mais aussi les parents à ces observations. Cette évaluation est désormais utilisée dans divers établissements d'Amérique du Nord mais aussi du monde. Fernandes et Johnston (dans Holsti, 2012) montrent la place de l'ergothérapeute dans la gestion non médicamenteuse de la douleur et la stimulation de plusieurs voies permettant de produire des hormones réduisant la douleur. Dans cet article, l'auteur met en avant des programmes mis en place dans des services de néonatalogie produisant des effets positifs sur la relation parents/enfants mais aussi la gestion de la douleur.

D'après Oostlander et al. (2019), aux Etats-Unis, l'ergothérapie trouve sa place dans les thérapies non médicamenteuse pour traiter le Syndrome d'Abstinence Néonatal (SAN). Ce syndrome correspond au sevrage extra-utérin du nouveau-né qui a été durant la grossesse exposé à des drogues ou substances créant une dépendance. L'article « *Occupational Therapy Management Strategies for Infants With Neonatal Abstinence Syndrome : Scoping Review* » reprend donc les rôles de l'ergothérapeute dans cette prise en charge et la gestion des différentes crises auxquelles peut être exposé le nouveau-né. Cet exemple étant beaucoup plus précis il accentue d'autant plus la place de l'ergothérapeute dans ces services, menant ainsi des prises en charge moins invasives et plus légères pour les enfants.

On voit à travers ces divers exemples que l'ergothérapeute applique les principes du modèle de l'OTIPM en prenant comme point de départ la situation holistique du patient, en réalisant des évaluations et en partant de l'activité du patient pour travailler sous format Top-down. De plus, agir sur les différents environnements, sur les différents moyens d'intervention rejoint l'idée que les pratiques de l'ergothérapeute peuvent se diviser en 4 modèles d'intervention : le modèle de compensation, le modèle d'éducation, le modèle d'acquisition et le modèle de récupération.

Au Canada, une étude réalisée en 2002 et reprise dans Haller (2016) *Expériences en ergothérapie n°26*, montre les domaines d'expertises des ergothérapeutes en service de néonatalogie de type III au Canada par rapport aux autres professions. Même si certaines missions semblent partagées avec d'autres professionnels, d'autres sont spécifiques aux ergothérapeutes. Haller nomme ainsi « *les interventions sur l'alimentation, les appareillages, le positionnement de l'enfant, l'adaptation de l'environnement, les soins de développement individualisés.* »

2.3.2 Au Royaume-Uni

Le Royal College of Occupational Therapy a publié en 2017 son guide de recommandations des bonnes pratiques de l'ergothérapie en service de néonatalogie. Celui-ci couvre les prises en charge en service de néonatalogie jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Il a pour objectif de promouvoir la profession d'ergothérapeute dans ce domaine de prise en charge en se basant sur des données probantes de la littérature.

Le groupe de travail a recensé les différentes prises en charge de l'ergothérapeute dans leurs services, en les associant aux données probantes et niveaux de preuve des articles et études sélectionnés. Ils ont fait le choix de développer ceux-ci par grand thème. Cela permet de mettre en avant les grands domaines de l'ergothérapie en service de néonatalogie, dans ce pays.

Marlow (2017), professeur en néonatalogie mentionne que ces recommandations appuient le rôle de l'ergothérapeute auprès de la famille mais aussi de l'équipe soignante pour la mise en place de soins pertinents et adaptés aux besoins du nouveau-né. Les auteurs reprennent en introduction les spécificités du métier d'ergothérapeute afin de mettre en avant leur nécessité d'exercice dans les services de néonatalogie.

Tableau récapitulatif des domaines identifiées et principale intervention :

Domaine identifié	Traduction libre par l'auteur de cet écrit	Intervention de l'ergothérapeute
<i>Occupation-based assessment</i>	Evaluation basée sur les occupations	Evaluation neurodéveloppementale de l'ergothérapeute, collaboration avec le reste de l'équipe

<i>Developmentally supportive care</i>	Soins de développement	Promotion d'un environnement adapté au nouveau-né
<i>Pain management</i>	Gestion de la douleur	Utilisation de technique non médicamenteuse pour la gestion de la douleur
<i>Skin-to-skin (kangaroo) care</i>	Peau à peau, méthode kangourou	Encouragement, en collaborant avec l'équipe, de l'engagement des parents dans des activités de peau-à-peau
<i>Positioning</i>	Positionnement	Collaboration avec l'équipe pour la mise en place et le suivi des recommandations de positionnement, mise en application avec les parents
<i>Infant feeding</i>	Alimentation du nouveau-né	Travail d'éducation auprès des parents pour l'observation de leur enfant au moment de l'alimentation Mise en place d'un environnement adapté
<i>Parent engagement</i>	Engagement des parents	Travail avec les parents sur leurs rôles et capacités
<i>Parent support</i>	Soutien aux parents	Soutien aux parents dans la création de leur capacité à prendre soin Accompagnement afin de limiter les impacts psychosociaux sur le système familial
<i>Identifying developmental concerns</i>	Identification des problèmes de développement	Evaluation sensorimotrice des conséquences sur le développement
<i>Early intervention</i>	Intervention précoce	Mise en place précoce pour avoir une action sur l'ensemble des problématiques de

		développement, et le retour à la maison.
--	--	--

Ce tableau récapitulatif permet d'avoir un aperçu rapide des actions possibles de l'ergothérapeute dans un service de néonatalogie.

Dans le même esprit qu'aux Etats-Unis ou au Canada, l'ergothérapeute au Royaume-Uni en néonatalogie a un rôle important dans l'accompagnement des parents, l'accompagnement au développement de l'enfant et à la réponse à ses besoins primaires vitaux.

2.3.3 En France

Repartons de l'article de Haller (2016) qui énonce des statistiques concernant la présence d'ergothérapeutes ou non en unité de néonatalogie. La création d'un questionnaire concernant « *L'ergothérapie en service de néonatalité ?* », envoyé à 150 lieux d'exercice et diffusé en ligne n'a obtenu que très peu de réponses. Parmi celles-ci seulement 2 ergothérapeutes ont répondu avoir travaillé ou travaillant en service de néonatalogie. Cette étude montre aussi que les ergothérapeutes français ne se sentent pas suffisamment formés à une telle prise en charge, selon les réponses exploitées par Haller (2016).

Lequinio écrit en 2019 les rôles de l'ergothérapeute dans une intervention précoce. Cette intervention précoce peut avoir lieu dès la naissance ou de manière très rapprochée de celle-ci afin de tenter de « *réduire les troubles (neurodéveloppementaux) et optimiser la participation actuelle et future du nourrisson et du jeune enfant* » (Lequinio, 2019). Les principes d'intervention repris dans ce document font référence au guide de pratique du *Royal College of Occupational Therapy* et concernent donc :

- L'approche centrée sur l'occupation, caractéristique de l'ergothérapeute
- La mise en place d'un environnement favorisant le développement des soins de développement obligatoires dans ces services (Als et al., 2003, Legendre et al., 2011, McAnulty et al., 2010, dans Lequinio, 2019).
- L'accompagnement sur un positionnement adapté (auprès des parents mais aussi de l'équipe médicale) et l'apprentissage des méthodes de portage (Gibbs et al., 2015, dans Lequinio, 2019)
- L'évaluation des nourrissons afin de mettre en place une intervention précoce à la sortie et de permettre une continuité dans les soins.

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) s'est positionnée en 2020 et a mis en avant le besoin essentiel et les compétences de l'ergothérapeute dans le cadre des 1000 jours (des 4 mois de grossesse aux 2 ans de l'enfant). Dans cette prise de position, le comité de rédaction a cherché à appuyer les compétences et interventions des ergothérapeutes dans la prise en charge des nouveau-nés mais aussi et surtout de leur entourage familial. Il est aussi mis en avant l'analyse holistique de ces professionnels, plaçant en acteur l'ensemble des composants de la famille et collaborant avec l'équipe médicale. La réalisation d'une brochure sur la place de l'ergothérapie au cœur de la périnatalité (ANFE, 2021) fait aussi sens à cet écrit. L'analyse par l'observation caractéristique de l'ergothérapeute est confortée dans ce document.

Ces deux derniers écrits français sont basés sur le guide de pratique rédigé par le RCOT mais ne parlent pas véritablement d'une intervention en service de néonatalogie.

Question de recherche

L'ensemble de ces recherches et mes interrogations de départ m'ont permis d'obtenir des informations nécessaires à la constitution de ma question de recherche. Nous avons pu constater que la néonatalogie présente des spécificités de fonctionnement, de problématiques, de risques qui font d'elle des services dits critiques et dont les professionnels doivent faire preuve de compétences. L'ergothérapie est une profession par principe basée sur des compétences dictant son processus d'intervention et affirmant son identité et sa démarche professionnelle. En France, cependant peu d'ergothérapeute y exercent, nous pouvons nous questionner sur quelles compétences spécifiques ou non ont leur importance dans ces services et comment les mettre en application.

Partant des constats de la littérature énoncé ci-dessus, le cadre méthodologique PICO(T)S (Riva et al., 2012 ; Tétréault et Guillez, 2014) a été utilisé pour établir notre problématique de recherche :

(P) – *“Population refers to the sample of subjects you wish to recruit for your study.”* **Les professionnels ergothérapeutes.**

(I) – *“Intervention refers to the treatment that will be provided to subjects enrolled in your study.”* **Les compétences professionnelles de l'ergothérapeute.**

(C) – “Comparison identifies what you plan on using as a reference group to compare with your treatment intervention.” “Many study designs refer to this as the control group.” **La pratique dans différents pays (Royaume-Uni, Etats-Unis).**

(O) – “Outcome represents what result you plan on measuring to examine the effectiveness of your intervention.” “There are, typically, a multitude of outcome tools available for different clinical populations, each having strengths and weaknesses.” **La pratique professionnelle des ergothérapeutes en service de néonatalogie.**

(S) – “Study design” *Research by design* (Amiel et Reeves, 2008).

L’application de ce cadre nous permet d’aboutir à la formulation de la question de recherche suivante :

Quelles sont les compétences professionnelles identifiées pour développer la pratique professionnelle des ergothérapeutes dans un service de néonatalogie en France ?

3. Méthode

3.1 Objectifs de la recherche

Pour répondre à la question de recherche mentionnée précédemment, nous devons poser des objectifs qui permettront de cibler au mieux la méthodologie. En ce sens, les objectifs de ma recherche sont les suivants :

- Identifier les compétences spécifiques de l’ergothérapeute en service de néonatalogie,
- Adapter un guide de pratiques professionnelles au contexte français en se basant sur les expériences vécues.

Ainsi pour y répondre il semble pertinent qu’une rencontre de plusieurs professionnels experts dans le domaine ait lieu. La nécessité de se faire confronter les pratiques en service de néonatalogie en France ressort comme primordiale à notre recherche afin d’amener à un consensus permettant de classer les plus importantes. En effet, à ce jour se présente un besoin de comprendre et de recenser les compétences et activités menées par les ergothérapeutes dans ces services afin de les faire valoir et étendre la pratique.

En invitant les participants à parler de leurs vécu et expérience, le choix de la méthode se porte tout naturellement sur une méthode de groupe et une étude qualitative. On parle pour évoquer ces méthodes de recherche, d'approches participatives (Tétreault et Lamontagne, 2014). La méthode de recherche choisie trouvera sa place dans une dynamique de recherche de consensus dans un groupe d'experts. Se pose alors la question du groupe ou des groupes d'experts participants, du nombre de sessions réalisées, de leurs objectifs et pertinence. Encore peu utilisée mais vouée à se développer, la méthode TRIAGE est celle retenue.

3.2 Choix de la méthode

Notre choix se porte comme susnommée sur la méthodologie du groupe TRIAGE signifiant *Technique de Recherche d'Information par Animation d'un Groupe d'Experts*. Celle-ci se base sur les échanges entre les participants et leur capacité à obtenir un consensus menant à un tri d'énoncés. Cette méthode demande à chaque participant de donner son avis et d'exprimer ses ressentis pour trouver un consensus quant à la pertinence des énoncés.

Le groupe TRIAGE a pour objectif premier « *d'exposer des individus à des propositions d'énoncés ou d'actions et de les amener à les ordonner selon leur niveau d'importance.* » (Lamontagne et Tétreault, 2014). Les auteures décrivent aussi cette méthode comme une progression vers une vision commune des situations, les échanges peuvent amener à trouver des « *pistes d'actions concrètes sur des situations données* » (Lamontagne et Tétreault, 2014). Le principal avantage de cette méthode est qu'elle « *permet d'éviter le phénomène des multiples constituants* » (Lamontagne et al., 2010 dans Lamontagne et Tétreault, 2014). En effet, elle permet aux participants de « *discuter des fondements de leur choix et de leurs valeurs. Ce processus s'avère essentiel à la compréhension mutuelle et à une prise de décision du groupe* » (Lamontagne et Tétreault, 2014).

L'éloignement géographique des participants, la difficulté à trouver des créneaux communs, le contexte sanitaire ont conduit au non aboutissement de la mise en place de ce groupe. L'ensemble de ces limites seront explicitées dans une partie dédiée.

Dans la partie suivante, les différentes étapes nécessaires à la construction et la mise en place d'un groupe TRIAGE sont détaillées.

3.3 Déroulé d'un groupe TRIAGE

Le groupe TRIAGE se décompose en plusieurs temps bien distincts, nous allons les détailler ci-dessous comme le demande la méthodologie de *research by design*, selon Amiel et Reeves (2008) repris par Kennedy-Clark (2013).

3.3.1 Choix des participants, préparation du groupe

La nécessité de cadrer la recherche est primordiale dans la construction d'un tel groupe. Fixer des objectifs clairs et précis, savoir vers quel axe orienter la demande et les échanges sont fondamentaux pour la bonne tenue de ce groupe. L'échantillon du groupe varie entre cinq et quinze participants (Lamontagne et Tétreault, 2014 ; Gervais et Pépin, 2002) mais pour que les échanges soient fluides il est plutôt conseillé de constituer un groupe entre cinq et huit personnes.

L'ensemble des participants choisis pour participer à cette recherche sont des professionnels ergothérapeutes, ils sont donc « *reconnus par leurs pairs pour leur crédibilité, leurs compétences, leurs connaissances et leur capacité à fournir une information valide* » (Gervais et Pépin, 2002). Les caractéristiques communes des participants, recensées grâce à la complétion des déterminants suivants permettent des échanges fluides et dynamiques.

Nombres d'années d'expérience :	
Parcours menant à la spécialisation :	
Provenance (institut de formation) :	

Dans le cadre de la recherche présente, la sélection des participants s'est faite par recensement des ergothérapeutes sur diverses plateformes et réseaux sociaux, et aussi grâce aux sites internet des établissements. Un premier contact a donc été amorcé avant de lancer l'envoi de mail de participation. Ce mail explicatif de la méthodologie, de ces divers temps et des objectifs de recherche peut être retrouver en IVAnnexe 4 : Mail de participation. Il sera joint au même mail le formulaire de consentement à l'enregistrement, ce groupe ayant lieu sur une plateforme de visio conférence (Annexe 5 : formulaire de consentement et de droit à l'image). Grâce à ce mail, les participants vont aussi pouvoir compléter un outil de sondage en ligne afin de sélectionner une date et un horaire qui leur convienne. Pour mener cette recherche, c'est la plateforme Framadate qui a été sélectionnée. Gratuite elle permet de nombreux paramètres afin

de limiter les accès ou encore de déterminer le nombre de créneaux sélectionnables. Aussi, cet outil est relativement intuitif, ce qui permet à tout un chacun de comprendre son fonctionnement et de remplir celui-ci facilement. En Annexe 6 : Sondage en ligne vous trouverez une capture d'écran du sondage réalisé avant complétion par les participants.

Lorsqu'une date commune a pu être trouvée, les phases de production peuvent être lancées, dans les parties 2.3.2 et 2.3.3 nous verrons chacune d'entre elles.

3.3.2 Production individuelle de chaque participant

Le groupe TRIAGE est décomposé en deux parties distinctes. La première est une phase de production individuelle, où chaque participant est invité à produire une liste d'énoncés répondant aux questions présentées. Lamontagne et Tétreault (2014) écrivent que cette phase de production individuelle « *prend typiquement place entre deux et quatre semaines avant la phase de production de groupe.* » Cette temporalité permet selon les auteures de tenir les énoncés de chacun frais dans leur mémoire. Le nombre d'énoncés produit ne doit pas être supérieur à 30 en totalité selon les recommandations des auteures.

Dans le cadre de notre recherche, il aurait été intéressant de demander à chacun des participants de produire entre 5 et 8 énoncés. Ces énoncés devront répondre à la question suivante : **Selon vous, quelles sont les activités en ergothérapie et les compétences qui seraient importantes dans le domaine de la néonatalogie afin de répondre à leurs besoins primaires ?** Les données peuvent donc concerner des missions attribuées à l'ergothérapeute qui seront par la suite reformulées pour devenir compétences, ou des compétences directement. Pour guider les experts dans leur réflexion et cette phase de production individuelle, les définitions suivantes leur seront données :

- Une compétence est la capacité d'agir en situation de manière adéquate en tenant compte de qui l'on est et de l'environnement qui nous entoure.
- Une activité ou mission correspond à toute action mise en place durant la journée pour prendre en charge en ergothérapie le nouveau-né, sa famille ou l'équipe.

Une fois ces énoncés recueillis à travers un mail, il est demandé au chercheur de réaliser une première phase de tri et de regroupement (Lamontagne et Tétreault, 2014). En effet, « *ceux qui sont similaires sont regroupés* » (Lamontagne et Tétreault, 2014). Cette démarche est pour les auteures le moyen pour le chercheur de s'approprier, de prendre connaissance des énoncés

des participants et d'être plus à l'aise lors de la phase de production de groupe. Le chercheur doit aussi inscrire sur des encadrés de 15 cm par 30 cm les énoncés sélectionnés.

Dans le cadre de notre recherche, cette méthode sera ajustée à l'utilisation des outils informatiques et de la visioconférence, dans la partie suivante nous verrons ainsi ces adaptations.

3.3.3 Réalisation du groupe

Une fois les énoncés recueillis et la préparation des étiquettes réalisée, une deuxième phase de production est amenée. C'est le temps de la rencontre du groupe. En effet, afin de faciliter la mise en place du groupe, de limiter les déplacements des participants, le choix de réaliser ce groupe en visioconférence a été fait. Les auteures expliquent que « *la phase de production de groupe se caractérise (...) par l'utilisation d'un support visuel* », il a donc fallu adapter à une version numérique ce support. Une réflexion sur quel outil était le plus adapté à ce type de groupe a été menée. La plateforme collaborative et interactive MIRO permet de partager en collaboration avec d'autres acteurs sur tableau blanc mais aussi après création d'un modèle de présentation. Les images utilisées dans la gestion du groupe seront expliquées dans le paragraphe suivant, mais l'outil informatique permet de les rendre plus réelles et compréhensibles (Annexe 7 : Vue d'ensemble du projet collaboratif MIRO). Dans le cadre de cette réalisation, seul l'animateur du groupe manipulera les encadrés sur la plateforme collaborative afin de garder un maximum de similarité avec un groupe ayant lieu en présentiel et par soucis d'efficacité.

La structure et le déroulé de la session (selon la trame proposée par Lamontagne et Tétreault, 2014) sont décrits, et repris dans un document qui sera joint au mail de rappel de la date présentant le déroulé et l'ensemble des phases de réflexion. Ce document permettra aux participants de se repérer (Annexe 8 : Déroulé du groupe).

L'animateur débute la session par une présentation générale du déroulé, et invite les participants à se présenter tour à tour. Il rappelle l'objectif de la recherche et mentionne qu'un consensus de 10 compétences à prioriser doit être trouvé. Par la suite, il lit un à un les encadrés qui se trouvent dans le cadre mémoire et qui correspondent aux énoncés tirés de la phase de production individuelle (pour rappel). Cette lecture a pour but de permettre à chacun d'avoir « *la même idée ou du moins le même référencement* » (Lamontagne et Tétreault, 2014). S'il y

a des incompréhensions, les participants sont vivement invités à se prononcer dès le début afin que les énoncés soient explicités plus précisément.

Ensuite, les participants entrent dans la première phase des échanges en groupe. Ils peuvent placer ces énoncés dans le cadre « Regroupement » qui comme son nom l'indique a un rôle de rassemblement de plusieurs idées sensiblement les mêmes en une seule par exemple. Un des axes de l'animation de groupe de cette méthode consiste pour l'animateur a amené les participants à placer dans la case « Poubelle » les éléments qui ne leur paraissent pas du tout pertinents. Une fois placés dans la Poubelle les éléments ne peuvent être remis dans le circuit de discussion. Si aucun accord pour valider ou supprimer un élément est trouvé, il est placé dans la case « Frigo ». Cette case permet de mettre en attente les éléments pour être discutés plus tard, si lors du deuxième tour sur les énoncés présents dans la case « Frigo » aucune entente n'est trouvée alors ces éléments vont dans la case « Poubelle » (Lamontagne et Tétréault, 2014).

Le rôle principal de l'animateur dans le groupe est alors de rappeler aux participants qu'il y a des éléments en attente. Le second rôle est de les amener à réfléchir sur le choix des éléments en fonction de critères qu'il aura établis (Lamontagne et Tétréault, 2014). Pour cela, nous avons construit une matrice qui servira aussi à l'exploitation et l'analyse des résultats (Annexe 9 : Matrice).

Une fois l'ensemble des éléments triés (tous les éléments doivent se trouver soit dans la case Sélection soit dans la case Poubelle), il est possible de trier ceux-ci par ordre d'importance. C'est ce qui est choisi dans le cadre de notre recherche. En effet, la finalité de celle-ci étant de créer une liste hiérarchisée de 10 compétences de l'ergothérapeute en service de néonatalogie pour imaginer un futur guide de recommandations de bonnes pratiques avec les compétences ciblées et les activités principales de l'ergothérapeute. L'animateur a un rôle de soutien « *de la discussion des participants en résumant les propositions [...] ou en les questionnant* » (Lamontagne et Tétréault, 2014). Pour finir, l'animateur conclut la session en récapitulant l'ensemble des éléments sélectionnés et leur ordre. Il doit faire valider aux participants que c'est bien le choix final et que cela reflète l'ensemble de leurs discussions.

Avant de clôturer le groupe, l'animateur demande s'il reste des dernières interrogations ou commentaires à ajouter (Lamontagne et Tétréault, 2014).

3.3.4 Analyse des données et production d'un rapport

Un tableau récapitulatif de tous les critères vus précédemment a été construit afin de faciliter la construction et le déroulé de la méthodologie (Annexe 10 : Tableau récapitulatif du groupe TRIAGE construit), comme de son analyse.

La méthode TRIAGE est un outil intéressant car dès la fin de la session on peut avoir un aperçu des résultats. Chacun des participants peut prendre en note le classement et les éléments retenus et se faire une idée, tout en pouvant appliquer certains items qui ne lui étaient pas venus directement à la vue du sujet.

L'analyse des données récoltées peut être facilitée par la prise en compte de plusieurs éléments réfléchis en amont, c'est le cas par exemple de la matrice ou bien du tableau récapitulatif (Annexe 10 : Tableau récapitulatif du groupe TRIAGE construit). La matrice ou guide d'entretien lorsqu'elle est utilisée pour un entretien permet de recenser l'ensemble des idées et concepts clés, ainsi que les références qui doivent être abordés lors de la rencontre. Dans le cas de notre recherche, cette matrice a eu pour objectif de recenser les concepts vers lesquels l'animateur devait tendre à faire réfléchir les participants et dans un second temps de classer et associer à des auteurs références les propositions classées (Annexe 9 : Matrice).

La rédaction du rapport de résultat suit le déroulé mentionné précédemment et donc une structure dite « classique » (Lamontagne et Tétreault, 2014). Cette structure permet de reprendre les différents éléments qui ont été réfléchis pour la réalisation de TRIAGE. Le détail de chacune des étapes, comme cela a été réalisé dans cet écrit, est important afin de comprendre le but de la recherche. Les résultats de chacune des étapes doivent être synthétisés. Pour la phase de groupe, il est demandé au chercheur d'expliquer les arguments qui ont permis le classement de chacun des énoncés. Il est aussi important de porter un regard critique sur les résultats de la recherche (Lamontagne et Tétreault, 2014).

3.3.5 Limites de cette recherche

La principale limite de cette recherche réside dans la difficulté de faisabilité et de réalisation d'un tel groupe. Le faible échantillon de celui-ci à la base n'a pas facilité sa mise en place, et la provenance géographique très hétéroclite des participants sélectionnés a mené à des réflexions sur la manière de le mener.

Malgré les possibilités qui s'offrent à nous depuis la crise de la COVID-19 et notamment le développement des visioconférences, sa réalisation fût complexifiée par les emplois du temps de chacun et la durée du groupe pouvant s'étendre jusqu'à 3h et en ce sens difficilement réalisable dans un contexte familial et de travail.

Aussi, le groupe TRIAGE réalisé reste une recherche qualitative avec de nombreux biais. Ces biais sont le résultat d'interprétation dont le chercheur peut faire part. Aussi, dans le cas présent le faible échantillon rend difficile la généralisation, d'autant plus que la méthode choisie se base sur les expériences vécues de chacun. Comme dans cet écrit nous avons procédé seulement à la description détaillée de la méthode, nous avons été confrontés à d'autres problématiques.

Une seconde limite paraît lorsque l'on prend en compte les caractéristiques d'une analyse qualitative avec un nombre de participants si faible. En effet, l'analyse se base sur les arguments et sur le classement des énoncés réalisés. Seulement, il peut arriver que certains ne soient pas du tout contestés au regard de professionnels ergothérapeutes tandis que si d'autres professionnels entraient en compte dans le groupe ils auraient pu apporter un point de vue différent et amener des arguments sur les missions qui peuvent leur être propres.

4. Discussion

4.1 Analyse contextuelle

Dans cette discussion, nous n'exposerons pas de résultats obtenus à partir du groupe TRIAGE, celui-ci n'ayant pas eu lieu. Nous allons baser les échanges de cette discussion sur des études menées par des étudiants en ergothérapie faisant partie de la littérature grise mais aussi les différentes études officielles que nous avons exposé dans notre partie de revue de littérature. Les résultats obtenus, ainsi que les compétences de l'ergothérapeute français (utilisation du référentiel de formation) seront comparés au guide de pratique rédigé par le *Royal College of Occupational Therapy (RCOT)* au Royaume-Uni qui sert d'appui à cet écrit.

Le choix de discuter à partir de littérature grise va nous permettre de baser nos réflexions sur des retours d'expériences et de vécu d'ergothérapeutes en service de néonatalogie par l'utilisation d'entretiens. Les mémoires sélectionnés sont les suivants :

- Meriot, F., (2020). *Ergothérapie en unité de néonatalogie : une pratique innovante*. Mémoire de fin d'étude pour le diplôme d'état d'ergothérapeute, ADERE (France).
- Mathieu, S., & Mollerud, G., (2011). *The role of occupational therapists in the neonatal intensive care units*. Mémoire de fin d'étude pour validation du master d'ergothérapeute, Grand Forks (North Dakota, Etats-Unis).

La recherche menée pour ces deux écrits par des étudiants a permis la mise en place d'enquêtes auprès d'ergothérapeutes. Dans le premier cas, des entretiens furent réalisés avec des ergothérapeutes français (au nombre de 2). Dans le deuxième, un questionnaire a été envoyé aux ergothérapeutes dans certains états des Etats-Unis (90 questionnaires envoyés au total et 19 réponses reçues). L'ensemble des interrogés, français comme américains, ont réalisé des formations complémentaires à leur diplôme d'ergothérapeute.

Le but de notre recherche étant de produire une liste de compétences de l'ergothérapeute en néonatalogie, cette discussion autour des travaux sélectionnés et des différentes études vues dans la partie revue de littérature doit conduire à la réalisation de cette même liste.

Lors de la réalisation du groupe TRIAGE, les experts sont amenés à trier différents énoncés qu'ils auront eux-mêmes produits, ceux étant des compétences qu'ils auront jugés indispensables à leur pratique de l'ergothérapie en néonatalogie. Dans les études sélectionnées, certaines d'entre elles sont déjà mentionnées. Dans un premier temps, l'ergothérapeute doit être en capacité de créer une relation avec le nouveau-né et sa famille (Meriot, 2020 ; Mathieu et Mollerud, 2011). Cette capacité est aussi mise en avant par le RCOT dans son guide de pratique (2017). Si l'on place cette pratique dans le référentiel⁶ de compétences de l'ergothérapeute, nous pouvons noter que celui-ci doit « *conduire une relation* » dans un cadre thérapeutique en tenant compte des besoins, attentes et capacités de la personne. Les échanges permis par l'entretien entre Meriot (2020) et des ergothérapeutes appuient cette thématique. En effet, pour chacun d'entre eux il est primordial d'établir un lien de confiance avec la famille et principalement les parents.

Pour continuer, les ergothérapeutes, par leur œil observateur qu'ils ont renforcé au fil de la pratique, novice lors des stages puis plus expérimentés, peuvent apporter des éléments supplémentaires aux observations réalisées par le reste des équipes. « *Le regard de*

⁶ Ministère de la santé et des sports (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. NOR : SASH1017858A. JORF n°0156 du 8 juillet 2010. Texte n° 30.

l'ergothérapeute est "croisé" avec celui des autres professionnels pour affiner (la) compréhension des difficultés, mais aussi et surtout des compétences de ces très jeunes enfants, de leur mode de fonctionnement, des canaux sensoriels les plus efficaces. » (Yanez et Vauvillé-Chagnard, 2017). Cette collaboration est primordiale afin d'offrir au nouveau-né une prise en charge globale répondant à l'ensemble de ses besoins. Cet aspect est notamment abordé par les ergothérapeutes interrogés (Meriot, 2020 ; Mathieu et Mollerud, 2011) et rejoint les compétences fondant la pratique de l'ergothérapie.

La guidance parentale est un autre axe important de l'exercice ergothérapeutique. En effet, mentionnée par Meriot (2020) et Mathieu et Mollerud (2011) mais aussi le RCOT (2017), cette approche est primordiale afin de donner confiance aux parents concernant les habilitations nécessaires au bon développement de leur nouveau-né et surtout à leur rôle de parents. Mathieu et Mollerud, (2011) parle de faciliter l'empowerment⁷. Cette guidance peut avoir lieu, durant l'hospitalisation lors des phases plus difficiles, tout comme en préparation de la sortie (Boussard, M., & al., 2019).

Holsti (2012), mentionnait le rôle de l'ergothérapeute dans la gestion de la douleur, et la diminution de celle-ci par l'utilisation de stratégies non-médicamenteuses. Nous retrouvons cette idée dans la pratique nord-américaine soulevée par Mathieu et Mollerud, (2011) mais aussi dans les retours d'expériences français recueillis par Mériot, (2020) et dans la description réalisée par le RCOT (2017).

Plus spécifiquement, l'ergothérapeute a dans ses compétences une approche environnementale, qu'il soit physique ou social, lui permettant de prendre en charge la personne dans sa globalité. Nous avons vu dans notre revue de littérature que l'environnement physique dans lequel doit évoluer le nouveau-né n'est pas toujours adapté. L'ensemble des recherches menées, qu'elles soient qualitatives (Mériot, 2020 ; Mathieu et Mollerud, 2011) ou tirées des recherches scientifiques (RCOT, 2017), montrent que l'ergothérapeute va agir sur celui-ci et faire en sorte de permettre au nouveau-né de se sentir bien.

Pour finir, l'ergothérapeute apportera un soutien familial et à la structure concernant la sortie et le suivi des nouveau-nés selon leur besoin (Boussard et al, 2019 ; Mériot, 2020 ; RCOT, 2017 ;

⁷ Développement du pouvoir agir – traduction libre

Mathieu et Mollerud, 2011). Le lien privilégié qu'il peut exister entre un CAMSP et un service néonatal permet d'avoir une liaison directe et de faciliter le suivi à plus long terme.

Ainsi, nous pouvons à travers cette discussion arriver à formuler la liste (non-exhaustive et tirée uniquement des lectures, et non des expériences et retours professionnels comme prévu par le groupe TRIAGE) de compétences suivante :

- L'ergothérapeute doit mener une évaluation précoce et contribuer à l'élaboration d'un plan d'accompagnement personnalisé en collaboration avec l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle. (C1-C2-C3 du portfolio) ;
- L'ergothérapeute mène des actions de formation et d'information auprès des familles comme des équipes. Il est un accompagnant pour les parents dans la projection d'une sortie future (C5 - C10 du portfolio) ;
- L'ergothérapeute aménage et promeut un environnement adapté et adaptable aux besoins évolutifs du nouveau-né. (C2 du portfolio) ;
- L'ergothérapeute observe les comportements neurodéveloppementaux, accompagnés de l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle, et peut amener à trouver des stratégies non médicamenteuses notamment dans la gestion de la douleur.
- L'ergothérapeute accompagne les parents comme l'équipe à la mise en place d'une alimentation efficace et un positionnement adéquat répondant aux besoins de repos du nouveau-né. (C9 du portfolio) ;
- L'ergothérapeute se forme aux différentes méthodes d'accompagnement, que ce soit Bobath, Bullinger, NIDCAP... (C7 du portfolio).
- L'ergothérapeute tisse un lien particulier avec la famille, et permet la création de co-occupations.

L'ensemble de ces formules a été pensé par l'auteure à la suite des lectures décrites plus haut (Meriot, 2020 ; Mathieu et Mollerud, 2011 ; RCOT, 2017 ; Boussard et al., 2019). Aussi, comme nous l'avons vu au cours de cet écrit, l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute est soumise à la validation des 10 compétences citées, celles-ci peuvent être reflétées dans les différentes mentions précédentes. Cependant, nous pouvons noter que certaines d'entre elles peuvent manquer ou s'avérer incomplètes ou imprécises. Il s'agirait par exemple de réfléchir à une compétence spécifique sur la réalisation d'évaluation précoce et adaptée aux nourrissons, élargie à la notion de patients dans le cadre du référentiel de compétences. La formation continue est aussi une compétence à développer dans le développement de la pratique et des compétences professionnelles de l'ergothérapeute.

4.2 Perspectives professionnelles

La pratique française restant minoritaire, il nous a paru intéressant dans un premier temps de rester au niveau international et de voir ce qu'il se passe pour les ergothérapeutes étrangers. Pour eux, la pratique étant déjà plus ancrée, de nouvelles interventions peuvent se développer, c'est le cas par exemple aux Etats-Unis.

L'AJOT a publié en mars 2022 un article sur l'importance de la prise en compte du stress lors de la séparation entre un nouveau-né et ses parents ainsi que lors du retour à domicile qui peut être difficile pour les parents. Dans ce cadre, ils ont lancé la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique à visée parentale afin de favoriser leur empowerment et leur engagement dans les co-occupations. Celui-ci a aussi pour but de valoriser leur estime d'eux-mêmes et leur permettre d'investir pleinement les activités à réaliser avec leur nouveau-né lors du retour à domicile.

Ce type de pratique semble intéressant à mettre en place car nous avons vu que la place de l'ergothérapeute est notamment auprès de la famille. La proximité de ce professionnel permet d'établir un lien de confiance avec les parents. Il paraît néanmoins profitable d'introduire cette prise en charge en amont et dans l'ensemble de la continuité des soins, jusqu'aux 2 ans de l'enfant comme l'ANFE (2020) l'a mentionné dans le Parcours des 1000 jours.

La pratique encore peu présente en France, développée tout au long de cet écrit, rend les données et le fonctionnement de l'ergothérapie dans ces services difficilement compréhensible. Le faible échantillon d'experts à interroger est en ce sens une limite importante. De plus, en France la présence des psychomotriciens et d'autres professionnels dans les équipes voit un glissement de missions et certaines missions spécifiques pouvant être réalisées par les ergothérapeutes sont donc remplies par d'autres professionnels : kinésithérapeutes, infirmières puéricultrices, psychomotriciens... Ajouté à cela, les différents ergothérapeutes interrogés par Mériot (2020), tout comme les répondants américains (Mathieu et Mollerud, 2011), mentionnent la nécessité d'être formé plus spécifiquement à la néonatalogie et ses caractéristiques, ce qui n'est pas encore le cas actuellement dans tous les instituts de formation en ergothérapie en France, bien qu'un certain nombre d'étudiants bénéficient d'une sensibilisation.

En France, il paraît pertinent de continuer à réaliser des recherches sur ce domaine qui répond à des problématiques d'actualité, mais aussi de mieux comprendre ce qui freine l'apparition et l'intégration d'un plus grand nombre d'ergothérapeutes dans les services de néonatalogie. La nécessité de formations continues qui suivent ces pratiques émerge et se révèle inimitable à ce développement. Une formation est d'ores et déjà proposée au sein du groupe Hestia Formation intitulée « Ergothérapie auprès de l'enfant à risque : du suivi en néonatalogie à la petite enfance », celle-ci est donnée par une ergothérapeute belge exerçant en service de néonatalogie et développant son cabinet libéral en ce sens.

Développer un guide de pratique ou un écrit recensant les missions précises des ergothérapeutes dans ce type de service soutenu par les instances nationales serait d'un appui non négligeable à son développement. Tout ceci se conduirait dans la volonté de développement de la recherche en ergothérapie en France.

Conclusion

A travers cet écrit, nous avons exploré les compétences nécessaires à l'ergothérapeute en néonatalogie. En comparant les pratiques nord-américaines et anglaises au contexte français, nous avons pu mettre en avant les besoins de formation initiale sur certains aspects de la pratique.

Notre revue de littérature a mis en exergue le fonctionnement actuel d'un service de néonatalogie en France et la présence rare d'ergothérapeutes. Face à ce constat nous pouvons nous interroger sur le pourquoi de cette rareté. Nous pouvons notamment penser à la présence des psychomotriciens qui ont un rôle à jouer dans le développement psychomoteur de l'enfant. Cependant, certaines missions d'un ergothérapeute restent spécifiques de par son approche plus globale et son appétence pour la sensorimotricité.

L'ergothérapeute est une profession avec un champ de compétences larges qui sont amenées à être spécifiées au fur et à mesure des expériences. Dans le cadre de la néonatalogie, il intervient principalement autour des domaines suivants : l'accompagnement parental et des équipes, l'accompagnement à la prise alimentaire, l'éducation sur le positionnement du nouveau-né, et les soins de développements. L'ensemble de ces missions est réalisé en collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle, les parents et le nouveau-né afin de stimuler la découverte des co-occupations et de laisser une place intégrale à la famille dans cet espace

particulier. Nous avons par cet écrit montré que nous sommes en capacité d'identifier les compétences, dont l'ergothérapeute fait preuve, essentielles en néonatalogie. Cependant, le faible taux horaire et le faible nombre d'ergothérapeutes y exerçant montrent bien que c'est un domaine encore trop peu investi et où l'image de l'ergothérapeute ne correspond pas aux attentes.

Il semble encore difficile d'imaginer l'implantation de l'ergothérapie comme obligatoire et pensée directement par les cadres dans les services de néonatalogie. Ses missions, bien que pour certaines spécifiques, sont encore pour l'instant réalisées par d'autres professionnels sans que le besoin de la présence d'un ergothérapeute ne se fasse ressentir. La collaboration entre les CAMSP et ceux-ci semble un lien étroit important à conserver pour que les ergothérapeutes puissent mettre un pied dans ces services, et assurer le suivi en sortie d'hospitalisation de ces enfants.

Au regard de la dynamique lancée sur l'évolution de la pratique de l'ergothérapie en France, des nouveaux décrets sortants concernant les possibilités de l'ergothérapeute, des compétences mises en évidence mais aussi de celles qui nous semblent manquer, cet écrit nous a conduit à nous questionner sur les compétences directes du portfolio et sur leur adéquation avec la pratique actuelle et future d'un ergothérapeute.

Références

Adams, A., Lau, C., Coon, J. (2022). NICU Parent Educational Empowerment Program. *The American Journal of Occupational Therapy*.

American Occupational Therapy Association. (2006). Specialized Knowledge and Skills for Occupational Therapy Practice in the Neonatal Intensive Care Unit. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(6), 659-668.
<https://doi.org/10.5014/ajot.60.6.659>

ANFE. (2020). *Contribution des ergothérapeutes dans le cadre du parcours des 1000 jours*. Diffusion ANFE.

ANFE. (2021, janvier). *L'ergothérapie au cœur de la périnatalité*. Brochure ANFE.

Aujard, Y. (2017). *Les Enfants Prématurés : Questions De Parents, Réponses De Médecins (100 Questions/Réponses) (French Edition)*. Educa Books.

Barbosa, V. M. (2013). Teamwork in the Neonatal Intensive Care Unit. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 33(1), p. 5-26.

Bird, C. (2020). The Services Provided in Neonatal Care and NICU Levels. *Verywell Family*

Boussard, M., Tétréault, S., Sénéchal, A.-M., Huguenin, M. (2019). *Favoriser l'engagement occupationnel des parents d'enfants prématurés lors de leur retour à domicile*. ErgOTHérapies, 75, p. 15-22.

Cardin, A. D. (2020). Parents' Perspectives : An Expanded View of Occupational and Co-Occupational Performance in the Neonatal Intensive Care Unit. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 7402205030p1.<https://doi.org/10.5014/ajot.2020.034827>

- Casper, C., Lescure, S., Prout, C., Pierrat, V., Glorieux, I., Kuhn, P. (2015). *La prise en charge neurosensorielle des nouveau-nés prématurés en néonatalogie : où en sommes-nous aujourd'hui ?* *Contraste*, (41), p. 107-121.
- Casper, C., Kuhn, P. (2016). Chapitre 3 : Environnement et architecture d'une unité de réanimation et de soins intensifs pour nouveau-né (P. 15-21). Dans *Réanimation et soins intensifs en Néonatalogie*. Elsevier Masson.
- Craig, J., Carroll, S., Ludwig, S. (2018). Occupational Therapy's Role in the Neonatal Intensive Care Unit. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(Supplement_2), 7212410060p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.72s204>
- College of Occupational Therapists, & Specialist Section Children. (2017). *Occupational therapy in neonatal services and early intervention : Practice guideline*.
- Daude, H., Bousquet-Jacq, N., Von Kanel, K., Boulay, N., Faye, M., Coquery, M., Tronel, S., & Beltran, M. (2015). Repérage et prise en charge multidisciplinaire des troubles du développement cognitif et relationnel de l'enfant né prématurément. *Contraste*, 41(1), p. 151. <https://doi.org/10.3917/cont.041.0151>
- Dickie, V., Cutchin, M. P., & Humphry, R. (2006). Occupation as Transactional Experience : A Critique of Individualism in Occupational Science. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 83-93. <https://doi.org/10.1080/14427591.2006.9686573>
- Dubois, B. Thiébaud Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriél, G., Totorá, L., ... Guesné, J. (2017) Guide du diagnostic en Ergothérapie. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Flamant, C., & Gascoïn, G. (2013). Devenir précoce et prise en charge néonatale du nouveau-né petit pour l'âge gestationnel. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 42(8), p. 985-995. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.09.020>

- Fischer, A.G. (2009). Occupational Therapy Intervention Process Model: a Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions. Fort Collins, CO : Three Star Press Inc.
- Fisher, A.G., et Marterella, A. (2019). Powerful practice - A model for authentic occupational therapy. Center for Innovative OT Solutions (CIOTS).
- Gervais, M., & Pépin, G. (2002). Triage: A new group technique gaining recognition in evaluation. *Evaluation Journal of Australasia*, 2(2), p. 45-49.
<https://doi.org/10.1177/1035719X0200200212>
- Haller, V., & Izard, M. H. (2016). La pratique de l'ergothérapie en unité de soins néonataux ? Dans *Expériences en ergothérapie* (p. 254-263). Sauramps Médical.
- Holsti, L. (2012). Occupational therapists play an important role in managing pain in infants in neonatal intensive care units. *Occupational Therapy Now ! - CAOT Journal*, 14.5, 8-9.
- Kennedy-Clark, S. (2013). Research by Design : Design-Based Research and the Higher Degree Research student. *Journal of Learning Design*, 6(2).
<https://doi.org/10.5204/jld.v6i2.128>
- Kuhn, P., Zores, C., Langlet, C., Casper, C. (2014). Environnement en unités de soins intensifs et soins de développement. Dans *Soins de développement en période néonatale* (p. 59-71). Lavoisier.
- Lamontagne, M. E., Tétreault, S. (2014). Méthode TRIAGE. Dans *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 355-366). De Boeck.
- Le Boterf, G. (2011). Apprendre à agir en professionnel compétent. Education permanente (188), pp. 97-111.

- Le Boterf, G. (2011). *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris: Eyrolles.
- Le Boterf, G. (2011). Apprendre à agir et à interagir en professionnel compétent et responsable. *Educ Permanente*, 188(3), 97-112.
- Le Boterf, G. (2018). *Développer et mettre en œuvre la compétence. Comment investir dans le professionnalisme et les compétences*. Eyrolles.
- Lequinio, J. (2019). *L'ergothérapeute : un professionnel clé dans la détection et la prise en charge précoce des troubles du neuro-développement chez le jeune enfant (0-7 ans)*. Diffusion ANFE.
- Lopez, E., Jarreau, P-H. (2011). Nouveau-nés à risques – Pathologies néonatales fréquentes. In *Pédiatrie* (p. 31-68). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-71375-0.50004-0>
- Mathieu, S., & Mollerud, G. (2011). *The role of occupational therapists in the neonatal intensive care units*. Mémoire de fin d'étude pour validation du master d'ergothérapeute, Grand Forks (North Dakota, Etats-Unis).
- Margot-Cattin, I. (2018). La perspective transactionnelle pas à pas. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 29-41. doi:10.13096/rfre.v4n2.114
- Meriot, F. (2020). *Ergothérapie en unité de néonatalogie : une pratique innovante*. Mémoire de fin d'étude pour le diplôme d'état d'ergothérapeute, ADERE (France).
- Ministère de la santé et des sports (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. NOR : SASH1017858A. *JORF n°0156 du 8 juillet 2010*. Texte n° 30.
- Ministère de la santé (2021). *Liste des maternités de France depuis 2000*.
Data.drees.solidarites-sante.gouv.fr - Données statistiques publiques en santé et social.
<https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/liste-des-maternites-de-france-depuis-2000/information/>

- Morel-Bracq, M. (2017). Chapitre 3 - Cadres conceptuels et modèles appliqués en ergothérapie. Dans *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (1^{re} éd., p. 131-166). DE BOECK SUP.
- Picaud, J.C. (2016) Chapitre 9 : Soins de développement en réanimation néonatale (p. 50-56) Dans *Réanimation en soins intensifs et néonatalogie*. Elsevier Masson.
- Picaud, J.C. (2014) Chapitre 21 : Soins de développement, réseaux et régionalisation (p. 215-221). Dans *Soins de développement en période néonatale*. Lavoisier.
- Pierson, E. (2017). L'ergothérapeute parmi les autres : Comment travailler avec d'autres thérapeutes, modes d'intervention. *Contraste*, 45(1), 297.
<https://doi.org/10.3917/cont.045.0297>
- Ratynski, S., et Minguy, S. (2014). Techniques de base en soins de développement. Soins de développement en période néonatale : De la recherche à la pratique (p.81-85). Paris, France : Lavoisier.
- Riva JJ, Malik KMP, Burnie SJ, Endicott AR, Busse JW. (2012). What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians, *J Can Chiropr Assoc*. Sep; 56(3): 167–171.
- Ross, K., Heiny, E., Conner, S., Spener, P., Pineda, R. (2017). Occupational therapy, physical therapy and speech language pathology in the neonatal intensive care unit : Patterns of therapy usage in a level IV NICU. *Research in developmental disabilities* (64), 108-117.
- Saliba, E., Debillon, T. (2016). Accidents vasculaires cérébraux ischémiques artériels néonataux : synthèse des recommandations [Neonatal arterial ischemic stroke: Review of the current guidelines]. *Archives de pédiatrie : organe officiel de la Société française de pédiatrie*, 24(2), 180–188.

- Smith, A., Karpf, M., Jow, M., Jardon, M., Yu, T., & Hutchins, B. (2019). Mothers' Experiences With Infant Co-Occupations After NICU Discharge. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(4_Supplement_1), 7311505075p1.
- Taylor R, R., Kielhofner G. (2017). Occupational Therapy as an Evidence-Based Practice Profession. Dans *Kielhofner's Research in Occupational Therapy* (p. 1-10). F.A Davis Company.
- Tétreault, S., Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*.
- Torchin, H., & Ancel, P.-Y. (2016). Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(10), 1213-1230.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.013>
- Torchin, H., Ancel, P.-Y., Jarreau, P.-H., & Goffinet, F. (2015). Épidémiologie de la prématurité : Prévalence, évolution, devenir des enfants. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(8), 723-731.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.06.010>
- Truffert, P. (2016). La régionalisation des soins périnataux (P. 4-6) Dans *Réanimation et soins intensifs en néonatalogie*. Elsevier Masson.
- Vergara, E., Anzalone, M., Bigsby, R., & Gorga, D. (2006). Specialized knowledge and skills for occupational therapy practice in the neonatal intensive care unit. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(6), p. 659.
- Yanez, I., Vauvillé-Chagnard, B. (2017). Les outils d'évaluation en ergothérapie chez l'enfant de 0 à 6 ans : quelles spécificités ? *Contraste*, (45), p. 61-86.

Zaoui-Grattepanche, C. (2014). Kangourou Mother Care (KMC) ou Méthode Mère-Kangourou (MMK). Dans *Soins de développement en période néonatale* (p. 265-274). Lavoisier.

Zaoui-Grattepanche, C., Kuhn, P., Pierrat, V., Allen, A., Audeoud, F., Bouvard, C.,

Brandicourt, A., & al. (2018). Le portage des nouveau-nés en peau à peau.

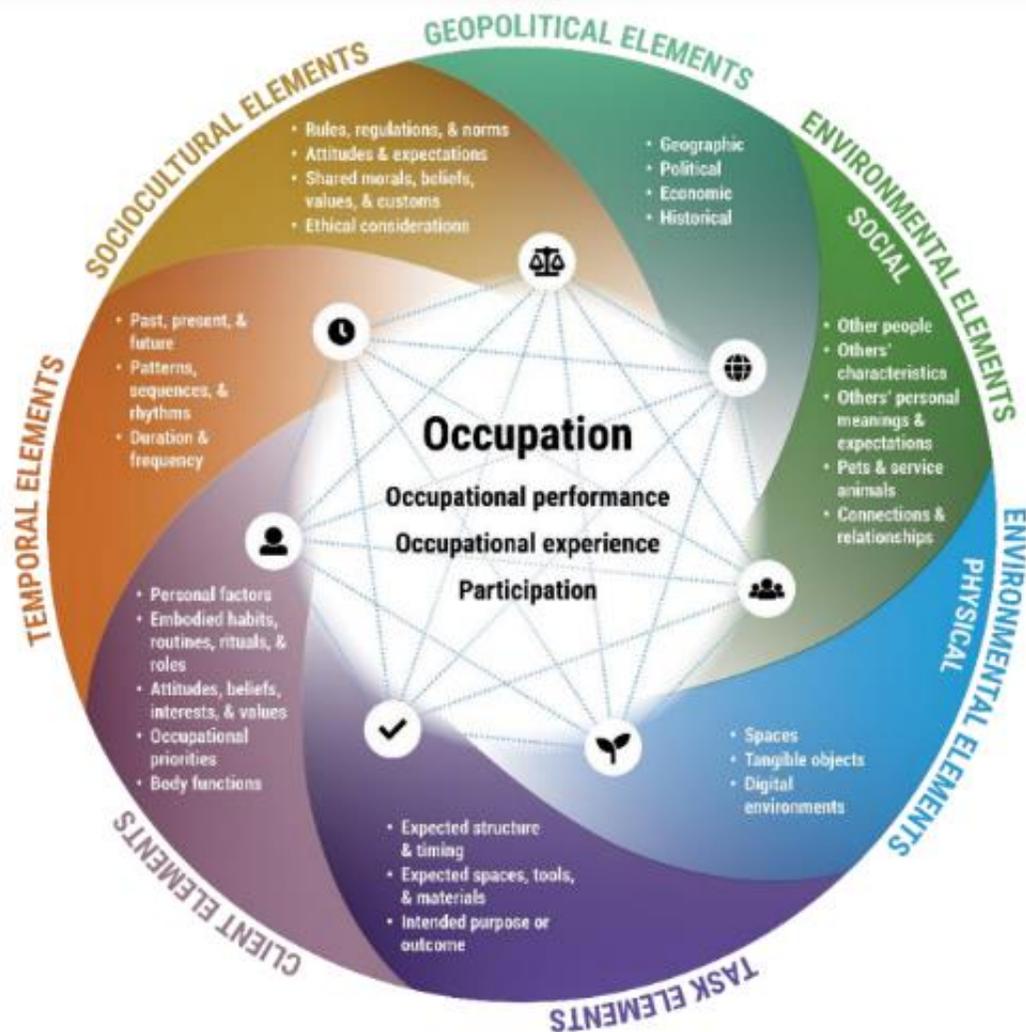
Perfectionnement en Pédiatrie, 1(2), 100-107.

<https://doi.org/10.1016/j.perped.2018.04.010>

Table des annexes

I.	Annexe 1 : Schéma du modèle transactionnel.....	I
II.	Annexe 2 : Figure de l'OTIPM	II
III.	Annexe 3 : Référentiel de compétences de l'ergothérapeute en France	III
IV.	Annexe 4 : Mail de participation	VIII
V.	Annexe 5 : formulaire de consentement et de droit à l'image	X
VI.	Annexe 6 : Sondage en ligne.....	XI
VII.	Annexe 7 : Vue d'ensemble du projet collaboratif MIRO	XII
VIII.	Annexe 8 : Déroulé du groupe.....	XIII
IX.	Annexe 9 : Matrice.....	XIV
X.	Annexe 10 : Tableau récapitulatif du groupe TRIAGE construit.....	XVI

I. Annexe 1 : Schéma du modèle transactionnel

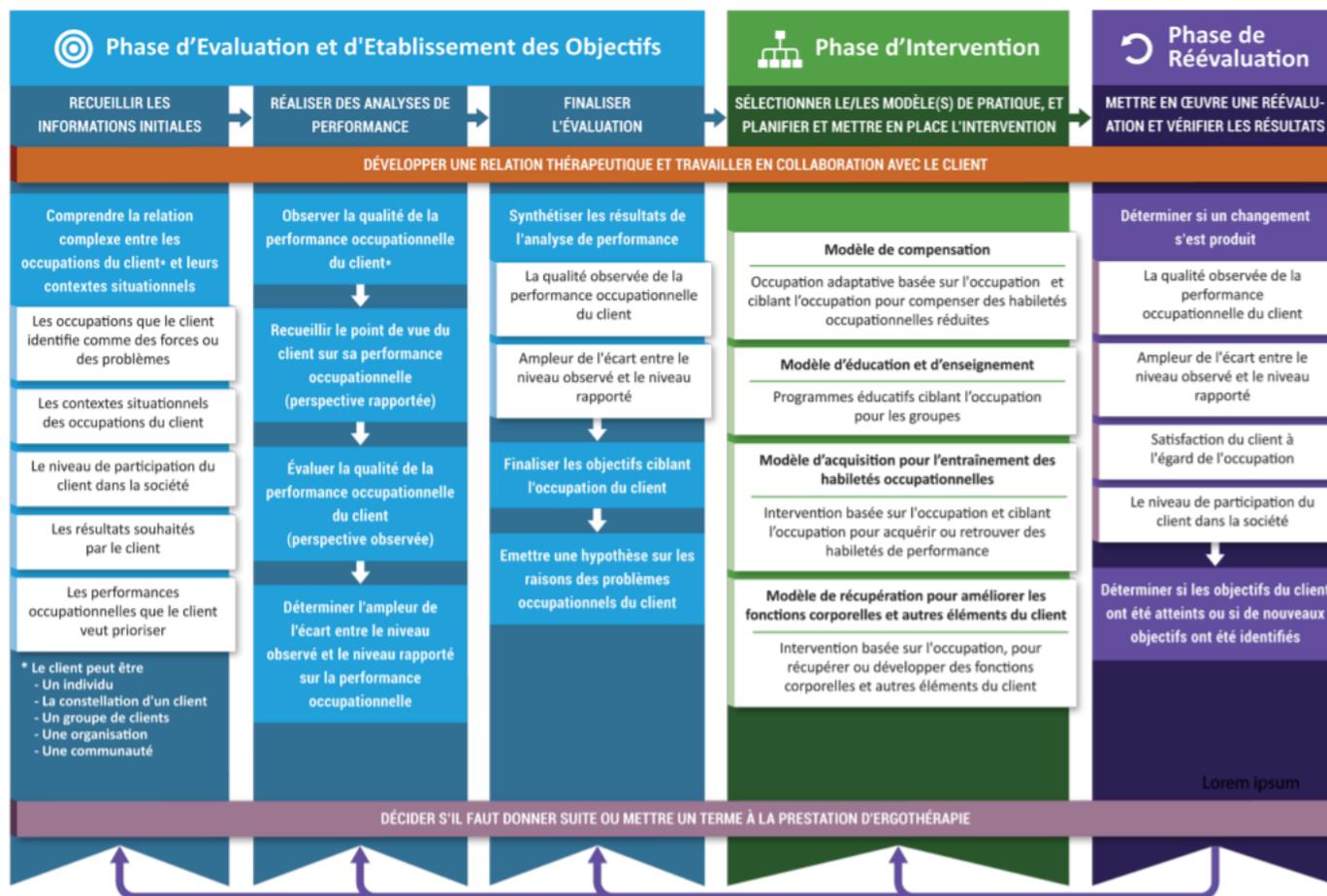


From Fisher, A. G., & Marterella, A. [2019]. *Powerful practice: A model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions.

II. Annexe 2 : Figure de l'OTIPM



Représentation graphique du Modèle du Processus d'Intervention en Ergothérapie (OTIPM)



De Fisher, A. G., & Marterella, A. [2019]. *Powerful practice: A model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions.
 © Center for Innovative OT Solutions, 2019; peut être photocopié pour usage personnel

III. Annexe 3 : Référentiel de compétences de l'ergothérapeute en France

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Le référentiel de compétences

1 - Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique

1. Identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap d'une personne et de son entourage ou d'un groupe de personnes, dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social
2. Intégrer et appliquer les connaissances pertinentes émergeant des sciences biomédicales, des sciences humaines, des sciences de l'activité humaine et des technologies, en relation avec les théories de l'activité et de la participation
3. Conduire un entretien visant au recueil d'informations
4. Choisir et maîtriser les instruments de mesure, les méthodes, les moments et les lieux appropriés pour mener les évaluations en ergothérapie en fonction des modèles d'intervention
5. Evaluer les intégrités, les lésions, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie
6. Identifier les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie, liés à la personne et à son environnement humain et matériel
7. Repérer et analyser les comportements et situations à risque pour la santé
8. Elaborer et formuler un diagnostic ergothérapeutique prenant en compte la complexité de la situation de handicap
9. Assurer la traçabilité des éléments recueillis, dans le dossier du patient

2 - Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement

1. Analyser les éléments de la prescription médicale, le cas échéant, et du diagnostic ergothérapeutique en sélectionnant les éléments utiles à l'intervention ergothérapeutique
2. Choisir un modèle d'intervention ergothérapeutique et sélectionner des techniques pertinentes afin de satisfaire les besoins d'activité et de santé des individus et des populations
3. Formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes selon les principes d'une pratique centrée sur la personne
4. Identifier les composantes physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psycho-sociales et environnementales de l'activité
5. Elaborer un programme personnalisé d'intervention ergothérapeutique en exploitant le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante et significative au travers de l'analyse et de la synthèse de l'activité
6. Concevoir des mises en situation écologiques permettant d'anticiper le retour de la personne dans son milieu de vie
7. Adapter le plan d'intervention avec la personne, son entourage, et l'équipe de professionnels en respectant les différences individuelles, les croyances culturelles, les coutumes et leur influence sur l'activité et l'implication sociale
8. Prévoir les ressources matérielles nécessaires à la réalisation des activités et identifier les modalités d'adaptation de l'environnement
9. Evaluer les besoins en aides humaines et animales, et argumenter les attributions de moyens correspondants
10. Elaborer un cahier des charges répondant au projet d'intervention en ergothérapie et le faire évoluer
11. Préconiser des adaptations et des aménagements de l'environnement pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement, pour promouvoir le droit à l'implication sociale
12. Identifier les risques liés aux interventions et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées
13. Formaliser un suivi à distance du projet et des interventions en ergothérapie

3 - Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie

1. Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité
2. Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes
3. Installer la personne de façon appropriée et ergonomique
4. Concevoir, préconiser et réaliser des équipements et des matériels de confort, de prévention et de facilitation de l'activité et en vérifier la conformité
5. Évaluer les effets des activités en tenant compte des conditions de sécurité, d'hygiène et des recommandations techniques des produits et des matériels et en assurer la traçabilité
6. Mettre en œuvre les techniques en ergothérapie en vue de maintenir et améliorer les gestes fonctionnels :
 - techniques d'entraînement articulaire, musculaire, sensitif et sensoriel,
 - techniques de réafférentation proprioceptive, d'intégration motrice, cognitivo-sensorielle et relationnelle, de facilitation neuro-motrice, techniques cognitivo-comportementales et de stimulation cognitive,
 - techniques de guidance et d'accompagnement,
 - techniques de compensation et de remédiation
7. Identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie
8. Utiliser les techniques d'entraînement en vue de développer la tolérance à l'effort et l'endurance
9. Accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique
10. Conduire une relation d'aide thérapeutique comme base du processus d'intervention en ergothérapie
11. Animer et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social
12. Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité

4 - Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques

1. Préconiser des adaptations, des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques, et aménager l'environnement en conséquence pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement
2. Concevoir l'orthèse provisoire, extemporanée, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, appropriée selon la prescription médicale et en tenant compte de la synthèse des informations contenues dans le dossier du patient et du diagnostic ergothérapeutique
3. Choisir les matériels et matériaux requis pour l'intervention ergothérapeutique
4. Installer confortablement la personne en vue de la fabrication de l'orthèse provisoire et mettre en place des éléments propres à la protection des téguments, à la sécurité et au confort
5. Identifier les étapes de la réalisation des orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique et les fabriquer sans utiliser la technique du moulage, et adapter les orthèses de série ou provisoires et les aides techniques
6. Évaluer la qualité et l'efficacité de l'appareillage, des aides techniques et des assistances technologiques et s'assurer de leur innocuité, notamment en situation d'activité
7. Expliquer à la personne et à son entourage les buts, la réalisation, la surveillance, la maintenance, l'hygiène, l'usage et les effets indésirables de l'appareillage orthétique ou prothétique et de l'aide technique ou animalière, et de l'assistance technologique
8. Sélectionner et préconiser les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques en tenant compte du recueil d'informations, de l'entretien, des évaluations préalables, et du projet de la personne et de l'avis de l'équipe médicale impliquée dans le suivi
9. Expliquer la mise en place, l'utilisation et la surveillance des appareillages, des aides techniques et des assistances technologiques, au sein de la structure de soins puis dans le milieu ordinaire de vie

5 - Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique

1. Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, y compris les attentes non verbalisées, et repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe de personnes en vue de la mise en œuvre d'activités éducatives
2. Adapter son comportement et sa pratique professionnelle à la fois à la personne ou au groupe de personnes et à l'entourage.
3. Déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé
4. Communiquer et développer des relations afin de soutenir la personne ou le groupe de personnes dans l'expression des besoins de santé
5. Acquérir et développer une posture éducative notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec la personne ou le groupe de personnes
6. Concevoir et formaliser des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise répondant aux besoins d'activité et de participation de la population ciblée et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de l'état de santé
7. Conduire une démarche de promotion de la santé et de prévention à travers des actions pédagogiques individuelles et collectives, en utilisant des techniques et des outils pédagogiques pertinents qui facilitent l'acquisition des compétences et en suscitant l'investissement des personnes et de leur entourage dans des activités signifiantes et significatives
8. Accompagner une personne ou un groupe dans un processus d'apprentissage par une information et des conseils sur les troubles fonctionnels, l'éducation gestuelle, les gestes et postures non traumatisants, la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines
9. Évaluer la démarche éducative et ses effets et apporter en conséquence des ajustements
10. Adapter la démarche éducative aux situations interférant dans la gestion normale de l'état pathologique de la personne
11. Conseiller les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leurs savoir-faire afin de faciliter l'activité et la participation sociale
12. Collaborer avec différents groupes sociaux à la promotion de la santé et du bien-être de leurs membres par le biais de leur engagement dans des activités signifiantes et significatives

6- conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie

1. Accueillir et écouter la personne ou un groupe de personnes en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation
2. Identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique
4. Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec la personne ou les groupes de personnes en favorisant l'expression de chacun
5. Rechercher et développer un climat de confiance avec la personne, l'entourage ou le groupe de personnes, négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique

7 - Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle

1. Analyser sa pratique professionnelle au regard des valeurs professionnelles, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution du monde de la santé, de la société, des modèles de pratique et de la culture des personnes concernées
2. Évaluer les interventions en ergothérapie en fonction de la réglementation, des recommandations, des principes de qualité, d'ergonomie, de sécurité, d'hygiène, de traçabilité, et au regard des résultats de la recherche scientifique et de la satisfaction des bénéficiaires
3. Adapter sa pratique professionnelle et réajuster les interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse et de l'évaluation et selon la démarche qualité
4. Développer une pratique visant à promouvoir les droits à la participation sociale liée à l'évolution des sciences et des techniques et analysée au regard d'une étude bénéfices/risques
5. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe ou d'autres professionnels afin de s'assurer que l'accent est mis sur l'activité, la performance dans les activités et la participation
6. Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'ergothérapie

8 - Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques

1. Conduire une recherche documentaire et bibliographique en exploitant les bases de données et les réseaux locaux, nationaux et internationaux
2. Sélectionner, analyser, critiquer et synthétiser les documents professionnels et scientifiques et organiser sa propre documentation professionnelle
3. Repérer les résultats de la recherche permettant d'argumenter une pratique fondée sur les preuves, garantissant une pratique actualisée et pertinente pour le client
4. Formaliser et rédiger les procédures, protocoles et préconisations en ergothérapie à partir de la recherche documentaire
5. Identifier les besoins de recherche relatifs à l'activité, l'ergothérapie et / ou la science de l'activité humaine et formuler des questions de recherche pertinentes
6. Concevoir et conduire des études et travaux de recherche en équipe dans les domaines de l'ergothérapie et de la santé, en tenant compte des aspects éthiques dans un objectif d'amélioration de la qualité des prestations
7. Elaborer des documents professionnels en vue de communication orale et écrite

9 - Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs

1. Coopérer au sein d'une équipe pluri-professionnelle et avec les différents acteurs, notamment médicaux, dans le cadre de son champ professionnel, dans le but d'optimiser la qualité de l'intervention sanitaire et médico-sociale, et afin de faciliter l'activité et l'implication sociale
2. Travailler en réseau et coordonner les actions ou les soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif pour conduire des projets d'intervention pertinents
3. Comprendre et appliquer les principes de gestion à leur lieu d'exercice professionnel incluant l'évaluation des coûts, l'administration des ressources et de l'équipement et la mise en place de programmes en ergothérapie
4. Initier et mettre en place des partenariats afin de mobiliser l'ensemble des ressources contribuant à l'intervention en ergothérapie
5. Sélectionner, hiérarchiser et communiquer les éléments de sa pratique professionnelle à différentes catégories d'interlocuteurs au travers des outils de transmission selon les procédures, normes et réglementations en vigueur
6. Organiser l'espace professionnel et le plateau technique et choisir du matériel adapté au service ou à la structure, et aux activités thérapeutiques
7. Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables en recherchant notamment des informations sur les évolutions des matériels
8. Organiser son planning, les rendez-vous et la répartition des activités
9. Évaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre

10 - Former et informer

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire ou d'un nouvel arrivant professionnel dans le service ou la structure
2. Repérer les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation
3. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique
4. Organiser des situations d'apprentissage pour les stagiaires
5. Évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage
6. Communiquer sur sa profession en vue de valoriser son activité en expliquant les relations entre la performance dans les activités, la santé et le bien-être
7. Prendre un rôle actif dans le développement, l'amélioration et la promotion de l'ergothérapie en s'appuyant sur les concepts théoriques de l'ergothérapie et plus spécifiquement le besoin d'agir des êtres humains et leurs performances dans les activités

Pour obtenir le Diplôme d'Etat d'ergothérapeute :

il est indispensable que les 10 compétences aient été évaluées et validées, à la fois lors de l'enseignement en Institut de formation et sur les terrains de pratique professionnelle.

Ces validations sont prononcées par les Commissions d'Attribution des Crédits semestrielles et par le Jury final d'attribution du diplôme qui se réunit en fin du sixième semestre.

(Arrêté du 5 juillet 2010)

IV. Annexe 4 : Mail de participation

Bonjour,

Je me permets de revenir vers vous concernant mon travail d'initiation à la recherche afin de valider mon diplôme d'état d'ergothérapeute. En effet, comme j'ai pu le mentionner lors de nos premiers échanges, je m'intéresse au domaine de la néonatalogie, et particulièrement aux compétences de l'ergothérapeute français dans ces services.

Au regard de mes lectures scientifiques, la pratique de l'ergothérapie paraît peu développée en France dans ce domaine mais beaucoup plus développée dans d'autres pays comme le Canada, le Royaume-Uni ou encore la Belgique et les Etats-Unis. Ces lectures m'ont amenée à me questionner sur les activités et compétences nécessaires à la pratique.

Je fais donc appel à vous pour participer à un groupe d'échange et de consensus concernant ces thématiques selon la Méthode TRIAGE. Le groupe TRIAGE est un groupe visant à trouver un consensus sur les différents énoncés et une priorisation de ceux-ci pour parvenir à un classement. L'utilisation d'images permettront de faciliter la démarche et le tri. Basé sur deux phases, la première est individuelle et la suivante collective.

L'échange en groupe se déroulera sur environ 3h (cela pourra durer moins longtemps selon le nombre de participants final), probablement en visioconférence.

Je vous propose de compléter un Framadate sur lequel vous pourrez sélectionner les dates sur lesquelles vous êtes disponible. Des temps en matinée, après-midi ou même soirée peuvent être rajoutés pour arriver à trouver une date commune à tout le monde.

Afin de pouvoir compléter mon écrit, et le profil de sélection des experts choisis je vous propose de remplir le tableau suivant avec les informations vous concernant :

Lieu(x) d'exercice(s) et répartition du temps de travail	
Nombre d'années d'expérience dans le domaine	

Parcours menant à la spécialisation	
-------------------------------------	--

Si cet échange se confirme en visioconférence, celui-ci sera enregistré afin que je puisse revenir dessus pour réaliser mon travail de recherche mais ces données seront détruites dès la fin de celui-ci. Je vous invite à remplir le formulaire de consentement d'enregistrement.

Vous remerciant encore du temps que vous accordez à mon travail, je m'engage aussi à vous faire part des résultats de celui-ci une fois terminé.

Le 06 Mars 2022,

Charline Collet-Beillon

Etudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'Institut de Formation de Toulouse

V. Annexe 5 : formulaire de consentement et de droit à l'image



CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE

Je soussigné(e) : _____

Né(e) le : _____, à _____

Résidant à l'adresse suivante : _____

Autorise _____ dans le cadre de son diplôme en ergothérapie agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'Institut de Formation en Ergothérapie de TOULOUSE

à enregistrer ma voix

à me photographier

à me filmer

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

Ergothérapie en néonatalogie : adaptation d'un guide de

- Utilisation de l'analyse des situations d'entretien dans le cadre de la recherche : pratiques professionnelles au contexte français. (nom du mémoire).
- Diffusion uniquement dans le cadre de la recherche et de la santé pour analyse des paroles des interviewés, à titre de présentation et réflexion à caractère uniquement lié à la recherche.
- Diffusion interdite en public et/ou dans le cadre d'utilisation des images pour un film destiné au grand public sans un nouveau consentement de ma part.

Je me réserve le droit de demander à tout moment la destruction des supports de fixation d'images et cela sans donner d'explication.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par _____. *Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.*

Fait à : _____

Le : _____

VI. Annexe 6 : Sondage en ligne

framadata.org/yqabdXmbrdxjjwzE

Groupe échange ergothérapie en néonatalogie.

[Imprimer](#)

Auteur·rice du sondage
Charline Collet-Beillon

Description

Bonjour,

comme mentionné dans le mail que vous avez reçu ce sondage a pour but de sélectionner les différents créneaux horaires qui vous conviennent pour nous permettre de réaliser le groupe TRIAGE afin de répondre à ma problématique de recherche de mémoire de fin d'études.

Je vous remercie encore de prendre le temps de répondre à celui-ci.

Charline Collet-Beillon, étudiante en troisième année à l'institut de formation en ergothérapie de Toulouse.

Lien public du sondage [🔗](#)

<https://framadata.org/yqabdXmbrdxjjwzE>

Votes du sondage *(Les résultats sont cachés)*

   0

← mars 2022

mar. 8				mer. 9				jeu. 10				sam. 12	mar. 15	
10h	13h	17h	19h	10h	13h	17	19h	10h	13h	17h	19h	10h	10h	13
?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?

Votre nom

[Enregistrer](#)
0/22

VII. Annexe 7 : Vue d'ensemble du projet collaboratif MIRO



miro

VIII. Annexe 8 : Déroulé du groupe

Cet échange en groupe a pour but d'arriver au tri des items cités du plus important au moins important pour vous, cette liste ressemblera à des recommandations de bonnes pratiques à mettre en œuvre dans les services de néonatalogie à partir de vos expériences.

Thème : Les compétences de l'ergothérapeute français en service de néonatalogie.

Ressources : 1 animateur et 1 observateur

Nombre de participants : 5 professionnels

Lieu : Visioconférence

Durée : 3h

Fonctionnement : Pour rappel, cette visioconférence sera enregistrée afin de faciliter l'analyse de ses résultats. Chaque participant sera sous couvert d'anonymat. Nous allons échanger autour des énoncés que vous avez produit en amont.

Phase de lancement : Chacun des participants est invité à se présenter succinctement, l'animateur réexplique les différentes phases qui vont se dérouler.

Question de départ : Quelles sont pour vous, les compétences spécifiques de l'ergothérapeute que vous mettez en application lors de vos accompagnements en service de néonatalogie ?

Phase 1 : Les éléments produits lors de la phase individuelle sont stockés dans la mémoire. Il est demandé de les classer dans les autres cases : Regroupement, Sélection, Poubelle ou Frigo. Ces items vous seront expliqués lors de la présentation du groupe.

Phase 2 : Tri des énoncés sélectionnés lors la phase n°1, dans l'ordre d'application au quotidien.

Phase de conclusion :

- Résumé des échanges
- Remerciements

IX. Annexe 9 : Matrice

CONCEPT	INDICATEURS	REFERENCES
Positionnement	Environnement institutionnel : tenir compte des différentes composantes de l'environnement direct (bruit, odeurs...)	Kuhn et al. (2014) McAnulty et al (2010) dans RCOT (2017).
	Préconisation de matériels/aides techniques prenant en compte les fragilités	
Co-occupations	Soutien aux parents dans la découverte des co-occupations : L'occupation est un « <i>ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification.</i> ». Elle peut être réalisée par plusieurs individus. Il s'agit alors de « co-occupation » : implication du parent dans l'activité de l'enfant.	Polatajko, Townsend. (2013) Pierce (2009) Vergara et al. (2006)
Gestion de la douleur chez le nouveau-né	Evaluation spécifique	Holsti (2012) Vergara et al. (2006)
	Préconisation et fabrication d'aides techniques et au positionnement permettant de faciliter et réduire la douleur pendant les soins	Obeidat (2009), dans RCOT (2017).
Accompagnement des parents	Education aux différentes techniques	Gibbs et al. (2015) Price, Miner (2009) ; dans RCOT (2017)
	Soutien à l'acquisition de nouvelles habiletés	Gibbs et al. (2015) Price, Miner (2009) ; dans RCOT (2017) Evans et al. (2014) dans RCOT (2017).

Allaitement Alimentation nouveau-né	/ du	En collaboration avec l'équipe et la famille, pour développer des techniques appropriées à l'enfant et les généraliser	Gremmo-Féger (2014) Chrupcala et al. (2015)
		Tenir compte et mettre en place un environnement adapté à travers des aides au positionnement	Vergara et al. (2006)
Programme soins de développement	de de	Nidcap : accompagnement de l'équipe dans les observations, encourager la formation des parents	Haumont (2014)
		Méthode mère kangourou : engagement des parents, création d'une relation de confiance pour garantir les effets de la méthode sur l'allaitement, la gestion de la douleur et surtout sur l'engagement des parents	Zaoui-Grattepanche (2014) Chan (2016)
Evaluations observations ergothérapeutiques	et	Identification de problématiques de développement	Maitra et al. (2014) dans RCOT (2017). Vergara et al. (2006)

X. Annexe 10 : Tableau récapitulatif du groupe TRIAGE construit

Ce tableau repris du *tableau 1* dans Lamontagne, M. E., Tétréault, S., Izard, M. H., Morel, M. C., & Guillez, P. (2014). Méthode TRIAGE. Dans *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 355-366).

Paramètres	Variantes
Provenance des éléments à trier	Recension des écrits scientifiques Retour d'expériences
Participants-experts	Nombre de participants : 5 Ergothérapeutes travaillants ou ayant travaillé en service de néonatalogie même à très faible taux horaire
Eléments à trier	Compétences / Activités développées en service de néonatalogie par les ergothérapeutes
Critères de sélection des éléments	Priorité : les quelles sont les plus pertinents et à mettre en place en premier
Sélection des éléments	Mise en priorité : classement 5 éléments par participants lors de la phase de production individuelle
Analyse des données	Qualitative

ERGOTHERAPIE EN NEONATOLOGIE :
ADAPTATION D'UN GUIDE DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU
CONTEXTE FRANÇAIS.

Introduction : Les nouveau-nés hospitalisés en service de néonatalogie présentent des problématiques spécifiques pour lesquelles l'ergothérapeute peut avoir un rôle à jouer. Les compétences de celui-ci dans ce domaine sont spécifiques. A l'étranger, la présence de ces professionnels en néonatalogie ne fait pas débat, au Royaume-Uni comme aux Etats-Unis c'est une pratique très répandue. Pour mieux comprendre cette pratique, nous allons baser cette recherche sur des guides de pratiques déjà établis et voir comment il est possible de les transposer au contexte français. **Objectif :** L'objectif de cette recherche, en partant d'un guide de pratiques professionnelles étranger, est d'arriver à créer une liste de compétences de l'ergothérapeute français en néonatalogie. **Méthode :** La recherche d'une priorisation et d'un consensus sur les compétences spécifiques de l'ergothérapeute en service de néonatalogie a conduit l'auteure à penser son écrit sous la forme d'un groupe de Traitement et Recherche de l'Information par Animation d'un Groupe d'Expert (TRIAGE). **Conclusion :** Cette recherche a présenté des limites qui ont conduit à l'élaboration fictive d'une liste de compétences. En effet, le faible nombre d'ergothérapeutes pratiquant en néonatalogie en France n'a pas permis de réaliser la méthodologie choisie. Néanmoins, nous avons pu démontrer quelles étaient les compétences indispensables à la pratique professionnelle, présentes ou non dans le référentiel de compétences des ergothérapeutes français.

Mots clés : *Ergothérapie – Néonatalogie – Compétences – Comparaison*

OCCUPATIONAL THERAPY IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT:
ADAPTATION OF A PRACTICE GUIDELINE FOR USE IN FRANCE

Introduction: Newborns in Neonatal Intensive Care Units (NICU) present with specific problems for which occupational therapists can play a role. Occupational therapists have specific skills in this area. Outside of France, the presence of occupational therapists in neonatology is not a matter of debate, and in the United Kingdom and the United States it is a widespread practice. To better understand this practice, we will base this research on already established practice guidelines and how they can be transposed into the French context. **Objective:** The objective of this research, based on a foreign professional practice guide, is to create a list of competences for French occupational therapists in neonatology. **Method:** We have difficulties to applied the method choose but it was described by a research by design. The method used was Treatment and Research of Information by Animation of an Expert Group (TRIAGE). This facilitated a prioritization and a consensus on the specific competences of the occupational therapist in neonatology. **Conclusion:** This research had limitations. The small number of occupational therapists practicing in neonatology in France did not allow us to carry out the chosen methodology. Nevertheless, a comparison of the literature and the approved national occupation therapy competencies demonstrated which skills were indispensable and how they could be applied in NICU in France.

Key Words: *Occupational therapy – Neonatology – Competences - Comparison*

Charline Collet-Beillon