

Actualisation des pratiques et prise en compte des recommandations en ergothérapie

MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE POUR L'OBTENTION DU D.E
D'ERGOTHERAPEUTE

BESSONNET Léa

Sous la direction de Robin BAIRET

Promotion 2017-2020

Engagement sur l'honneur

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiante réalise, après utilisation du traitement de texte, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 50 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiante de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiante est aidée dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiante en accord avec le directeur de l'institut.

Je soussignée, Léa Bessonnet, étudiante en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

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

A Hanvec, le 29 juin 2020.

Signature :



Notes aux lecteurs

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné », soit l'IFE de Créteil.

Remerciements

Je remercie tout d'abord mon maître de mémoire, Robin BAIRET, qui a accepté de m'accompagner cette année, pour sa bienveillance et sa disponibilité tout au long de ce travail de recherche.

Merci à Cynthia ENGELS et Gwenaëlle DELOURME pour leur accompagnement lors des cours de méthodologie de mémoire. Je remercie également les formateurs de l'institut de Formation en Ergothérapie de Créteil pour leur guidance et leur pédagogie.

Merci à l'ensemble des ergothérapeutes qui ont participé à cette enquête en répondant à ce questionnaire.

Enfin, merci à mon entourage ma famille et mes amis pour m'avoir conseillée, soutenue, relue et aidée depuis le début de mon mémoire, vous m'avez permis d'aller au bout de ce projet de recherche.

ACTUALISATION DES PRATIQUES ET PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS EN ERGOTHERAPIE

INTRODUCTION ----- 1

PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL----- 4

I. L'ERGOTHERAPIE AUJOURD'HUI EN FRANCE-----4

- A. QU'EST-CE QUE L'ERGOTHERAPIE ? -----4
- B. ÉMERGENCE DE L'ERGOTHERAPIE -----5
- C. DEMOGRAPHIE -----6
- D. SECTEUR D'ACTIVITE -----7
- E. LA PATIENTELE DES ERGOTHERAPEUTES -----8
- F. SYNTHESE -----9

II. DES RECOMMANDATIONS EN ERGOTHERAPIE ----- 10

- A. QU'EST-CE QU'UNE RECOMMANDATION EN SANTE ? ----- 10
- B. L'ELABORATION DES RECOMMANDATIONS ----- 10
- C. LES ASSOCIATIONS A L'ORIGINE DES RECOMMANDATIONS EN ERGOTHERAPIE ----- 12
 - 1. A l'échelle mondiale: la World Federation of Occupational Therapist (WFOT) -- 12
 - 2. A l'échelle européenne : Occupational Therapy Europe (OT Europe) ----- 12
 - 3. A l'échelle nationale----- 13

III. LA DEMARCHE SCIENTIFIQUE EN ERGOTHERAPIE POUR REpondre AUX NOUVEAUX ENJEUX DE LA SOCIETE-- 16

- A. QU'EST-CE QU'UNE DEMARCHE SCIENTIFIQUE EN ERGOTHERAPIE----- 16
- B. L'UTILISATION DE DONNEES PROBANTES EN ERGOTHERAPIE ----- 16
- C. LA VEILLE PROFESSIONNELLE DES ERGOTHERAPEUTES ----- 17
- D. LA DEMARCHE SCIENTIFIQUE POUR REpondre AUX ENJEUX ACTUELS DE LA SOCIETE ----- 18
 - 1. Une démarche scientifique pour répondre aux enjeux économiques ----- 18
 - 2. La démarche scientifique pour répondre aux enjeux politiques----- 19
 - 3. La démarche scientifique pour répondre aux enjeux sociaux ----- 20
- E. LES LIMITES DE LA DEMARCHE SCIENTIFIQUE EN ERGOTHERAPIE ----- 21

PARTIE 2 : CADRE EXPERIMENTAL -----24

- I. LES OBJECTIFS DE L'ENQUETE ----- 24**
- II. POPULATION----- 25**
- III. OUTILS ----- 25**
- IV. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE ----- 27**

A.	LE QUESTIONNAIRE-----	27
B.	PROFIL DES PARTICIPANTS-----	27
C.	ACTIONS MISES EN PLACE PAR LES ERGOTHERAPEUTES-----	30
D.	LA PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS-----	31
E.	L'INSCRIPTION DANS UNE DEMARCHE SCIENTIFIQUE-----	36
	1. L'utilisation des données probantes-----	36
	2. La mise en œuvre de la veille professionnelle chez les ergothérapeutes-----	41
F.	CONCLUSION DES RESULTATS DE L'ENQUETE-----	44
V.	DISCUSSION-----	45
A.	INTERPRETATION DES DONNEES-----	45
B.	LIENS AVEC LA LITTERATURE-----	47
C.	LIMITES ET INTERETS-----	50
	1. Limites de l'enquête-----	50
	2. Intérêts de l'enquête-----	51
D.	RETOUR SUR L'HYPOTHESE-----	52
	CONCLUSION-----	53
	BIBLIOGRAPHIE-----	54
	ANNEXE-----	57
	RESUME-----	61

Introduction

D'après la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1946, p.1), adoptée par la Conférence internationale de la Santé en 1946 à New-York, tout être humain « *quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions publiques, sa condition économique ou sociale* » est en droit d'accéder au meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Ceci est un droit fondamental de chaque individu et une responsabilité de l'État qui se doit de protéger et d'améliorer l'état de santé de son peuple (OMS, 1946). Il s'agit également de garantir l'accès à des soins de qualité pour tous (Bourdillon, 2007). Cependant, une qualité de prise en soins élevée suppose une actualisation régulière des connaissances des professionnels pour répondre au mieux aux besoins des patients et suivre les évolutions technologiques. C'est pourquoi l'obligation de Développement Professionnel Continu (DPC) a été instaurée par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire de 2009 puis modernisé en 2016 avec la loi de Modernisation du système de santé. Ce dispositif de formation est une obligation triennale, dédié à tous les professionnels de santé pour leur permettre de « *mettre à jour des savoirs essentiels et prioritaires [...] permettre non seulement d'améliorer sans cesse la qualité et la sécurité des soins prodigués [...] mais aussi d'anticiper les pratiques à mettre en œuvre demain pour répondre aux enjeux d'innovation dans la prise en charge* » (Agence nationale du DPC, 2020). Pour les ergothérapeutes, ces obligations de DPC peuvent, entre autres, être validées par des formations continues dispensées par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) et prises en charge par les employeurs ou des organismes de financement (ANFE, 2019).

Néanmoins, outre la formation tout au long de la vie, permises par les institutions ou des organismes spécifiques, les ergothérapeutes sont tenus, d'après le référentiel d'activités de l'ergothérapeute du 5 juillet 2010, d'exercer des activités telles que la documentation professionnelle, la production de documents professionnels et de recherche, la réflexion sur sa pratique, les échanges avec les réseaux professionnels, et ce dans le but d'actualiser quotidiennement leur pratique (Ministère de la santé et des sports, 2010). Ces activités individuelles sont d'après Caire et al. (2011) un devoir de l'ergothérapeute qui se doit « *à la fois de chercher à améliorer l'impact de nos pratiques et de défendre le droit à un mieux vivre, dans des contextes de vie respectueux [...] pour ceux que nous rencontrons : les personnes en situation de handicap, leurs familles* » (Caire et al., 2011, p.29). C'est pourquoi, en tant que future professionnelle, il m'a paru intéressant de me pencher sur **ce qui était fait, individuellement et quotidiennement, par les ergothérapeutes pour actualiser leur pratique, tout au long de leur carrière.**

Au fil des recherches, il est ressorti que les recommandations de bonnes pratiques en ergothérapie, quelle que soit leur source, jouent, et nous allons le voir par la suite, un rôle central dans l'actualisation des pratiques en ergothérapie. C'est pourquoi la problématique de ce mémoire est la suivante : **De quelles manières les ergothérapeutes français, à travers les recommandations, actualisent-ils leur pratique tout au long de leur carrière ?**

Ce travail sera présenté sur le modèle conceptuel de Satterfield et al. (2009) nommé modèle transdisciplinaire de la pratique fondée sur les données probantes.

Ce modèle est le produit de l'ensemble des modèles conceptuels appliqués aux différentes professions. C'est un modèle transdisciplinaire ce qui signifie qu'il reprend les forces de chacune des professions avec l'objectif de fournir la meilleure prise de décision interprofessionnelle possible mais aussi de favoriser l'intégration des résultats de recherche dans les interventions, d'unifier des modèles de pratiques, d'enrichir les équipes soignantes et les instances publiques et ce pour une meilleure prise en soin possible pour le patient (Satterfield et al., 2009). On peut donc établir un parallèle entre les objectifs du modèle et les objectifs de l'actualisation des pratiques dont il est question dans ce mémoire

De plus, le modèle de Satterfield et al. reprend les fondements de l'utilisation des données probantes, qui comme vous pourrez le découvrir par la suite, a, elle aussi, un rôle important à jouer dans l'actualisation des pratiques en ergothérapie. Ce modèle est le suivant :

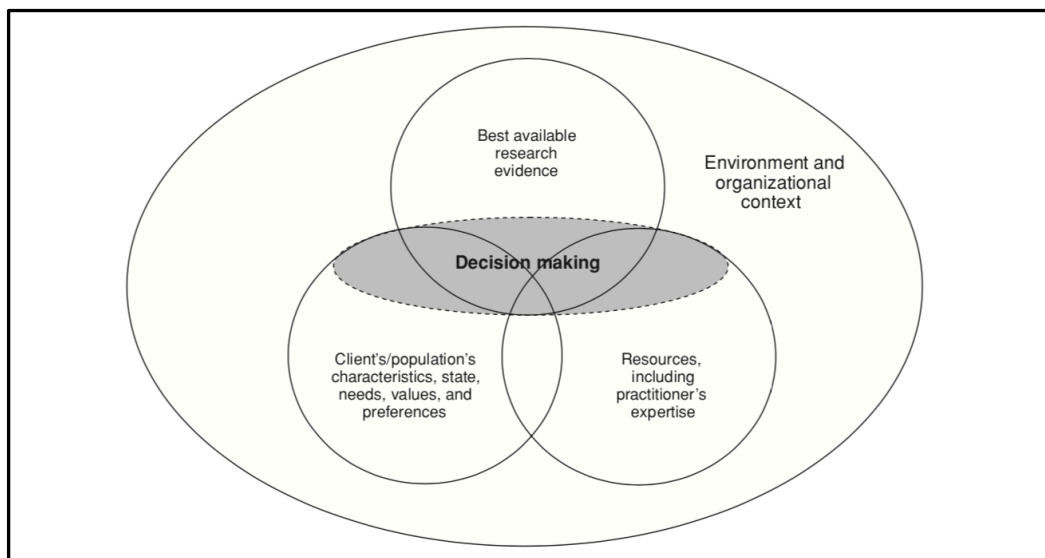


Figure 1. Transdisciplinary model of EBP (Satterfield et al., 2009)

Il comprend donc :

- Les meilleurs niveaux de preuves scientifiques : ces derniers correspondent aux données cliniques, aux données littéraires et aux données épidémiologiques. Dans le cadre de ce travail, ce premier élément correspond au cadre conceptuel qui rassemble un nombre important d'informations issues de la littérature sur le sujet.
- Les caractéristiques de la population : ce second point s'apparente à la population cible de l'enquête et sera présenté dans le cadre expérimental en seconde partie de ce mémoire.
- Les ressources incluant l'expertise clinique : ce dernier correspondra à la méthodologie d'enquête et aux résultats obtenus suite à celle-ci, exposés également dans le cadre expérimental. Pour finir, nous procéderons à une analyse des données de l'enquête au travers d'une discussion en vue de faire du lien avec l'hypothèse et la problématique d'enquête et développer de nouvelles pistes d'étude.

PARTIE 1 : Cadre conceptuel

I. L'ergothérapie aujourd'hui en France

A. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

Du mot grec « *εργον* », « *ergon* » signifiant l'occupation, l'œuvre, le travail et de « *therapia* », thérapie, l'ergothérapeute fonde son intervention thérapeutique sur l'action (Pibarot, 2013).

D'après l'Association Nationale des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est un professionnel du secteur sanitaire, médico-social et social (ANFE, 2017) qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité et la santé. L'objectif de l'ergothérapeute est de permettre aux individus de réaliser leurs activités de façon autonome et sécuritaire et de « *lever les obstacles de toute personne en situation de handicap.* » (ANFE, 2017, p.2).

D'après l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute les différents rôles de l'ergothérapeute se résument ainsi :

- **Recueillir des informations** : par des entretiens, des évaluations des intégrités, déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation, ainsi que des expertises de l'environnement humain et matériel
- **Réaliser des soins et des activités** : à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale
- **Réaliser et préconiser** : Traitements orthétiques et aides techniques, technologiques ou animalières
- **Conseiller** : Éduquer, prévenir : plusieurs personnes, le patient, les membres de son entourage ou les membres d'une institution
- **Former** : Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, formation des autres professionnels et des futurs professionnels
- **Organiser** : Coordination des activités en santé, gestion des ressources

Ainsi, d'un point de vue plus social, l'ergothérapeute est amené à « *s'engager dans le développement du pouvoir d'agir, la promotion des capacités et l'action sur l'environnement pour garantir l'inclusion sociale* » (Trouvé et al., 2019, p.7).

L'ergothérapeute est donc un professionnel de santé qui permet aux personnes en situation de handicap de mettre en lumière leur capacité et leur pouvoir d'agir. Il permet de générer une

compétence occupationnelle, c'est-à-dire un rendement occupationnel qui fait référence à l'ensemble des tâches réalisées. Ce rendement va permettre l'adaptation à de nouvelles occupations cohérentes avec l'identité actuelle du patient et celle qu'il souhaite avoir (Mignet, Doussin-Antzer, Sorita, 2017). De plus, l'Homme en tant qu'être occupationnel (Kielhofner cité par Mignet et al., 2017) nécessite d'avoir des occupations pour se forger une identité. En agissant sur les liens entre personne, environnement et occupation, l'ergothérapeute permet aux personnes de se construire telles qu'elles sont, aujourd'hui, et de retrouver ainsi leur place dans la société ainsi qu'auprès de leurs proches.

B. Émergence de l'ergothérapie

L'activité comme moyen thérapeutique est apparue très tôt dans l'histoire des civilisations. Déjà, les égyptiens en -3 400 avant JC considéraient qu'être en bonne santé signifiait pouvoir se consacrer à ses activités. On retrouvera cette même idée, des bienfaits de l'activité physique chez les Chinois, les Grecs et enfin les Français (Charret, Thiebaut Samson, 2017).

En France, ce n'est qu'en 1786 que l'activité fut réellement reconnue dans les institutions. En effet c'est grâce à Pinel P., à l'initiative du « *traitement moral* » dans les hôpitaux que l'occupation en tant que moyen thérapeutique se démocratise reposant sur l'idée que « *la routine des activités quotidiennes peut permettre le rétablissement.* » (Charret, Thiebaut Samson, 2017, p.18). Cependant, ce n'est qu'au cours du XX^{ème}, suite aux deux Guerres Mondiales, que le métier d'ergothérapeute trouvera sa légitimité auprès des hommes ayant combattu lors de ces guerres.

Enfin, dans les années 1970, le concept de handicap voit le jour, on s'intéresse alors davantage au contexte social et environnemental (Charret, Thiebaut Samson, 2017). L'ergothérapie agissant sur les liens étroits entre la personne, son environnement, l'activité est alors mise en lumière. C'est ainsi qu'en 1986, on retrouve la première définition de l'ergothérapie dans un texte réglementaire. Depuis l'ergothérapie a beaucoup évolué dans « *ses valeurs, sa pratique et sa vision* » (Trouvé et al., 2019, p.7). Plusieurs paradigmes sont identifiables dans l'évolution de la pratique. D'abord fondée sur une représentation holistique pendant le XX^{ème} siècle, puis sur un schème biomédical jusqu'en 1990, l'ergothérapie se base, aujourd'hui, sur un paradigme systémique reposant sur des concepts bio-psycho-sociaux et intégrant des modèles conceptuels centrés sur l'occupation (Charret, Thiebaut Samson, 2017, p.28). L'adoption de ce nouveau paradigme transforme la démarche de l'ergothérapeute qui, désormais, s'attache davantage à la participation de la personne, son engagement et son environnement.

Cette évolution de la pratique a eu certaines conséquences dont la demande croissante de prestations (Charret, Thiebaut Samson, 2017) qui a elle-même conduit à une importante augmentation du nombre d'ergothérapeutes sur le territoire français

C. Démographie

En 10 ans, le nombre d'ergothérapeutes français (France métropolitaine et DOM TOM) a presque doublé passant de 7 349 en 2009 à 12 765 au 1^{er} janvier 2019 (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)).

Le graphique ci-dessous permet d'illustrer l'augmentation du nombre d'ergothérapeutes au fil des années. Cette progression est en partie liée à un besoin de prestations en constante évolution (Charret, Thiebaut Samson, 2017) conduisant les instituts à former davantage d'élèves chaque année : 398 ergothérapeutes ont été formés en 2010 (Koch, Trouvé, 2015) contre 819 en 2016 (ANFE, 2017). Ceci se reflète également dans la moyenne d'âge des ergothérapeutes français : en 2015, 50 % des ergothérapeutes en France ont moins de 50 ans et 27% d'entre eux ont moins de 30 ans (Koch, Trouvé, 2015).

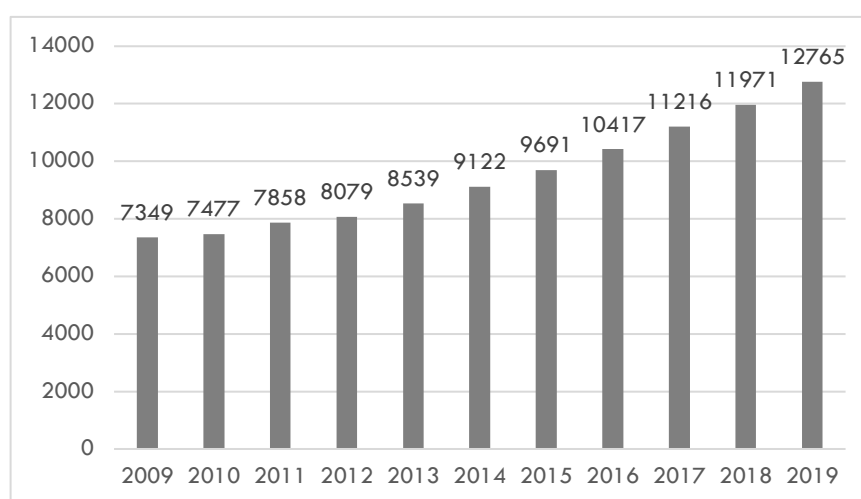


Figure 2 : Évolution du nombre d'ergothérapeutes en France entre 2009 et 2019 (DRESS)

Ces résultats fournis à partir des données d'ADELI ne sont pas d'une fiabilité exacte compte tenu des difficultés de certains professionnels à s'y inscrire et de la mise à jour non systématique des données (retraite, décès...)

L'enquête ANFE/CATEL (centre de ressources et d'expertise e-santé), réalisée en 2015, auprès de 3 759 ergothérapeutes exerçant en France confirme ce phénomène : avec 51,9 % des participants ayant été diplômés entre 2005 et 2014 (ANFE, 2015, p.33). Plus de la moitié des ergothérapeutes exerçant, aujourd'hui, sur le territoire a été formée il y a moins de 15 ans. Ceci explique que la profession soit relativement jeune. L'enquête met également en évidence l'évolution de la pratique, notamment avec le développement de l'activité libérale et la multiplication des secteurs d'intervention des ergothérapeutes.

D. Secteur d'activité

L'augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement de la population, l'amélioration des dépistages de certains troubles et maladies, ainsi que le désir d'inclusion des personnes handicapées dans la société, ont ouvert de nombreuses perspectives au métier d'ergothérapeute. Généralement associé au secteur hospitalier, les secteurs d'activités de l'ergothérapeute sont, en réalité, bien plus variés. Le graphique ci-dessous représente les principaux lieux d'exercice des ergothérapeutes français pour l'année 2018.

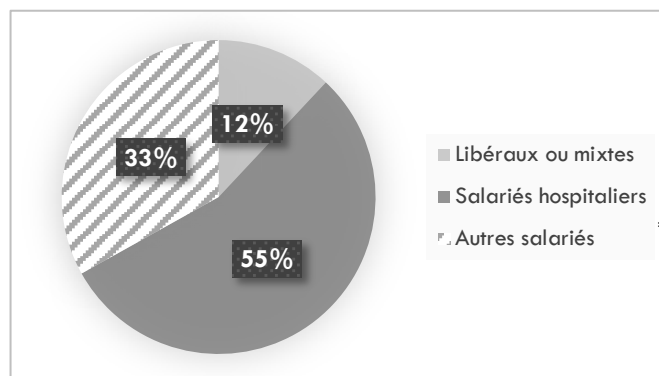


Figure 3 : Répartition des ergothérapeutes selon le mode d'exercice pour l'année 2018 (DREES)

On remarque qu'une part importante d'ergothérapeutes est salariée, notamment de la fonction hospitalière. Néanmoins, les secteurs d'activités se diversifient progressivement. Les ergothérapeutes peuvent, aujourd'hui, exercer, entre-autres, en centre de rééducation et de réadaptation, en hôpital de jour, en centre médico-pédagogique, en centre d'hébergement.

De plus, l'expertise de l'ergothérapeute est de plus en plus sollicitée. Ainsi, on retrouve des postes dédiés dans les cabinets d'architecture, d'ergonomie, d'appareillages mais aussi au sein des compagnies d'assurances, des caisses de retraites et des sociétés de matériels médicaux.

Parallèlement à l'augmentation du nombre d'ergothérapeutes, on observe également un développement de la pratique en libéral. En effet, le libéral en France connaît une croissance soutenue. Depuis 10 ans, le nombre de libéraux a été multiplié par dix (ANFE, 2019) atteignant, pour l'année 2019, le nombre de 1 681 professionnels libéraux soit 13,2 % des ergothérapeutes. Le graphique ci-dessous illustre cette croissance.

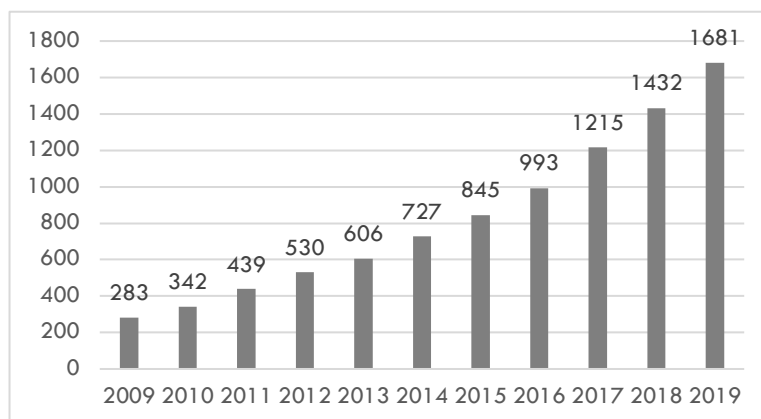


Figure 4 : Évolution du nombre d'ergothérapeutes en libéral depuis 10 ans (ANFE 2019)

Ainsi, les lieux d'exercice de l'ergothérapeute sont très variés et se diversifient aujourd'hui encore, selon les besoins de la population. D'une manière générale, la multiplicité des secteurs d'activités de l'ergothérapeute nous permet d'affirmer que ce professionnel de santé exerce auprès de toute population et ce, peu importe l'âge et la (les) situation(s) de handicap du patient.

E. La patientèle des ergothérapeutes

L'ergothérapeute « *intervient auprès des personnes qui éprouvent des problèmes dans la réalisation de leurs activités, en situation de handicap ou susceptibles de l'être* » (ANFE, 2017).

Nous l'avons vu, l'ergothérapeute intervient auprès de tout public. Cependant l'enquête ANFE/CATEL de 2015 révèle que parmi les 3605 répondants décrivant leur exercice quotidien,

- 82 % des participants rencontrent des personnes âgées (+ 60 ans)
- 67 % des participants rencontrent des personnes adultes (20-60 ans)
- 42 % des participants rencontrent des adolescent (13-20 ans)
- 42 % des participants rencontrent des enfants (3-13 ans)
- 13 % des participants rencontrent des enfants d'âge inférieur à 3 mois

L'enquête souligne donc une prise en soin importante des personnes âgées par les ergothérapeutes. De plus, d'après l'étude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière et de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS, 2008), ce phénomène va s'accroître par :

- L'augmentation de l'espérance de vie
- L'orientation vers un maintien à domicile
- L'arrivée des « *papy-boomers* » dans le 4^{ème} âge, dès 2020

Ce dernier élément est une donnée démographique qui modifiera de façon importante les besoins en santé (DHOS, 2008).

D'autre part, avec la loi de février 2005, permettant l'intégration scolaire des enfants présentant un handicap, les besoins d'adaptations spécifiques aux apprentissages sont croissants. Le nombre de demandes de prestations chez les enfants est en augmentation. Cet élément pourrait expliquer la hausse du nombre d'ergothérapeutes en libéral.

L'ergothérapie s'adresse donc à tout type de population rencontrant des problèmes d'ordre physique, sensoriel, psychologique et/ ou social. Les différents phénomènes démographiques et les lois décrétées par l'État multiplient le nombre de personnes dans le besoin et contribuent ainsi à l'expansion du métier en France.

F. Synthèse

Depuis ses débuts l'ergothérapie a beaucoup évolué. D'abord destinée aux soldats ayant combattu pendant la guerre, elle s'adresse aujourd'hui à toute la population, dès lors que celle-ci rencontre un problème occupationnel. La reconnaissance, la légitimité de l'ergothérapeute dans de nombreux cas a contribué à l'évolution de la profession qui a conduit à une augmentation de la demande de suivi, parfois dans des secteurs ne comptant pas ce professionnel de santé dans ses équipes. Dorénavant, l'ergothérapeute fonde sa pratique sur le lien entre la personne, son environnement et les occupations. Son objectif est de permettre à tous de se réaliser, d'atteindre une performance occupationnelle satisfaisante et d'être socialement inclus.

Aujourd'hui « *Les valeurs auxquelles l'ergothérapie croit, sa façon de considérer les phénomènes qu'elle entend analyser et résoudre, le vocabulaire qu'elle développe... modifient la place qu'elle entend occuper dans la société, le système de santé et de protection sociale français* » (Trouvé et al., 2019, p.7). C'est donc par ses convictions et sa finalité, différentes de tous les autres professionnels de santé, que l'ergothérapie s'est affirmée, au fil des années. Les phénomènes démographiques tel que le vieillissement de la population mais aussi les progrès de la médecine et enfin l'évolution des lois en France ont, également, tous les trois largement contribué au développement de l'ergothérapie.

Cependant, cette transformation du métier est en partie le résultat de nombreuses modifications de la pratique à l'échelle de chaque ergothérapeute qui pourrait résulter de l'application des recommandations.

Mais d'où viennent ces recommandations ? Comment sont-elles formulées ? Par qui sont-elles formulées ? Comment évoluent-elles ? Et enfin pour quoi existent-elles ? Autant questions auxquelles nous allons tenter de répondre dans la prochaine partie de notre mémoire intitulée : De nouvelles recommandations en ergothérapie pour répondre aux besoins nouveaux de la société.

II. Des recommandations en ergothérapie

A. Qu'est-ce qu'une recommandation en santé ?

D'après le dictionnaire Larousse une recommandation signifie : « *action d'exhorter quelqu'un à faire quelque chose, à adopter une certaine conduite* » (Larousse, 2020). En ce sens, une recommandation en ergothérapie est donc l'action d'encourager les ergothérapeutes à employer telle ou telle pratique selon la problématique du patient. Les recommandations sont des pratiques de référence pour les professionnels. Ce sont des synthèses de « *l'état de l'art et des données de la science* » (Gedda, Laurence, 2011, p.87). Il s'agit de propositions issues de l'analyse critique de la littérature et d'avis d'experts.

Les enjeux principaux des recommandations sont de faire évoluer les pratiques, d'améliorer la qualité des prises en soins, mettre en œuvre la démarche d'évaluation (HAS, 2018) mais également d'harmoniser les pratiques entre les ergothérapeutes, ceci afin que « *l'ergothérapie soit visible et appréciée pour le rôle qu'elle peut jouer [...] que ce rôle soit clairement expliqué au grand public, à d'autres professionnels, parties prenantes et décideurs, afin que des décisions éclairées puissent être prises* » (COTEC, 2019)

Les recommandations concernent différents secteurs : inclusion sociale, personnes âgées, personnes handicapées, protection de l'enfance et bien d'autres (HAS, 2019), mais elles traitent également des sujets d'actualité. Ainsi, sur le site de la World Federation of Occupation Therapists (WFOT), on retrouve des recommandations en ergothérapie concernant l'obésité chez l'enfant qui est une problématique de santé publique majeure aujourd'hui. On peut aussi lire des recommandations sur l'utilisation des technologies en ergothérapie telles que les technologies d'assistance (WFOT, 2019). De nombreux sujets sont donc traités à travers les recommandations, aussi convient-il de s'interroger sur la manière dont ces recommandations sont élaborées ?

B. L'élaboration des recommandations

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS) (2015), à l'origine de l'élaboration des « recommandations de bonnes pratiques professionnelles », quatre méthodes sont couramment utilisées pour l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques :

- **Méthode Delphi** : Entre questionnaire et entretien la méthode Delphi permet de favoriser la discussion pour faire ressortir les arguments menant à un consensus. Les participants experts donnent leur point de vue sur plusieurs situations et ils sont invités, à chaque tour, à revoir leur position en fonction de ce qui a été apporté par les autres, et ce jusqu'à ce qu'un consensus soit établi (Giard et al., 2013).

- **Groupe nominal** : La méthode groupe nominal permet l'identification des problèmes avec une distinction entre questions de recherche, développement des solutions et établissement des priorités d'action. Ce procédé passe par l'introduction et l'explication de la problématique puis chaque expert exprime ses idées dans une discussion de groupe. Enfin, les participants procèdent à un vote où ils hiérarchisent les opérations prioritaires du plan d'action (Harvey, Holmes Colin, 2012).
- **The Rand/UCLA appropriateness rating method** : Cette méthode est utilisée pour déterminer l'opportunité de réaliser un acte en mesurant le rapport bénéfice risque. Cette technique associe les preuves scientifiques de la littérature et le jugement collectif des experts (Fitch et al., 2001).
- **Méthode de consensus formalisé** : La méthode de consensus formalisé est utilisée lorsqu'il n'y a pas de données de la littérature ou que le niveau de preuve est faible. Elle permet de synthétiser des informations en définissant le degré de l'accord au sein du groupe, même lorsque les participants experts ne sont pas unanimes. Pour chaque recommandation, il y a plusieurs phases :
 1. **Phase de revue systématique** : identification, sélection, analyse et synthèse critique de la littérature
 2. **Phase de cotation** : Pour chaque recommandation les membres du groupe de cotation remplissent une échelle numérique graduée sur la pertinence de la directive.

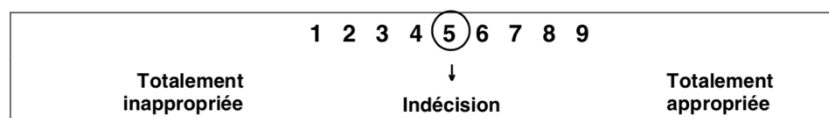


Figure 5 : signification de l'échelle numérique graduée de 1 à 9. Source (HAS, 2015)

Après une première cotation, le comité se rejoint. Il y a une discussion avec échange des points de vue puis une nouvelle cotation. La recommandation est retenue par les experts quand « *les cotations prises en compte sont toutes ≤ 5 ou toutes ≥ 5 .* » (HAS, 2015, p.17)

3. **Phase de rédaction de la version initiale** : analyse des cotations et rédaction du texte de recommandations pour le groupe de lecture
4. **Phase de lecture** : Cotation du groupe de lecture et analyse de leur réponse et remarques
5. **Phase de finalisation** : Rédaction, validation, diffusion

Ces quatre méthodes sont donc les techniques d'élaboration des recommandations majoritairement utilisées par les associations et organismes à l'origine des recommandations.

Mais quelles sont les organisations qui peuvent effectuer des recommandations pour les ergothérapeutes ?

C. Les associations à l'origine des recommandations en ergothérapie

1. A l'échelle mondiale: la World Federation of Occupational Therapist (WFOT)

La WFOT est « *la voix mondiale pour l'ergothérapie et établit la norme pour sa pratique.* » (WFOT, 2019). C'est une plateforme virtuelle regroupant environ 505 000 ergothérapeutes à travers 101 organisations mondiales (WFOT, 2019). Les membres de la WFOT œuvrent pour l'amélioration de la pratique et une meilleure reconnaissance et compréhension de l'ergothérapie dans les instances politiques mondiales. Leur objectif est de permettre l'excellence en ergothérapie grâce à la recherche, au partage et à la transmission des savoirs. La WFOT a largement contribué à l'essor de l'ergothérapie et notamment à sa reconnaissance à travers le monde et ce grâce à son programme d'harmonisation des pratiques. En effet, le « *Minimal Standards for the Education of Occupational Therapy* » publié par la fédération en 2002 puis réédité en 2016, a permis une meilleure compréhension de l'ergothérapie et des rôles de l'ergothérapeutes (Hocking, Erik Ness, 2014). La fédération, dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de développement de la pratique, élabore ses recommandations. Celles-ci sont mises à disposition sur le site de la WFOT et sont rédigées à partir de données de la littérature et des études menées par diverses organisations nationales d'ergothérapie telles que la Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT) et l'American Occupational Therapy Association (AOTA) mais aussi sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). De plus, en tant que « *représentant international de l'ergothérapie* » la WFOT organise des congrès internationaux tous les 4 ans, dans le but de favoriser les interactions entre les ergothérapeutes afin « *d'échanger des informations techniques et scientifiques et de promouvoir des normes de pratiques élevées dans le monde entier* » (WFOT,2019). Ces congrès sont également d'importantes sources de données, les informations qui en sont issues sont utilisées dans les recommandations publiées par la WFOT pour les ergothérapeutes.

2. A l'échelle européenne : Occupational Therapy Europe (OT Europe)

OT Europe est une collaboration entre plusieurs organismes. L'association fait le lien entre les thérapeutes, la formation et la recherche (OT EUROPE, 2019) dans le but d'améliorer la pratique ergothérapique en Europe.

Parmi les organismes présents on trouve :

- Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC)

La COTEC est une organisation à but non lucratif qui représente 30 associations nationales d'ergothérapeutes, soit environ 180 000 ergothérapeutes. L'objectif de COTEC est basé sur une plus grande visibilité de l'ergothérapie par le grand public et les instances politiques. C'est pourquoi l'association s'attache à harmoniser les pratiques à travers l'Europe afin que l'ergothérapie « *soit appréciée pour le rôle qu'elle peut jouer [...] afin que des décisions éclairées puissent être prises* » (COTEC, consulté le 23/11/19). Ainsi, l'association rédige, elle aussi, des recommandations à l'intention des ergothérapeutes mais aussi à destination des responsables politiques et des décideurs de l'Union Européenne afin de mieux traiter les questions de santé et les problèmes sociaux des citoyens européens.

- European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE)

L'association ENOTHE a été créée en 1995 à l'initiative de COTEC. Son objectif est « *d'améliorer la qualité et de définir et de développer une dimension européenne au sein d'une discipline universitaire* » (ENOTHE, 2019). L'objectif d'ENOTHE n'est donc pas l'harmonisation des pratiques à proprement dit, mais plutôt l'harmonisation et la garantie de la formation professionnelle en ergothérapie en Europe. ENOTHE ne propose pas de recommandations à l'égard des ergothérapeutes mais une sélection de ressources fiables pour améliorer la pratique ergothérapique.

- Research in Occupation Therapy and Occupational Science (ROTOS)

Dernier organisme arrivé au sein de OT EUROPE, ROTOS a pour vocation de mettre en place un réseau européen de recherche, dans le but d'utiliser les connaissances issues de leur travail dans les pratiques mais aussi comme argument auprès des politiques. Encore au début de son existence, ROTOS n'a, pour le moment, publié aucun résultat de ses recherches.

3. A l'échelle nationale

- La Haute Autorité de Santé (HAS)

La HAS est une « *autorité publique indépendante à caractère scientifique* » (HAS, 2019). Son rôle est d'appuyer « *les professionnels de santé dans l'amélioration continue de leurs pratiques cliniques pour prodiguer des soins plus efficaces, plus sûrs et plus efficaces [...]. La HAS promeut les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des usagers* » (Ministère des solidarités et de la santé, 2015).

La HAS a 3 missions principales qui sont :

- Évaluer les dispositifs médicaux et les actes en vue de leur remboursement

- Certifier les établissements de santé et accréditer les praticiens de certaines disciplines
- Recommander les bonnes pratiques et élaborer des recommandations de santé publique

Ainsi en 2018, la HAS a publié 142 recommandations de bonnes pratiques toutes disciplines confondues (HAS, 2019). Ces dernières sont consultables directement sur son site internet. Elles sont impartiales et font autorité (ANFE, 2017). Les recommandations rédigées par la HAS sont formulées à partir d'une méthode dite Méthode « *Recommandations par consensus formalisé* » (HAS, 2010). Cette méthode, explicitée précédemment (Cf. II.A.2), permet une identification du degré d'accord ou d'indécision parmi les experts et une formalisation précise de leurs avis. Les recommandations de bonnes pratiques en ergothérapie ont fait l'objet de plusieurs publications sur des sujets divers : polyarthrite rhumatoïde aspects médico-sociaux et organisationnels, repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des déficients sensoriels en EHPAD ou encore acquisition d'une aide technique. La HAS est notamment à l'origine du « dossier du patient en ergothérapie » publié en 2001.

- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE)

A l'échelle nationale, l'ANFE joue un rôle important dans l'amélioration de la pratique ergothérapique, bien qu'elle ne représente que 10% des ergothérapeutes exerçant en France (ANFE, 2019). L'un de ses rôles est de favoriser les échanges d'informations et de compétence entre les professionnels pour ainsi permettre le développement de la profession. Elle a également pour objectif d'informer le grand public sur l'ergothérapie, ses objectifs, ses valeurs ainsi que sur l'accès et le contenu de la formation.

L'un des rôles majeurs de l'ANFE reste cependant, celui d'organisme de formation continue. En effet, l'ANFE organise des stages de formation professionnelle et dirige également le service d'édition de la revue *ergOTHérapies*. Cette revue, publiée tous les 3 mois, propose des articles relatifs à la pratique ergothérapique. Elle permet aux professionnels de rester informés sur les pratiques émergentes mais aussi de suivre l'actualité de la profession. Parallèlement à ces services, l'ANFE rédige des fiches de recommandations de bonne pratique à l'égard des ergothérapeutes. Ces guides sont rédigés par des membres de l'association spécialisés sur le sujet puis, évalués par le comité d'éthique de l'ANFE ainsi que par le comité d'exercice (Marchalot, 2018). Les auteurs se basent généralement sur les textes de lois, les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'HAS et sur leur propre expérience professionnelle. Cependant, ces recommandations ne sont accessibles qu'aux membres de l'ANFE via leur espace adhérent.

Ainsi les recommandations en ergothérapie sont « *des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un moment donné* » (Gedda, Laurence, 2011, p.87). Elles sont faites pour aider les professionnels à choisir les meilleures stratégies thérapeutiques dans un contexte donné mais

elles ne dispensent pas le professionnel de « *faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée possible, en fonction de ses constatations* » (Gedda, Laurence, 2011, p.99). Les recommandations sont un support permettant aux professionnels de santé d'être informés et guidés dans leur pratique quand « *happés par les contraintes d'un présent chargé de carences et d'urgences, [ils] ne peuvent pas toujours suivre l'intégralité des programmes de connaissances concernant leur pratique.* » (Gedda, Laurence, 2011, p.88). Les recommandations sont donc un moyen de suivre l'évolution de la pratique, d'appliquer des normes communes aux autres pays et ce pour une harmonisation de la pratique et une meilleure reconnaissance de l'ergothérapie auprès du grand public et des instances politiques.

Depuis, la dernière réforme du programme de formation en ergothérapie de 2013, les étudiants en ergothérapie sont amenés à « *se former à la rigueur intellectuelle de la démarche scientifique* » (Terrien, Caire, 2017, p. 46). C'est également dans cette optique que le guide méthodologique d'élaboration des recommandations de bonne pratique de la HAS avait été actualisé en décembre 2010 (Gedda, Laurence, 2011). En effet, désormais les recommandations sont élaborées à partir d'une méthodologie rigoureuse, reposant sur des preuves scientifiques et des avis d'experts. Leur rédaction est précédée d'une analyse critique de la littérature « *selon les principes de la médecine et des pratiques fondées sur les preuves* » (Gedda, Laurence, 2011, p.96). De plus les recommandations sont « *actualisées en fonction de l'évolution des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratiques significatives* » (Gedda, Laurence, 2011, p.98), une veille littéraire est donc organisée afin que les recommandations soient les plus appropriées possibles.

Ainsi, les recommandations de bonnes pratiques, elles-mêmes fondées sur une démarche scientifique encouragent les ergothérapeutes à s'inscrire dans cette démarche.

Mais en quoi la démarche scientifique consiste-t-elle en ergothérapie et pourquoi est-elle si importante ?

III. La démarche scientifique en ergothérapie pour répondre aux nouveaux enjeux de la société

A. Qu'est-ce qu'une démarche scientifique en ergothérapie

D'après Lavarde, la démarche scientifique est une démarche qui s'applique à tous les domaines de la science : sciences de la vie ou sciences humaines et sociales. Elle est caractérisée « *par des grandes méthodes d'investigations* » (par Lavarde, 2008, p. 27). Ces méthodes sont un « *ensemble de procédures, démarches ou règles adoptées dans la conduite d'une recherche ou dans une pratique* » (Lavarde, 2008, p. 27). D'après l'auteur, il s'agit de formuler des énoncés, d'établir une réponse temporaire à la question, c'est à dire une hypothèse. Ensuite, il faut mettre au point des techniques qui permettront de valider ou d'invalider cette hypothèse. Enfin, il s'agit de mettre à l'épreuve les résultats des recherches entreprises, d'évaluer puis de conclure avant de générer un nouveau problème de recherche (Lavarde, 2008). On comprend donc que la démarche scientifique consiste à remettre en cause de façon continue savoirs et compétences, d'évaluer et faire des recherches à l'aide de « *méthodes d'investigations* » formelles et efficaces permettant d'améliorer sa pratique et donc la qualité des soins dispensés.

En ergothérapie cela s'apparente, entre-autres, à l'utilisation des données probantes dans sa pratique. Cependant, et comme en témoignent les recommandations, cela comprend également la veille professionnelle qui permet une actualisation régulière des connaissances et savoir-faire de façon à offrir une prise en soins la plus appropriée possible.

Mais qu'est-ce que l'utilisation des données probantes ? En quoi consiste cette démarche ? Qu'est-ce que la veille professionnelle ? Comment la mettre en œuvre ?

B. L'utilisation de données probantes en ergothérapie

Cette première partie a été particulièrement inspirée d'un article de Meyer (2011). D'après elle, on désignait, auparavant, par science toute pratique rationnellement construite. Or, depuis une vingtaine d'années maintenant une pratique « *scientifique* » est une « *pratique fondée sur des preuves obtenues par des travaux de recherche* » (Meyer, 2011, p.62). Il en est de même en ergothérapie. Les ergothérapeutes ont fondé la profession sur des pratiques rationnelles appuyées sur des modèles médicaux et des modèles conceptuels appliqués à l'ergothérapie. Très vite, le modèle biomédical, largement diffusé en biomédecine et utilisé en ergothérapie, trouve ses limites, notamment en rééducation. En effet, à travers l'utilisation de ce modèle les ergothérapeutes peinent à savoir si les acquis de la thérapie sont transférés dans les occupations de la personne. Au-delà du mécanisme pathologique, les professionnels veulent comprendre le trouble et ses effets et, notamment, ce qu'il est possible de faire pour aider le patient au quotidien dans son état actuel. C'est ainsi que la pratique

fondée sur les preuves, aussi appelée Pratique Probante ou Evidence Based Practice (EBP) en anglais, a émergée et s'est imposée en ergothérapie à partir des années 1997, d'abord en Angleterre puis, au Canada et en Australie, avant de s'étendre sur tout le globe.

D'après Taylor « *La pratique probante (EBP) est un processus systématique de recherche, d'évaluation, et d'emploi des résultats de la recherche actuelle dans la prise de décision clinique* » (Meyer, 2011, p.66). Aujourd'hui, la pratique fondée sur les preuves impose à l'ergothérapie une autre « *rationalisation que la rationalisation traditionnelle consistant à tirer des conséquences plausibles de ce que les écrits de médecine disent* » (Meyer, 2011, p.66). Autrement dit, l'EBP demande aux ergothérapeutes de fonder leurs interventions sur des recherches, avec des preuves fondées sur les résultats. En effet, cette démarche garantit la meilleure qualité possible de prestations de soins et l'actualisation fréquente des interventions offre une plus grande légitimité professionnelle.

Dans cette approche, il s'agit également d'analyser sa pratique, la requestionner et ce dans l'objectif « *d'évoluer et être toujours dans le soin pour ceux que nous rencontrons : les personnes en situation de handicap, leurs familles* » (Caire et al., 2011, p.31). L'utilisation des données probantes n'est donc pas seulement un moyen de garantir une meilleure efficacité des soins, c'est un devoir de l'ergothérapeute envers la société pour laquelle « *nous nous devons à la fois de chercher à améliorer l'impact de nos pratiques et de défendre le droit à un mieux vivre, dans des contextes de vie respectueux* » (Caire et al., 2011, p.31).

La lecture scientifique entre également en compte dans cette démarche. La lecture objective nos actions, elle nous oblige à penser avant d'agir. La recherche littéraire, « *est un lieu qui permet de réfléchir sur son propre positionnement en tant qu'ergothérapeute* » (Caire et al., 2011, p.31). C'est également ce qui nous fait évoluer. La lecture au-delà d'un travail de recherche sur un sujet précis peut aussi être un moyen de se tenir au courant des évolutions de la pratique. Réalisée plus quotidiennement, elle permet aux professionnels d'actualiser leurs connaissances. On parle alors de veille professionnelle.

C. La veille professionnelle des ergothérapeutes

D'après l'Association Française de Normalisation (AFNOR) la veille est « *une activité continue en grande partie itérative visant à une surveillance active de l'environnement technologique, commercial, etc., pour en anticiper les évolutions* » (AFNOR, 2020). A la différence de la recherche d'information, la veille est « *une activité continue, organisée, visant à anticiper* » (AFNOR, 2020). En ergothérapie, la veille professionnelle comprend, d'après Morel-Bracq (2019), la lecture de revues et d'ouvrages professionnels et la lecture des travaux de recherche. La veille professionnelle est une activité qui apparaît dans le référentiel d'activité de l'ergothérapeute du 5 juillet 2010. En effet, l'ergothérapeute

est tenu d'exercer une « *veille professionnelle et réglementaire* » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique Ministère de la santé et des sports, 2005, p.14). D'après le référentiel, en plus de la lecture, la veille professionnelle comprend également « *la constitution et l'alimentation d'une base d'information sur la profession, la recherche sur des bases de données et centres de documentation existants dans les domaines de l'ergothérapie, de l'activité et de la santé, la recherche des recommandations de bonnes pratiques* » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique Ministère de la santé et des sports, 2005, p.14). La veille professionnelle est donc une activité de l'ergothérapeute et consiste à se tenir informé en continu de l'évolution des connaissances et des pratiques mais, également, à se constituer une base de données propre à chacun, en correspondance avec nos champs d'interventions et nos prises en soins.

Mais quel est l'objectif de cette démarche ?

D'après Morel-Braçq (2019) la veille professionnelle a pour but de garantir des pratiques actualisées. Elle est « *plus que jamais indispensable pour les ergothérapeutes de terrain du fait de l'évolution très rapide des connaissances et de la nécessité de s'engager dans une pratique fondée sur les preuves* » (Morel-Braçq et al., 2019, p.68). La veille professionnelle permet de mettre en œuvre des pratiques innovantes pour le bien du patient. C'est une obligation de l'ergothérapeute pour le bien des patients et de leurs familles. D'une manière générale, les ergothérapeutes sont conscients de l'importance de cette activité dans leur pratique. Ainsi une enquête de Morel-Braçq et al., réalisée en 2019 auprès de 712 ergothérapeutes révèle un taux de 50% d'ergothérapeutes déclarant lire régulièrement des articles scientifiques, 38 % le font rarement et 12 % ne le font jamais (Morel-Braçq et al., 2019). Comme l'utilisation des données probantes, la veille professionnelle a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins en ergothérapie.

Mais au-delà de cet enjeu, quelles sont les différentes finalités de la démarche scientifique ?

D. La démarche scientifique pour répondre aux enjeux actuels de la société

1. Une démarche scientifique pour répondre aux enjeux économiques

En termes de santé, les résultats de la France sont plutôt satisfaisants et témoignent d'une haute qualité de l'offre de soins (Organisation de Coopération et de Développement Économiques [OCDE]), 2017). En effet, les indicateurs de santé tel que l'espérance de vie, l'espérance de vie en bonne santé ou le taux de survie des patients hospitalisés sont parmi les plus élevés des pays membres de l'Union Européenne. Cependant, le vieillissement de la population avec l'arrivée des « *papyboomers* » dans le 4ème âge dès 2020 (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2008) va bousculer le système de santé (OCDE, 2017). En effet, la population vieillissante « *nécessite des services toujours plus nombreux et diversifiés*. Les principales difficultés consistent à inciter les professionnels de la santé

à adopter un comportement efficient (...) à assurer la maîtrise des dépenses » (OCDE, 2017, p.2). La démarche scientifique répond à ces deux impératifs puisqu'elle induit de se baser sur des témoignages de l'efficacité de l'action dans les prises en soins. Ceci limite donc certains coûts.

De plus, dans ce contexte économique à moyens limités « *nos professions de soins (...) auront de plus en plus à faire la preuve de l'intérêt de leur interventions* » (Caire et al., 2011, p.31), on retrouve alors toute l'importance d'une pratique fondée sur des preuves pour témoigner de la légitimité de notre intervention auprès des patients. Aussi, l'utilisation quotidienne des données probantes dans sa pratique permet d'avoir du poids dans les décisions d'ordre publique. Ainsi, l'étude de Maud Graff et de ses collaborateurs (2011) sur la prise en charge à domicile du niveau de participation dans les activités domestiques de la vie quotidienne des patients présentant une démence de type Alzheimer a influencé les orientations dans la politique de santé « *et montré l'intérêt de l'apport de l'ergothérapie face aux problématiques de santé que rencontrent nos sociétés* » (Caire et al, 2011, p.31). Donner du poids à l'ergothérapie dans les décisions politiques de santé publique est également un objectif de la COTEC qui encourage les ergothérapeutes à utiliser les données probantes dans leur pratique. Pour favoriser l'utilisation de l'EBP, elle met à disposition des guides, mais aussi des argumentaires pour promouvoir la pratique probante à travers l'Europe (COTEC, 2019). Ces documents sont consultables directement sur le site de la COTEC et entrent dans le cadre de la veille professionnelle. Ainsi, en Europe comme en France, l'EBP et la veille professionnelle sont des processus d'amélioration de la qualité des services mais aussi de « *rationalisation du système de santé (...), d'optimisation de l'organisation et de l'allocation des ressources en veillant à la bonne utilisation des fonds publics* » (Trouvé, E. 2011, p.5). C'est pourquoi ces pratiques sont encouragées par les instances publiques au travers du référentiel et des recommandations de bonnes pratiques. Mais au-delà, de l'enjeu économique, la démarche scientifique en ergothérapie est également un enjeu politique et social.

2. La démarche scientifique pour répondre aux enjeux politiques

Au même titre que la veille professionnelle, les ergothérapeutes sont soumis à l'obligation de formation continue et cela dans un objectif d'amélioration continue de la qualité de soins, de suivi de l'évolution des besoins de la société et de mises à jour des connaissances. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, aussi appelée loi Kouchner fait état de cette obligation de se former, tout au long de la vie, afin de garantir aux travailleurs la mise à jour de leurs compétences. L'obligation de formation est alors à renouveler tous les 5 ans. Plus tard, la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) de 2009, instaure le Développement Professionnel Continu (DPC). Adapté ensuite par la loi de Modernisation du système de Santé en 2016, ce programme, devient une obligation triennale qui a pour objectifs « *l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la démarche qualité et de la sécurité des soins*

ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé » (Article 59 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, JORF n°167). Les formations dispensées dans le cadre du DPC sont soumises aux orientations nationales définies par le Ministère de la Santé mais aussi par des orientations régionales définies par les Agences Régionales de Santé (ARS) (Hernandez, 2013). Aujourd'hui, les obligations de DPC « exigent un engagement des ergothérapeutes vers des pratiques fondées sur la recherche et les données probantes » (Morel-Bracq et al., 2019, p.68). Outre la pratique fondée sur les données probantes, la démarche scientifique en ergothérapie consiste également à être capable d'analyser sa pratique pour l'améliorer. Cette capacité est un point essentiel du DPC. Ainsi selon Hernandez (2017, p.101) le DPC est une obligation « associant une dimension d'apport de connaissances et une dimension d'évaluation des pratiques professionnelles ». En cas de non-respect de cette obligation, le professionnel s'expose à un risque de sanction pouvant aller jusqu'à l'interdiction d'exercer (Agence Nationale du DPC, 2019). D'après Hernandez (2017), les objectifs du DPC sont :

- le décloisonnement entre les différents modes d'exercice
- l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques
- le maintien des connaissances et compétences
- la prise en compte des priorités de santé publique

Ainsi l'ergothérapie tend à évoluer vers une démarche scientifique en s'appuyant sur les différentes lois promulguées, au fil des années, dans le but de répondre aux enjeux économiques et politiques actuels mais également aux enjeux sociaux.

Les évolutions sociétales invitent l'ergothérapie à innover davantage, cependant quelles sont-elles réellement et comment modifient-elles l'ergothérapie ?

3. La démarche scientifique pour répondre aux enjeux sociaux

L'OMS donne, en 2008, la définition suivante de la santé : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». En France, le concept de santé a lui aussi évolué. Il prend désormais en compte « les déterminants sociaux en lien avec les structures sociopolitiques et économiques dans lesquelles les citoyens évoluent » (Albuquerque, 2019, p.307). Ainsi les déterminants sociaux de la santé font partie intégrante de l'état de santé d'une société. Société qui, elle-même, s'est transformée : « D'un côté, le patient-malade est devenu un citoyen responsable acteur du processus de guérison, de l'autre côté, l'État providence a évolué en un gouvernement participatif dans lequel l'individu est considéré comme une source de développement socio-économique » (Lievin, 2019, p.1). Dans ce contexte, l'ergothérapeute est encouragé à poursuivre son essor et à s'affirmer davantage dans la promotion des capacités, dans son action sur l'environnement et le développement du pouvoir d'agir en permettant à une personne

de se « *sentir en mesure de prendre des décisions et d'agir face à une nouvelle condition de santé afin de chercher à donner un sens à sa vie* » (Therriault, 2019, p.365). Tout cela, dans le but de garantir l'inclusion sociale (Trouvé, 2019). Là est l'enjeu de l'ergothérapie aujourd'hui : permettre « *à tous les enfants et adultes (d'avoir) les moyens de participer en tant que membres valorisés, respectés et contribuant à leur communauté et à la société* » (Laidlaw Foundatio, 2019). Les connaissances qu'apporte l'ergothérapeute sur le lien entre les occupations humaines et le potentiel sur la santé « *sont uniques et complémentaires aux efforts politiques de promotion de la santé* » (Albuquerque, 2019, p.320). D'après Albuquerque (2019), les ergothérapeutes ont un réel rôle à jouer dans la politique de santé actuelle davantage orientée vers le soin primaire, la promotion de la santé et la santé communautaire. Cependant pour se faire une place auprès des instances publiques, les ergothérapeutes doivent mettre en avant leur expertise sur l'occupation humaine afin d'être identifiés comme acteurs majeurs de la santé communautaire. Pour cela, la démarche scientifique s'impose : « *En fondant notre science de l'agir sur une vision occupationnelle de la santé, nous regagnons notre capacité à pouvoir habiliter les personnes à prendre un meilleur contrôle sur leur qualité de vie, dans des conditions réelles et ainsi maintenir un sentiment d'appartenance et de développement nécessaire à un ressenti de bien-être et de participation sociale dans la cité* » (Albuquerque, 2019, p.320).

Bien que la démarche scientifique en ergothérapie réponde à de nombreux enjeux sociétaux actuels, sa mise en œuvre peut parfois être difficile. Certaines limites à la démarche scientifique ont été soulevées par différents auteurs. Quelles sont-elles ?

E. Les limites de la démarche scientifique en ergothérapie

La démarche scientifique qu'il s'agisse de la veille sanitaire ou de l'utilisation des données probantes, repose sur la lecture : lecture d'articles, de revues professionnelles, d'ouvrages d'ergothérapie ou encore de recherches scientifiques. La lecture est le point de départ de la démarche scientifique. Or, de nombreuses limites à cette pratique ont été soulignées.

Une étude réalisée en 2019 par Morel-Bracq et al. sur les habitudes de lecture des ergothérapeutes et sur les façons de promouvoir les écrits scientifiques et une pratique fondée sur des preuves a souligné certaines limites à la démarche scientifique et plus particulièrement à la veille professionnelle.

L'étude a été réalisée auprès de 712 ergothérapeutes exerçant en France, la plupart des répondants était des femmes, de moins de 40 ans, 66% de l'échantillon avait obtenu son diplôme avant la réforme du programme de 2010. Les résultats de cette enquête ont montré les principales limites à la lecture scientifique et professionnelle. Ces dernières sont exposées dans le graphique ci-dessous.

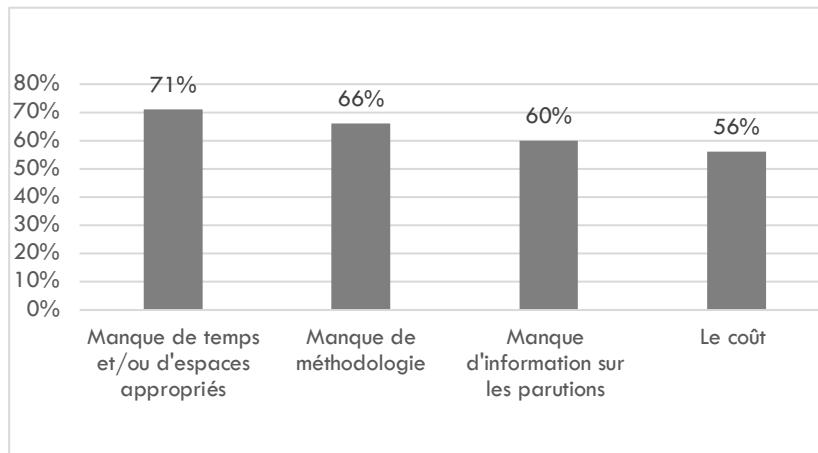


Figure 6 : Limites à la lecture scientifique et professionnelle d'après Morel-Bracq et al. (2019)

Une seconde enquête menée par Guichoux et Sorita en 2017, auprès de 55 ergothérapeutes confirme ces freins à la lecture d'écrits professionnels. Les deux auteurs soulignent néanmoins que bien que les ergothérapeutes soient conscients de l'importance de la lecture pour faire évoluer leur pratique, le fonctionnement institutionnel et notamment la tarification des soins, ne permet pas l'accès à la littérature scientifique et professionnelle. Ils parlent alors de paradoxe avec « *d'une part les exigences attendues en termes de qualité de soins et d'accompagnements qui nécessitent une théorie pour les professionnels, du temps d'information et donc des lectures et d'autre part les organisations de travail dans les établissements où les professionnels de santé sont quasiment en permanence auprès des patients car leurs financements en dépendent* » (Guichoux, Sorita, 2017, p.147). Les deux auteurs pensent qu'il est nécessaire de faire reconnaître un temps dédié à la lecture pour « *[souligner] la volonté partagée de maintenir et d'améliorer l'excellence recherchée de soins auxquels les professionnels de santé sont attachés et pour lesquels ils se sentent en responsabilité* » (Guichoux, Sorita, 2017, p.147). Morel-Bracq et al. ont aussi évoqué ce point et ont affirmé qu'il faisait partie des axes de développement de l'ANFE à l'horizon 2022 afin que les ergothérapeutes puissent s'engager « *dans une veille professionnelle efficace et une transformation vers des pratiques innovantes* » (Morel-Bracq et al., 2019,p.74).

Pour conclure, les éléments apportés par le cadre théorique me questionnent. Comment les ergothérapeutes actualisent-ils, individuellement, leur pratique quotidienne, avec les contraintes du terrain ? S'appuient-ils sur les recommandations ? Parviennent-ils à s'inscrire dans une démarche scientifique ?

Les divers éléments développés à travers la partie conceptuelle ont amené à formuler l'hypothèse suivante : **Pour répondre à l'évolution des besoins en France, les ergothérapeutes s'engagent dans une démarche d'amélioration de leur pratique centrée sur une approche scientifique elle-même encouragée par les recommandations.**

Pour rappel la problématique était : **De quelles manières les ergothérapeutes français, à travers les recommandations, actualisent-ils leur pratique tout au long de leur carrière ?**

Pour vérifier la véracité de cette hypothèse, une enquête de terrain auprès des ergothérapeutes diplômés d'état semble pertinente.

Partie 2 : Cadre expérimental

Suite aux recherches bibliographiques présentées dans le cadre théorique, nous cherchons désormais à vérifier l'hypothèse via une enquête de terrain. En effet, d'après De Singly (2005, p.34), « seule la mesure par l'enquête permet de connaître l'efficacité des politiques mises en œuvre, de savoir si tel ou tel objectif a été ou non réalisé, malgré la force des effets associés à la position sociale, au diplôme des individus. ».

I. Les objectifs de l'enquête

Afin de valider ou d'invalider l'hypothèse, j'ai choisi de recueillir les habitudes des ergothérapeutes exerçant en France concernant leur démarche d'amélioration de leur pratique puis de relever les actions qu'ils mettent en place individuellement, pour actualiser quotidiennement leur pratique et pour prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques. Cette enquête comprend plusieurs objectifs déclinés en objectifs primaires et objectif secondaire. Ces derniers sont :

Objectifs primaires

1. Identifier les actions mises en place par les ergothérapeutes pour faire évoluer leur pratique tout au long de leur carrière.

Les critères d'évaluation sont :

- Types d'actions mises en place par les ergothérapeutes pour faire évoluer leur pratique tout au long de leur carrière.

2. Déterminer de quelles manières les ergothérapeutes s'inscrivent dans une démarche scientifique comme cela est recommandé.

Les critères d'évaluation retenus sont :

- Nombre d'ergothérapeutes qui consultent les recommandations sur les sites de la WFOT, OT Europe, la HAS ou l'ANFE.
- Nombre d'ergothérapeutes qui utilisent la pratique fondée sur les données probantes dans leur exercice quotidien.
- Temps consacré par les ergothérapeutes à la veille professionnelle.
- Nombre d'ergothérapeutes qualifiant leur pratique comme répondant à une démarche scientifique.

Objectif secondaire :

1. Identifier les freins et leviers rencontrés par les ergothérapeutes dans leur démarche d'amélioration et pour la prise en compte des recommandations.

Les critères d'évaluation retenus sont :

- Types de freins à la démarche d'actualisation et d'amélioration des pratiques et pour la prise en compte des recommandations identifiés par les ergothérapeutes
- Types de leviers pour la démarche d'actualisation et d'amélioration des pratiques et pour la prise en compte des recommandations identifiés par les ergothérapeutes

II. Population

Comme explicité dans le cadre théorique, l'enquête porte sur la situation en France c'est pourquoi sont interrogés uniquement les praticiens français. L'enquête est à destination de l'ensemble des ergothérapeutes, qu'ils exercent en établissement médical, médico-social, social ou en libéral. En effet, nous nous intéressons à tous les ergothérapeutes qui ont une pratique clinique quotidienne, c'est également pour cette raison que les réponses des ergothérapeutes exerçant en tant que cadres de santé ou en tant que formateurs au sein des instituts de formation en ergothérapie ne seront pas prises en compte, bien que leurs compétences entrent dans le cadre de l'ergothérapie.

Les réponses des ergothérapeutes n'ayant pas obtenu leur diplôme en France ou n'exerçant pas dans le pays n'ont pas non plus été analysées afin d'exclure les différences associées aux politiques de santé ou à l'organisation des institutions ainsi que les disparités qui peuvent être liées au référentiel de formation et qui pourraient avoir une influence sur les comportements des ergothérapeutes.

Pour finir, nous avons choisi d'interroger les ergothérapeutes et ce peu importe leur expérience. En effet, d'après le référentiel du 5 juillet 2010, dès l'obtention de leur diplôme les ergothérapeutes sont tenus d'assurer une documentation professionnelle comprenant la recherche des recommandations de bonnes pratiques mais aussi une actualisation de leur pratique par des formations, des échanges avec des réseaux de professionnels et des réflexions sur leur pratique (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2005). De ce fait, l'enquête ne prend pas en compte le nombre d'années d'expérience des professionnels.

III. Outils

Afin de mener cette enquête, la méthodologie choisie fut celle du questionnaire. Le questionnaire est « *une suite de questions standardisées destinées à normaliser et à faciliter le recueil de témoignages.* » (Aubert-Lotarski, 2007, p.1). Cette méthode exploratoire semblait la plus appropriée car d'après Blanchet et al. (2013), les objectifs d'un questionnaire sont avant tout : d'estimer, de décrire et, de

vérifier une hypothèse. De plus, il est également question de « *découvrir le monde social avec un regard différent, un regard qui décèle, par la logique des croisements, des liaisons entre des faits peu visibles autrement ou en tout cas moins quantifiés* » (De Singly, 2005, p. 121). Or, à travers cette démarche, on tente également de connaître la réalité du terrain. En effet, certaines études, comme celle de Morel - Bracq et al. (2019) sur la veille professionnelle des ergothérapeutes ou celle de Guichoux et Sorita (2017) s'interrogeant sur les freins et leviers à la lecture scientifique, ont démontré les limites de l'utilisation de la démarche scientifique en ergothérapie. Or, c'est un axe prioritaire de l'actualisation des pratiques et comme nous avons pu le voir dans la partie conceptuelle c'est un point majeur dans les recommandations. À travers ce questionnaire, l'enquête a donc également pour objectif de tenter de rendre compte de ce qu'il en est réellement sur le terrain et d'apporter d'autres points de vue. Enfin, au vu de la large population concernée par le sujet, il semblait important d'avoir un échantillon de réponses le plus représentatif possible. Or, d'après Combessie (2007, p. 33), alors que « *l'observation et l'entretien favorisent une approche intensive, approfondissant un nombre limité de cas, le questionnaire a pour fonction principale de donner à l'enquête une extension plus grande et de vérifier statistiquement jusqu'à quel point sont généralisables les informations et hypothèses préalablement constituées.* » C'est donc pour toutes ces raisons que le questionnaire paraissait être la méthode exploratoire la plus adaptée pour l'enquête de recherche sur le terrain.

En ce qui concerne la constitution de l'outil, il s'agit d'un questionnaire d'administration directe, le répondant peut donc répondre lui-même (Van Campenhout et Quivy, 1995). Il comprend 22 questions fermées, à choix multiples, toutes en lien direct avec les objectifs. En effet, l'auteur De Singly à travers son ouvrage *Le questionnaire* (2005, p. 67), conseille d'utiliser préférentiellement ce type de questions car « *À priori, les questions ouvertes semblent meilleures parce qu'elles donnent plus d'informations sur les pratiques ou sur les représentations. En réalité les personnes interrogées peuvent fournir des indications peu utiles [...] les informations peuvent être trop dispersées* ». En ce qui concerne la constitution du questionnaire, De Singly souligne l'importance des indicateurs sociodémographiques au sein des questionnaires. Selon lui, le « *questionnaire a pour ambition première de saisir le sens « objectif » des conduites en les croisant avec des indicateurs, des déterminants sociaux* ». C'est pourquoi les questions de l'enquête sont articulées en deux grandes parties : une première sur les déterminants personnels et environnementaux et une seconde partie portant davantage sur les pratiques des ergothérapeutes. Cette dernière aborde les thématiques suivantes :

- Utilisation des recommandations de bonnes pratiques dans le but d'actualiser son exercice professionnel au quotidien
- Connaissance et mise en pratique des données probantes
- Connaissance et mise en œuvre d'une veille professionnelle

Le questionnaire se clôture par une question ouverte au cours de laquelle les participants sont invités à mener une réflexion sur leur propre pratique ergothérapique : la juge-t-il scientifique ou non ? Et pourquoi cela ? Ils peuvent aussi, s'ils le souhaitent, laisser un commentaire s'ils ont des remarques dont ils voudraient faire part. Le questionnaire d'enquête est consultable en annexe I de cet écrit.

Après conception du questionnaire, il a été nécessaire de le tester. Un essai a donc été réalisé auprès de 2 camarades de promotion afin de s'assurer de la bonne compréhension de l'ensemble des questions. Au vu de la large population concernée par le sujet, le mode de diffusion choisi fut internet bien que cette méthode présente certains inconvénients liés au fait qu'il n'y a pas de contact direct entre l'auteur du questionnaire et le questionné, elle était celle qui permettait de toucher un maximum de personnes dans un laps de temps relativement court. Le questionnaire a donc été transmis via le mailing ANFE, les réseaux sociaux et les mails de personnes rencontrées à travers mes précédents stages.

IV. Présentation et analyse des résultats de l'enquête

A. Le questionnaire

Le questionnaire a été diffusé durant 4 semaines avec une relance au bout de 2 semaines. La date de lancement de l'enquête correspondant au début de la crise sanitaire Covid-19 en France, beaucoup de mes mails sont restés sans réponse. Certaines équipes ont également répondu qu'au vu du contexte actuel, elles n'avaient pas de temps à consacrer au questionnaire. Néanmoins, grâce aux listes de diffusion de l'ANFE et aux partages sur les réseaux sociaux, il a tout de même été possible de récolter 56 réponses dont 55 exploitables. En effet, l'un des répondants exerçait en tant que cadre de santé, il rentrait, de ce fait, dans les critères d'exclusion.

B. Profil des participants

Pour commencer, nous nous sommes intéressés aux dates d'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute chez nos répondants.

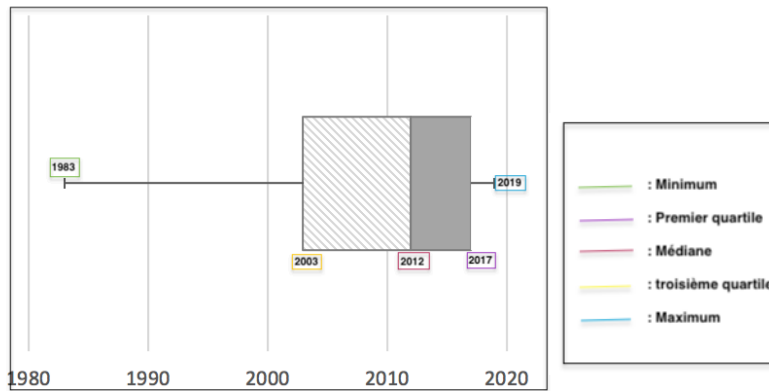


Figure 7 : Résultats des dates d'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute

Parmi les 55 réponses, l'ergothérapeute le plus ancien a été diplômé en 1983, 75% des participants ont obtenu leur diplôme après 2003. Plus précisément, 25 % des participants l'ont obtenu entre 2003 et 2012, 25% entre 2012 et 2017 et enfin 25% entre 2017 et 2019. Par ailleurs, on peut également relever que 56,4% des répondants ont été diplômés avant ou en 2013 tandis que 43,6% des questionnés ont obtenu leur diplôme après la réingénierie de la formation en ergothérapie. Néanmoins, l'année d'obtention du diplôme ne permet pas de connaître le nombre d'année d'expérience, alors qu'en est-il de l'expérience de ces personnes ?

Dans cet échantillon, le nombre moyen d'années d'expérience est de 11,4 ans avec des ergothérapeutes exerçant depuis plus de 30 ans et d'autres en poste depuis quelques mois. Outre cette différence liée à l'âge des participants, on peut aussi prendre en compte la réalisation ou non d'études complémentaires après la licence en ergothérapie.

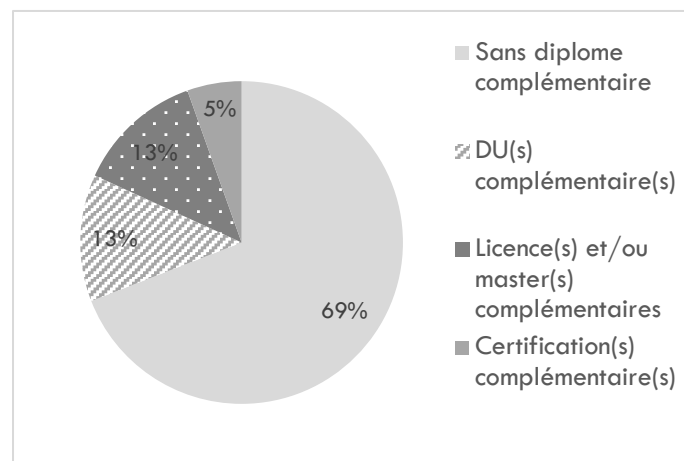


Figure 8 : Obtention de diplômes complémentaires chez les ergothérapeutes

Nous pouvons observer que :

- 69 % des répondants ont choisi de ne pas poursuivre leurs études
- 13% ont choisi de réaliser un diplôme universitaire (DU) s'inscrivant dans les domaines d'exercices de l'ergothérapie.
- 13 % ont choisi de poursuivre à la faculté en s'inscrivant dans une licence complémentaire ou dans un master.

Enfin, 2 des répondants de cette enquête, soit 5% de l'échantillon, ont passé des certifications complémentaires dans un domaine précis. Ces diplômes complémentaires peuvent paraître, pour certaines personnes, indispensables pour devenir expert dans un domaine, ou auprès d'une population avec laquelle ils souhaitent travailler par la suite. Nous nous sommes donc, ensuite, intéressés à la population prise en soin par les participants.

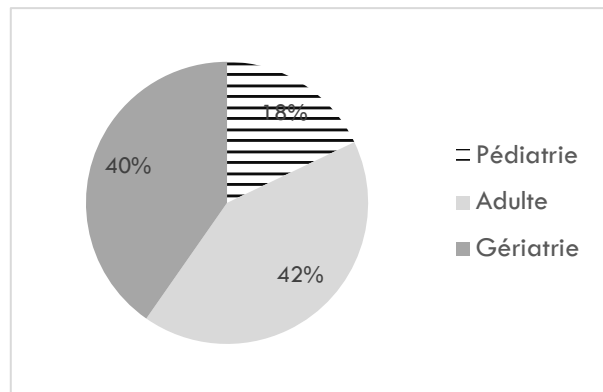


Figure 9 : Population prise en soin par les ergothérapeutes

D'après le graphique ci-dessus, la population accueillie par les ergothérapeutes interrogés est très diversifiée.

- 40 % des répondants exercent auprès de personnes âgées
- 18% auprès d'enfants
- 42 % auprès d'adultes

A savoir, que les répondants pouvaient faire plusieurs choix selon leur exercice. Ils sont d'ailleurs plus de 20 % à intervenir auprès de différentes classes d'âge en exerçant à plusieurs postes.

Pour finir, la dernière question de cette première partie du questionnaire s'intéressant aux facteurs personnels et environnementaux, concerne l'adhésion ou non à l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Les réponses sont les suivantes :

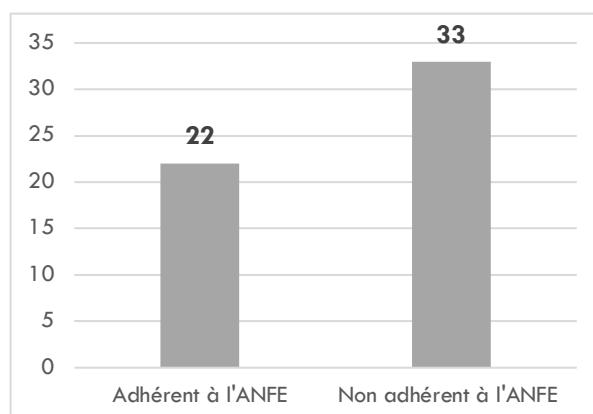


Figure 10 : Part des ergothérapeutes adhérant ou non à l'ANFE

Après avoir défini le profil des répondants de cette enquête nous allons maintenant présenter les réponses aux différentes questions, qui nous permettront d'avoir des arguments pour valider ou invalider notre hypothèse par la suite, hypothèse qui, pour rappel, était : **Pour répondre à l'évolution des besoins en France, les ergothérapeutes s'engagent dans une démarche d'amélioration de leur pratique et se tournent vers une approche plus scientifique encouragée par les recommandations.**

C. Actions mises en place par les ergothérapeutes

L'un des objectifs principaux de cette enquête est d'identifier les actions mises en place quotidiennement par les ergothérapeutes pour actualiser individuellement leur pratique. Comme explicité précédemment, dans la partie conceptuelle, nous nous intéressons à ce qui est fait de manière individuelle et non pas aux formations entrant dans le cadre de la formation continue des ergothérapeutes permises par les institutions et les organismes spécialisés.

Les réponses obtenues à cette question sont donc présentées dans le graphique ci-dessous.

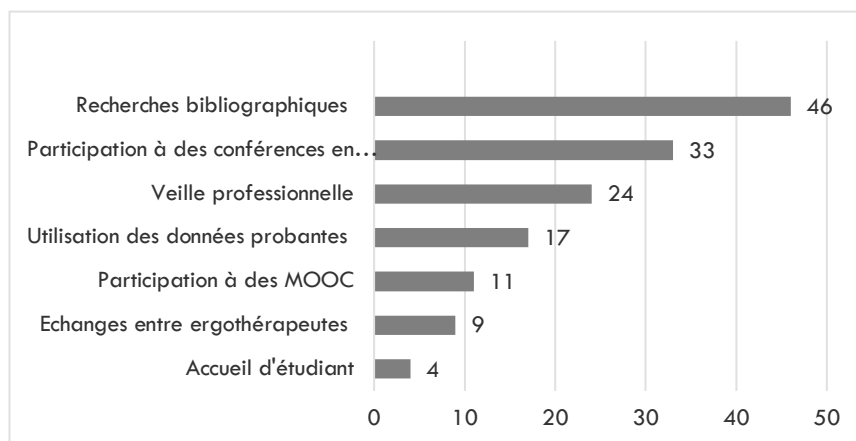


Figure 11 : Actions menées individuellement par les ergothérapeutes pour actualiser leur pratique

Comme nous pouvons l'observer, plus de 50 % des ergothérapeutes actualisent leur pratique grâce à des recherches bibliographiques quotidiennes et en participant à des conférences, soit en présentiel, soit en ligne. Ensuite, 24 répondants, soit moins de 50% de l'échantillon, exercent une veille professionnelle régulière dans le but d'actualiser leur pratique et seul 31% de l'échantillon déclarent utiliser les données probantes. Or, nous l'avons vu, ces deux méthodes sont, d'une part, encouragées par les recommandations et d'autre part elles permettent l'inscription dans une démarche scientifique. Nous y reviendrons ultérieurement.

Pour finir, 20 % des participants participent à des MOOC, 16 % échangent avec d'autres ergothérapeutes tandis que 7% profitent de l'accueil des étudiants pour mettre à jour leur pratique. Néanmoins si les recherches bibliographiques constituent un point essentiel de l'actualisation des pratiques chez les ergothérapeutes interrogés, nous allons maintenant voir si, chez les répondants, la

consultation des recommandations entre également dans leur démarche, dans le cadre de recherches bibliographiques comme cela est indiqué dans le référentiel d'activités de l'ergothérapeute du 5 juillet 2010.

D. La prise en compte des recommandations

D'après les réponses obtenues, les recommandations de bonnes pratiques en ergothérapie semblent, bel et bien, consultées de façon régulière chez les ergothérapeutes interrogés. Néanmoins, le terme n'ayant pas été défini dans le questionnaire, il n'est pas possible d'affirmer que les répondants considèrent la consultation des recommandations comme entrant dans le cadre de recherche bibliographique. Toutefois, 42 répondants soit 76 % de l'échantillon disent s'y appuyer pour actualiser leur pratique, tandis que 13 participants disent ne pas avoir recours aux recommandations. Face à cette réponse encourageante, on peut donc se demander à quelle fréquence ces ergothérapeutes ont-ils recours aux recommandations ?

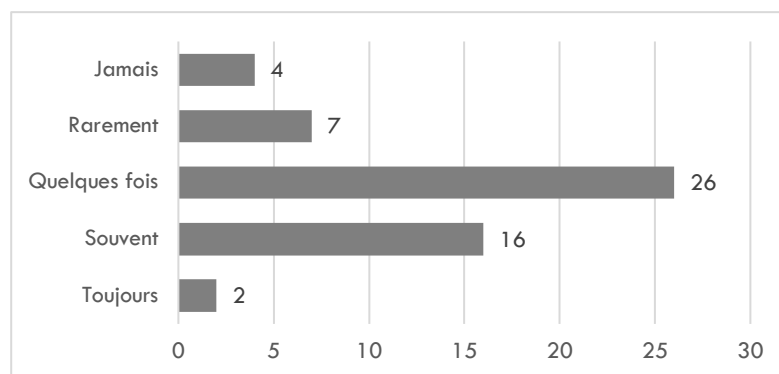


Figure 12 : Fréquence d'utilisation des recommandations chez les ergothérapeutes interrogés

D'après le graphique ci-dessus, 47% des ergothérapeutes interrogés consultent les recommandations pour actualiser leur pratique de temps en temps, 32 % de façon régulière et 20% de façon occasionnelle ou jamais.

D'après l'analyse de ces résultats, les personnes ayant répondu « non » à la question « Vous appuyez vous sur les recommandations de bonnes pratiques en ergothérapie pour actualiser votre exercice ? », sont majoritairement des personnes diplômées avant ou en 2013. En effet, 77% des participants ayant répondu non à cette question ont été diplômés avant la réforme de la formation en ergothérapie. De ce fait, 32 % des personnes diplômées avant ou en 2013 n'ont pas recours aux recommandations, tandis que ce taux ne dépasse pas les 12,5% chez les personnes ayant décroché leur diplôme après 2013. Cet écart se confirme à la question suivante concernant la fréquence d'utilisation des recommandations, la part des personnes ayant répondu « jamais » ou « rarement » est constituée à 91 % de personnes diplômées avant ou en 2013.

Par ailleurs, on remarque que 63 % des répondants qui consultent les recommandations de façon occasionnelle, voire jamais, ne sont pas adhérents à l'ANFE tandis que 47 % des adhérents à l'ANFE ont répondu « *toujours* » ou « *souvent* » à cette même question.

Aussi, les personnes avec un diplôme complémentaire, sont, dans cet échantillon, celles qui consultent le plus les recommandations, 69% d'entre elles affirmant y avoir recours de façon régulière.

De plus, il a été possible d'observer une différence entre les ergothérapeutes exerçant en pédiatrie, auprès d'adultes ou en gériatrie. En effet, il apparaît que les professionnels exerçant en pédiatrie et en gériatrie ont plus souvent recours aux recommandations que leurs collègues exerçant auprès d'adultes. Ainsi, 42 % des personnes accueillant des enfants ont répondu soit « *toujours* » soit « *souvent* » à la question, 37 % des personnes exerçant en gériatrie ont donné la même réponse tandis que seulement 10 % des ergothérapeutes travaillant auprès d'adultes ont pu affirmer la même chose.

Après avoir observé que les recommandations étaient, d'une façon générale, relativement utilisées, nous pouvons nous demander quel(s) organisme(s) est (sont) préférentiellement consulté(s).

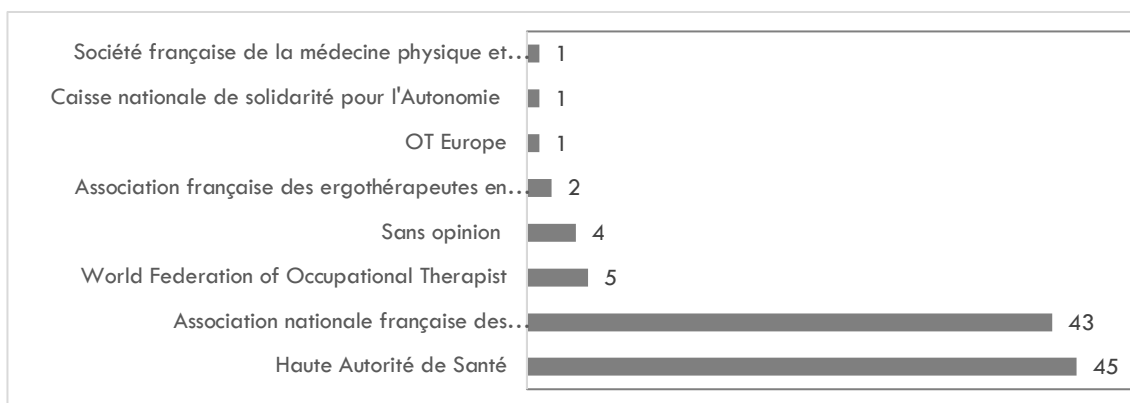


Figure 13 : Organismes sollicités pour la consultation des recommandations de bonnes pratiques

D'après ce graphique, la Haute Autorité de Santé et ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles à l'égard de nombreux personnels de santé arrive en première position avec 45 réponses, soit 81% de l'échantillon, déclarant consulter les recommandations de cet organisme. Vient ensuite l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, consultée par 78% de l'échantillon. A noter que 86% des membres de l'association consultent ces recommandations. Ces résultats relativement hauts s'expliquent, entre autres, par le fait que 100% des répondants exerçant en pédiatrie aient cités l'HAS ou l'ANFE. C'est également le cas pour 78% des professionnels exerçant auprès d'adultes et 71% des répondants intervenant en gériatrie. De plus, parmi les personnes ayant auparavant affirmé qu'elles ne consultaient pas, de manière régulière, les recommandations, elles sont 54% à avoir tout de même identifié l'HAS comme organisme à consulter pour les recommandations et 46% à avoir identifié l'ANFE.

Nous pouvons aussi observer que les organismes tels que la World Federation of Occupational Therapy ou Occupational Therapy Europe dont il est question dans la partie conceptuelle, sont, en définitive, peu sollicités avec respectivement 9% et 1,8% de l'échantillon qui les consulte. Enfin, de nouveaux organismes, n'ayant pas été abordés dans la partie conceptuelle, ont été cités par les ergothérapeutes. C'est notamment le cas de l'association française des ergothérapeutes en gériatrie, mais aussi de la caisse nationale de sécurité pour l'autonomie, ainsi que la société française de la médecine physique et réadaptative.

Face aux résultats obtenus, traduisant une utilisation significative des recommandations pour l'actualisation des pratiques grâce, notamment, aux ressources de l'HAS et de l'ANFE, on peut alors se demander quels sont les freins mais aussi les leviers rencontrés par les ergothérapeutes dans la mise en œuvre de ces recommandations ?

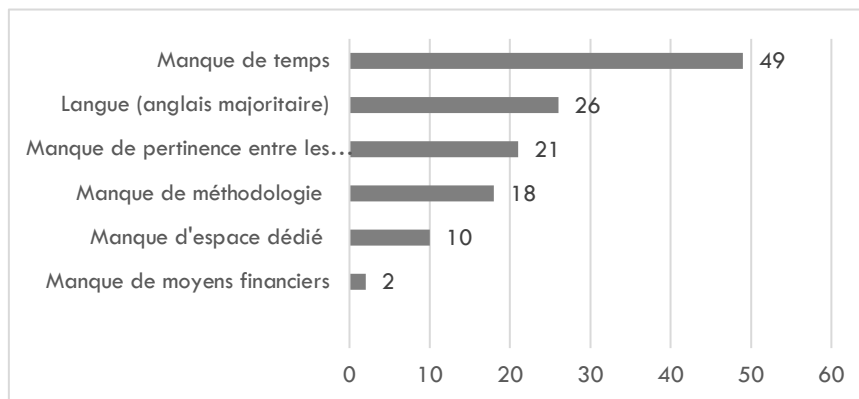


Figure 14 : Freins à l'utilisation des recommandations identifiés par les ergothérapeutes de l'enquête

Parmi les freins soulevés par les ergothérapeutes pour l'application des recommandations dans leur pratique quotidienne, nous trouvons, en premier lieu, le manque de temps : réponse donnée par 91 % des répondants de cette enquête. Les 3 personnes n'ayant pas identifié le manque de temps comme barrière principale ont toutes les 3 évoqué le manque de pertinence entre les ressources disponibles et leur sujet de recherche, élément arrivant en 3^{ème} position avec 39% de participants partageant cet avis. Les personnes ayant répondu « *rarement* » ou « *jamais* » à la question « *A quelle fréquence avez-vous recours aux recommandations ?* » sont également 27% à avoir identifié ce frein. Par ailleurs, dans ce groupe, ils sont aussi 27% à avoir évoqué le manque de méthodologie et 73% à avoir identifié le manque de temps comme frein majeur. Pour finir, ils ont également soulevé la barrière de la langue à 36 %. Cet avis est également partagé par l'ensemble de l'échantillon. En effet, 26 personnes, soit 47% de l'échantillon, définissent la barrière de la langue comme frein majeur à l'utilisation des recommandations. Ce facteur a même été identifié par une personne qui, pourtant,

affirme consulter les recommandations européennes d'OT Europe rédigées en anglais. Aucun autre répondant lisant en anglais n'a identifié la langue en tant que frein.

Pour poursuivre, les personnes ayant eu un diplôme complémentaire ou ayant été diplômées plus récemment ne présentent pas moins de difficultés que les autres, sur ce point. En effet, 56 % des personnes ayant un diplôme complémentaire ont identifié la langue comme obstacle majeur alors que, comme nous venons de le voir, cet élément n'a été identifié en tant que frein que par 47% de l'échantillon total. Même observation en ce qui concerne le manque de méthodologie avec 31 % des personnes qui possèdent des diplômes complémentaires estimant manquer de méthodologie pour appliquer les recommandations tandis que seul 34% du reste de l'échantillon total a identifié ce même frein. Néanmoins, il semblerait que les personnes diplômées après 2013, présentent moins de difficultés de méthodologie. En effet, seulement 20 % des personnes diplômées après la réforme estiment manquer de méthodologie contre 40% chez les personnes diplômées avant ou en 2013. Pour finir, le manque d'espace dédié a été identifié par 10 des répondants soit 18% des participants. Le manque de moyen financier a été évoqué par 2 des participants qui entendent par-là l'accès payant à de nombreux articles.

Malgré les freins évoqués, les résultats ont tout de même démontré une utilisation généralisée des recommandations chez les répondants, on peut donc se demander quels sont les éléments facilitateurs de cette démarche ?

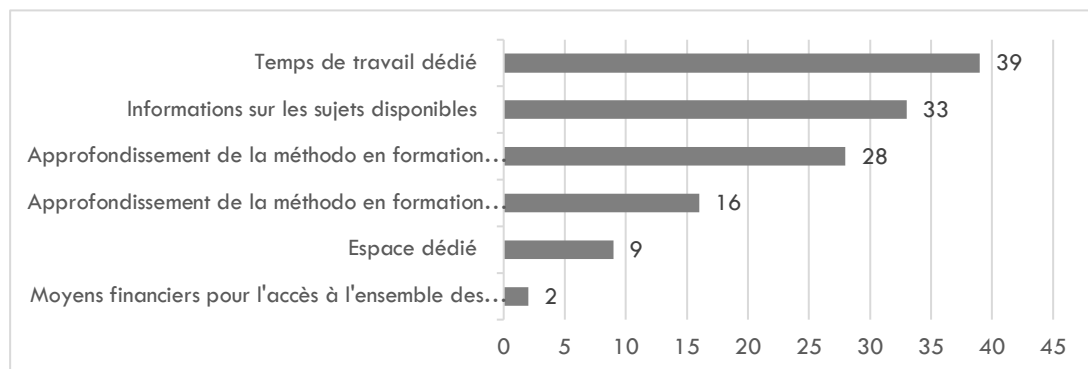


Figure 15 : Éléments facilitateurs identifiés par les ergothérapeutes de l'enquête pour l'utilisation des recommandations

Premièrement, l'élément facilitateur majeur semble être le temps de travail dédié. En effet, 39 répondants soit 71% de l'échantillon ont identifié ce facteur comme facilitant. Effectivement, 74% des personnes y consacrant un temps dédié ont affirmé avoir régulièrement recours aux recommandations. On trouve, ensuite, les informations sur les sujets disponibles qui recueillent 60% des avis, puis l'approfondissement de la méthodologie en formation continue comme en formation

initiale. Ces deux derniers éléments ont été soulevés par respectivement, 51 % et 29% des ergothérapeutes de l'échantillon. Il n'a pas été possible d'établir de lien de causalité entre les différents facteurs environnementaux et ces derniers résultats. En réalité, en ce qui concerne l'approfondissement de la méthodologie en formation initiale, les répondants ayant identifié cet élément, sont autant à avoir été diplômés avant 2013 qu'après. On remarque le même phénomène chez les personnes avec diplôme complémentaire qui sont 50% à désigner l'approfondissement de la méthodologie en formation continue comme élément facilitateur alors que l'autre moitié n'a pas fait état de ce facteur. Néanmoins, 68% des personnes ayant relevé ce dernier facteur ont répondu « souvent » ou « toujours » à la question « A quelle fréquence avez-vous recours aux recommandations ? ». Ils sont d'ailleurs 61% de ce sous-groupe à l'avoir identifié comme facilitateur majeur. Comme pour le reste de l'échantillon, ils ont ensuite identifié le temps de travail dédié pour 50% d'entre eux et des informations quotidiennes sur les sujets disponibles à 28%

Pour finir sur les éléments facilitants, on retrouve l'accès à des espaces dédiés qui a été évoqué par 16% des participants et les moyens financiers qui, comme nous l'avons précisé dans les freins à l'utilisation des recommandations, permettent d'avoir accès à l'ensemble des articles ergothérapeutiques mais aussi d'une façon plus générale aux articles scientifiques. En effet, l'accès à la lecture scientifique est d'autant plus important lorsque l'on souhaite s'inscrire dans une démarche scientifique. En ergothérapie, comme nous avons pu le voir dans la partie conceptuelle la démarche scientifique est encouragée par les recommandations et passe, entre autres, par l'utilisation des données probantes et la réalisation d'une veille professionnelle régulière.

L'enjeu des questions suivantes étaient donc de connaître l'engagement des ergothérapeutes dans une démarche scientifique et notamment savoir s'ils utilisaient les données probantes et s'ils réalisaient une veille professionnelle de façon régulière.

E. L'inscription dans une démarche scientifique

1. L'utilisation des données probantes

Dans l'échantillon interrogé à propos de l'utilisation des données probantes dans leur exercice quotidien les résultats obtenus sont les suivants :

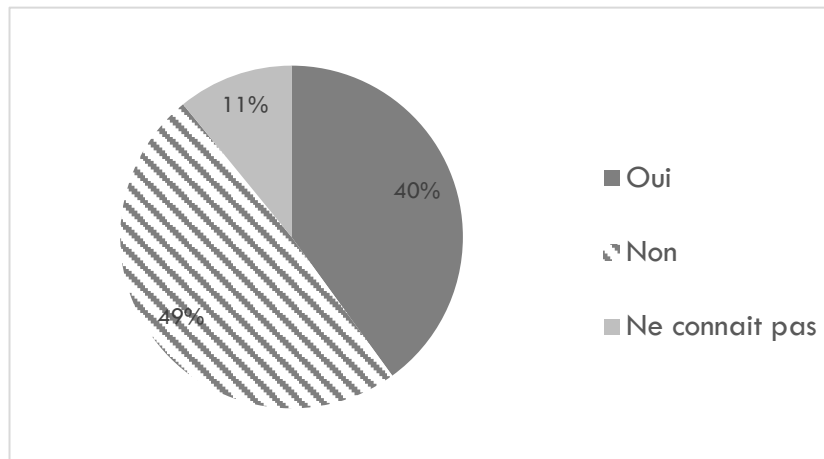


Figure 16 : Utilisation des données probantes chez les ergothérapeutes

D'après le graphique suivant, la part des ergothérapeutes utilisant les données probantes est de 40% soit 22 répondants de l'échantillon, 49 % ne les utilisent pas ce qui représente 37 participants. Enfin, 11% soit 6 ergothérapeutes de l'échantillon ne connaissent pas ce dont il s'agit et par conséquent ne les utilisent pas. Parmi ces 6 ergothérapeutes, l'année moyenne d'obtention du diplôme est de 2001. Il s'agit donc de professionnels ayant été, hormis 1 cas, diplômés avant ou en 2013. D'ailleurs, on peut relever que 88% des personnes ayant répondu « non » à la question « Utilisez-vous l'Evidence Based practice, aussi appelée pratique fondée sur les données probantes ? » ont obtenu leur diplôme avant la réingénierie de la formation en ergothérapie.

Ensuite, bien que 9% des membres de l'ANFE ne connaissent pas l'existence des données probantes, on peut tout de même souligner une utilisation convaincante des données probantes chez les autres membres de l'association avec un taux d'utilisation de 62%.

De plus, on n'observe pas de différence entre les personnes avec ou sans diplômes complémentaires car seulement 50 % des personnes ayant réalisé une poursuite d'études utilisent les données probantes dans leur pratique.

Enfin, comme pour l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques, on constate un écart entre les professionnels selon qu'ils exercent auprès de personnes âgées, d'adultes ou d'enfants. Ainsi, 58 % des ergothérapeutes en pédiatrie appuient leur pratique sur les données probantes. Ce taux baisse et atteint les 43 % chez les ergothérapeutes exerçant auprès d'adultes et enfin en ce qui concerne les ergothérapeutes exerçant en gériatrie ce taux est de 34%.

Pour clôturer sur cette question, 82% des répondants ayant répondu « oui » à l'utilisation des données probantes sont également des personnes qui ont affirmé consulter les recommandations de façon régulière.

À présent, en ce qui concerne la fréquence d'utilisation des données probantes, nous obtenons des résultats cohérents avec ceux trouvés précédemment avec 3 votes pour « toujours », 6 pour « souvent », 18 pour « quelque fois » et enfin 14 pour « rarement » et 15 pour « jamais ».

L'analyse de ces résultats confirme la tendance observée à la question précédente. En effet, parmi les 9 réponses obtenues aux items « toujours » et « souvent », 44 % sont les réponses de membres de l'ANFE. D'autre part, 56% des répondants aux items « jamais » ou « rarement » ont été diplômés avant la réingénierie de la formation en ergothérapie. Enfin, pour les personnes avec diplôme, 50% de ce groupe n'utilise que rarement voire jamais les données probantes. Cela confirme donc les résultats obtenus précédemment.

Afin de comprendre comment les ergothérapeutes s'y prennent pour utiliser les données probantes dans leur exercice et les freins et leviers qu'ils rencontrent, il est tout d'abord intéressant de prendre connaissance des ressources qu'ils exploitent, préférentiellement, pour chercher ces données.

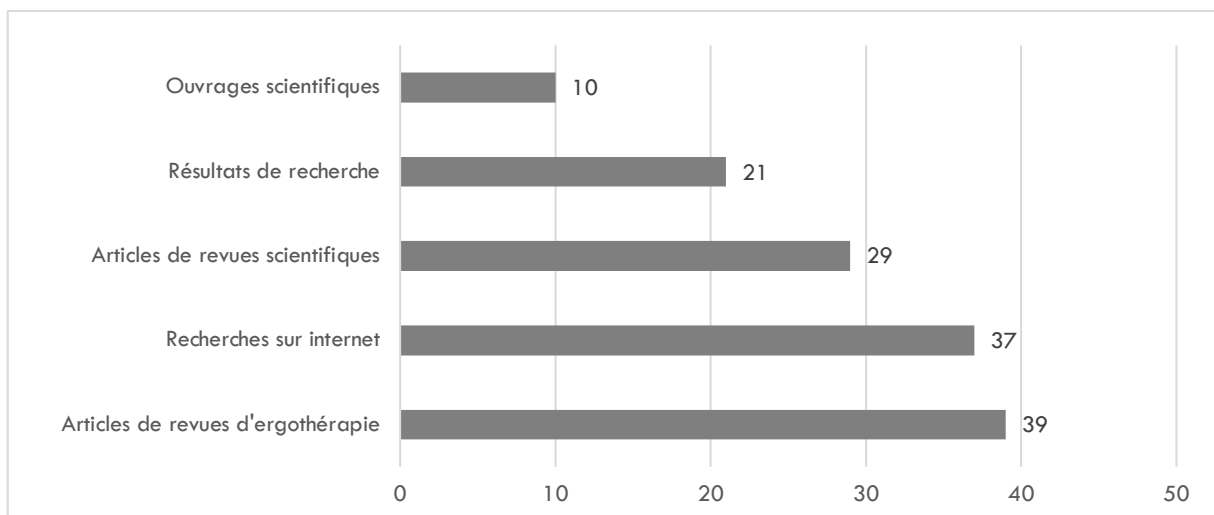


Figure 17 : Ressources consultées par les ergothérapeutes pour la recherche des données probantes

D'après ce graphique, les principales ressources pour la recherche de données probantes chez les ergothérapeutes sont, en première position, les articles de revues ergothérapeutiques avec 71% des avis. D'ailleurs, 92% des personnes ayant déclaré rechercher les données probantes dans les articles de revues ergothérapeutiques s'y réfèrent également pour rechercher des recommandations de bonnes pratiques. Ensuite, on trouve les recherches sur internet qui enregistrent 67% des avis de l'échantillon

interrogé. Viennent ensuite la consultation des articles de revues scientifiques pour 29 des personnes questionnées puis, les résultats de recherches scientifiques qui intéressent 21 personnes sur les 55. Enfin, on trouve, en dernière position, les ouvrages scientifiques qui enregistrent 18% des avis. L'analyse de ces résultats montre que les ergothérapeutes interrogés sont nombreux à multiplier leurs ressources. Ainsi, plus de 54,5% utilisent au moins 3 ressources de données.

Parmi ceux consultant 4 types de ressources minimum, 50% ont obtenu leur diplôme avant ou en 2013, 50% l'ont obtenu après. Il est également possible de croiser ces éléments de réponse avec ceux obtenus à une des questions précédentes concernant les ressources utilisées pour les recommandations. En effet, parmi ce groupe de personnes, ils sont 94% à avoir recours aux recommandations de l'HAS et 75% à consulter celles de l'ANFE. Ils représentent également 80% des participants lisant la WFOT, et nous l'avons vu précédemment, ils sont très peu. Aussi, les deux personnes ayant indiqué s'appuyer sur l'AFEG dans leur pratique font partie de ce groupe qui croise un maximum de sources de données.

Pour poursuivre, parmi les personnes utilisant au maximum 2 différents types de ressources, 80% ont obtenu leur diplôme avant la réingénierie de la formation.

Ensuite, concernant les membres de l'ANFE, l'analyse des résultats a montré que 33% des membres se référaient à deux références maximum, 33% à 3 références et 33% à 4 minimum. De plus, chez les personnes avec un diplôme complémentaire le nombre moyen de références consulté est de 2,75.

Pour finir, on relève comme précédemment des disparités entre les ergothérapeutes selon la population avec laquelle ils travaillent au quotidien. En pédiatrie, la totalité des répondants se reportent au minimum à 3 ressources. En gériatrie, 63% des ergothérapeutes ne se reportent qu'à 2 ressources maximum tandis qu'en adultes ce chiffre atteint les 50%.

À noter que les ergothérapeutes ayant répondu « non » à la question « *Utilisez-vous l'Evidence Based Practice, aussi appelée pratique fondée sur les données probantes ?* » n'ont pas répondu à cette question.

Suite à cela, on peut donc se demander quels sont les freins rencontrés par les ergothérapeutes pour l'utilisation des données probantes dans leur exercice quotidien ?

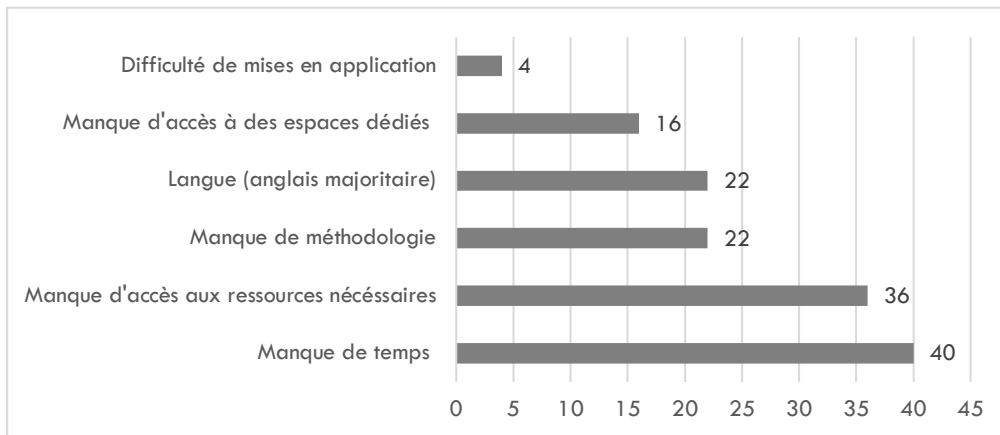


Figure 18 : Freins identifiés par les ergothérapeutes pour l'utilisation des données probantes

Comme pour les freins à l'utilisation des recommandations, le manque de temps apparaît ici comme l'obstacle majeur à l'utilisation des données probantes. En effet, 40 personnes soit 73% de l'échantillon sont de cet avis. Il est suivi par le manque d'accès aux ressources nécessaires à 65% et du manque de méthodologie à 40%. Néanmoins, et comme cela était le cas pour l'utilisation des recommandations, parmi les personnes ayant identifié le manque de méthodologie comme obstacle principal, la majorité, ici 82 %, a été diplômé avant 2013.

De plus, contrairement à l'item précédent concernant les recommandations, ici, les personnes ayant des diplômes complémentaires ont plus d'habiletés à utiliser les données probantes. En effet, cette fois-ci seuls 31% évoquent le manque de méthodologie, alors que cet obstacle a été soulevé par 40% de l'échantillon total.

Enfin, parmi les autres difficultés établies, on retrouve la langue qui était d'ores et déjà un frein à l'utilisation des recommandations chez une majeure partie des ergothérapeutes interrogés. On trouve également le manque d'accès à des espaces dédiés relevé par 29% des participants. Enfin, des difficultés de mise en application des données probantes ont été exprimées par 4 ergothérapeutes qui entendent par difficultés de mise en application les contraintes du terrain et le contexte institutionnel.

Malgré ces freins, l'utilisation des données probantes, bien qu'encore peu répandue, est, comme nous avons pu le voir, mise en œuvre par 40% des ergothérapeutes de notre échantillon.

Alors quels sont les éléments facilitants leur utilisation ?

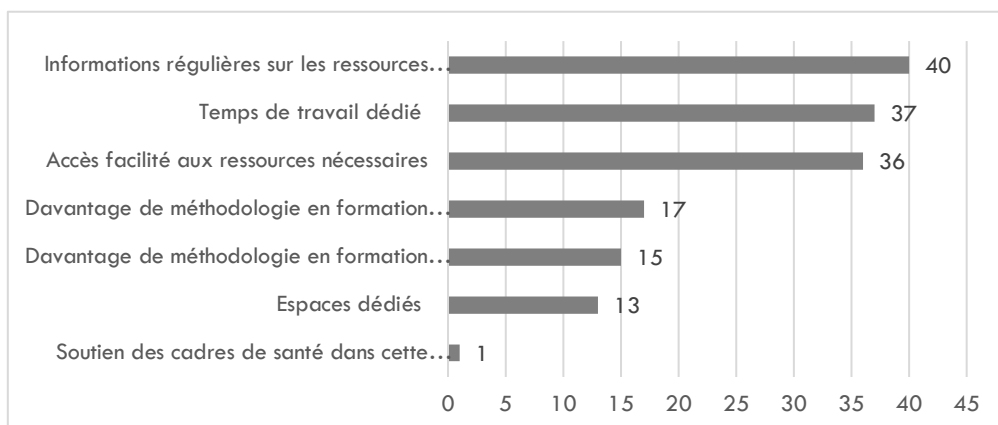


Figure 19 : Leviers identifiés par les ergothérapeutes pour l'utilisation des données probantes

D'après le graphique ci-dessus, les principaux leviers identifiés sont les informations régulières sur les ressources disponibles, des temps de travail dédié et l'accès facilité aux ressources nécessaires. Ces 3 premiers éléments recueillent respectivement 73%, 67 % et 65% des avis des participants. En effet, parmi les répondants ayant répondu « oui » à l'utilisation des données probantes 60% ont identifié 3 de ces facteurs comme éléments facilitateurs dans leur démarche quotidienne et 27% de ce sous-groupe en ont identifié 2. Néanmoins, on peut dire que ces premiers leviers concernent tous les ergothérapeutes sans qu'il y ait d'influence du niveau d'étude, de la population prise en soin ou de l'année d'obtention du diplôme d'état.

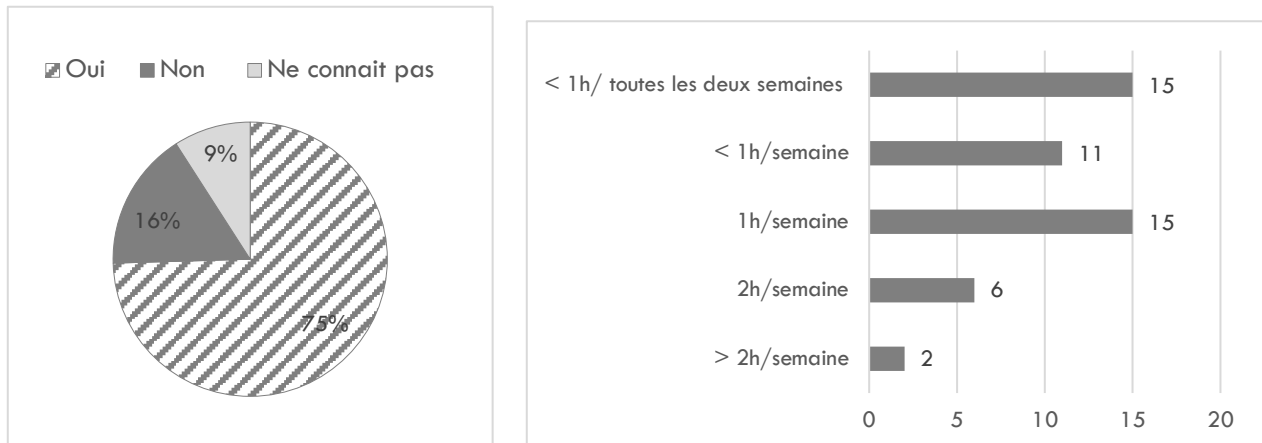
Ensuite, un des leviers désigné est également un approfondissement de la méthodologie en formation initiale et en formation continue. Cependant, alors qu'un approfondissement de la méthodologie en formation continue était plébiscité pour l'utilisation des recommandations, ici c'est un approfondissement de la méthodologie en formation initiale qui recueille le plus d'avis avec 31% de répondants de cet avis contre 27% pour la méthodologie en formation continue.

Enfin, les deux derniers facilitateurs spécifiés sont la mise à disposition d'espaces dédiés avec 24% d'avis en ce sens et pour finir un soutien des cadres de santé dans cette démarche, 2% des avis.

Ainsi, comme nous avons pu le voir dans la partie conceptuelle, les recommandations encouragent les ergothérapeutes à s'inscrire dans une démarche scientifique et par conséquent à utiliser les données probantes dans leur exercice quotidien. Nous avons, à travers ces dernières questions, pu faire un constat de l'application de cette démarche chez les ergothérapeutes de l'échantillon. Néanmoins, la démarche scientifique ne réside pas seulement en une pratique basée sur les données probantes. Il s'agit également de réaliser une veille professionnelle régulière permettant d'avoir une approche la plus actuelle et adaptée possible. Voici donc le principal sujet des questions suivantes.

2. La mise en œuvre de la veille professionnelle chez les ergothérapeutes

La veille professionnelle est une activité définie dans le référentiel d'activité de l'ergothérapeute du 5 juillet 2010. Les réponses suivantes vont permettre d'établir un constat sur la réalisation de cette activité chez les ergothérapeutes interrogés



Figures 20 et 21 : Réalisation de la veille professionnelle chez les ergothérapeutes – Temps moyens consacrés à la veille professionnelle chez les ergothérapeutes

D'après les résultats obtenus à ces questions, la part des ergothérapeutes réalisant une veille professionnelle régulière est de 75%, 16% n'en réalisent pas tandis que 9% ne savent pas de quoi il s'agit. Parmi la part des ergothérapeutes ayant répondu « oui » pour la réalisation d'une veille professionnelle, 27% associent cette activité seulement à la consultation des recommandations soit 20% de l'échantillon global. Aucun ne l'associe uniquement à l'utilisation des données probantes. Enfin 67% de ceux qui ont dit « oui » soit 49% de l'ensemble des répondants associent la veille professionnelle à l'utilisation des données probantes et à la consultation des recommandations. Ensuite, au sein des personnes ne sachant pas de quoi il s'agit, on compte 3 personnes diplômées après 2013 et 2 personnes diplômées avant 2013, ce qui ne permet pas d'établir de lien. Par ailleurs, 5 des 8 participants ayant répondu « non » à la question « Assurez-vous une veille professionnelle régulière ? » ont obtenu leur diplôme après 2013. De plus, parmi les personnes consacrant 2 heures par semaine ou plus à la veille professionnelle, seulement 37,5% ont obtenu leur diplôme après 2013. Néanmoins, la part de ces jeunes diplômés est seulement de 42% chez les personnes consacrant moins d'1 heure par semaine voire toutes les deux semaines à la veille professionnelle. Pour poursuivre, chez les personnes ayant poursuivi leurs études, bien que 62,5% y consacrent au minimum 1heure par semaine, 19% d'entre elles ne mènent pas du tout de veille professionnelle. De même pour les membres de l'ANFE qui sont 17% à ne pas mener de veille professionnelle alors qu'ils sont 56,5% à y consacrer au minimum 1 heure par semaine.

Enfin, la population accueillie n'a, pour ces questions, visiblement pas beaucoup d'influence car 75% des ergothérapeutes en pédiatrie assurent réaliser une veille professionnelle, c'est également le cas pour 78,5% des ergothérapeutes interrogés travaillant auprès des adultes et pour 70% des répondants exerçant auprès de personnes âgées.

Après avoir pris connaissance de ces chiffres, il a paru intéressant de connaître les éléments facilitateurs à la mise en œuvre de la veille professionnelle telle que c'est le cas dans l'échantillon interrogé mais aussi de connaître les freins rencontrés par certains ergothérapeutes dans leur démarche.

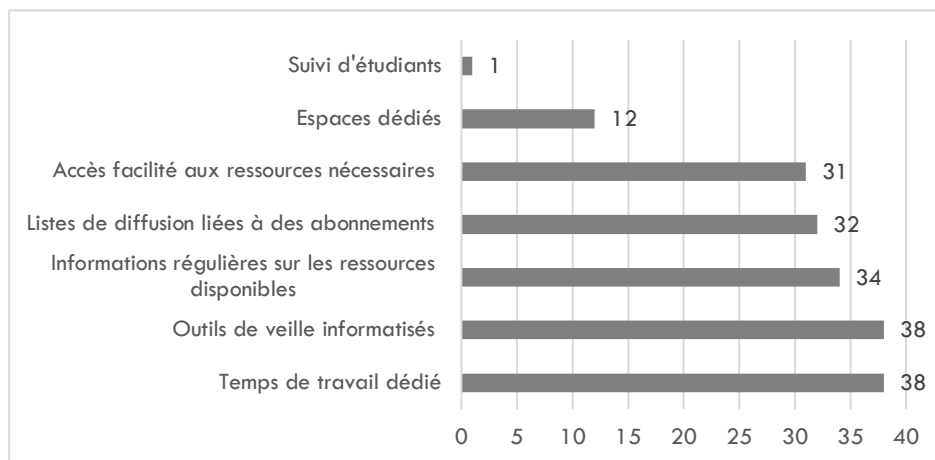


Figure 22 : Éléments facilitateurs identifiés par les ergothérapeutes pour la réalisation de la veille professionnelle

D'après ce graphique les éléments facilitateurs d'une veille professionnelle sont avant tout un temps de travail dédié et l'utilisation des outils de veille informatisés qui récoltent tous les deux 69% des avis. Effectivement, 79% des répondants ayant un temps de travail dédié affirme réaliser une veille professionnelle régulière. Il en est de même pour les outils de veille informatisés, 74% des répondants utilisant des outils de veille informatisés disent réaliser une veille professionnelle régulière. Ces données viennent donc confirmer nos observations.

Ces derniers leviers sont suivis de près par « *informations régulières sur les ressources* », « *liste de diffusion liées à des abonnements* » et « *accès facilité aux ressources nécessaires* » qui comptabilisent respectivement, 62 %, 58% et 56% des avis des participants. Il semblerait donc que la veille professionnelle, contrairement à l'utilisation des recommandations ou à l'utilisation des données probantes soit davantage favorisée par des outils divers qui, on suppose, permettent un gain de temps lors des recherches.

Pour finir, on peut relever que comme cela est le cas pour les deux premières démarches abordées précédemment, l'accès à des espaces dédiés a été cité à 22% soit 12 des répondants. Enfin, 2% des

ergothérapeutes interrogés s'appuient sur le suivi d'étudiants, à travers l'accueil de stage ou l'intérêt porté aux mémoires pour assurer leur veille professionnelle.

Cependant, si les ergothérapeutes interrogés ont pu mettre en lumière ces différents éléments facilitateurs, quels sont donc les freins à la veille professionnelles ?

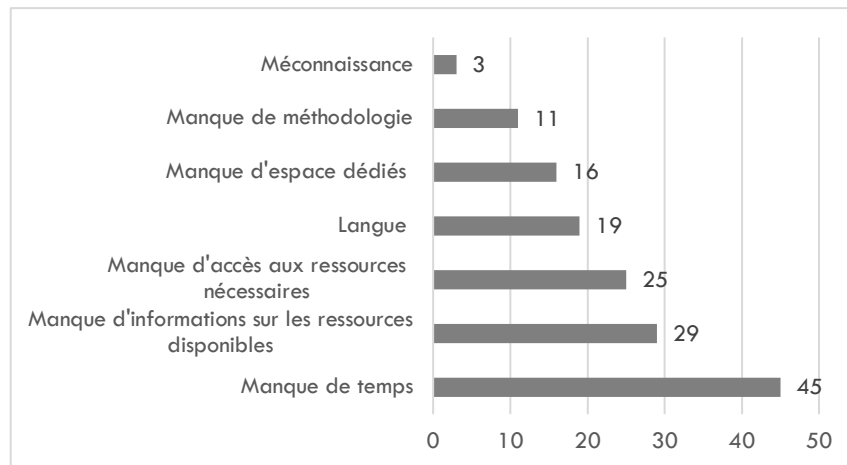


Figure 23 : Freins identifiés par les ergothérapeutes pour la réalisation de la veille professionnelle

Comme cela a été le cas pour les démarches précédentes, le frein majeur à la réalisation d'une veille professionnelle régulière est, en premier lieu, le manque de temps pour 82% des répondants. Il s'agit de la première cause de non-réalisation de la veille professionnelle. En effet, 61% des participants ayant répondu « non » à « Assurez-vous une veille professionnelle régulière ? » l'ont identifié comme frein majeur.

Par ailleurs, les personnes n'ayant pas identifié le manque de temps comme obstacle principal ont plutôt opté soit pour le manque d'information sur les ressources disponibles comme 53% des répondants, soit et partageant cet avis avec 45% des participants, le manque d'accès aux ressources disponibles dû, notamment, à l'accès payant à de nombreux articles.

Ensuite, la barrière de la langue a été spécifiée par un peu moins d'une vingtaine de personnes. Néanmoins 79% de ces personnes ont également évoqué la barrière de la langue dans les freins aux précédentes démarches.

Pour poursuivre, on trouve le manque d'espace dédié mentionné par 29% des répondants ainsi que le manque de méthodologie souligné par 24% des participants qui étaient, par ailleurs, 91% à avoir identifié cette même barrière pour l'utilisation des données probantes.

Pour finir, on retrouve la méconnaissance de la veille professionnelle soulignée par 3 personnes sur les 55 répondants. Ces 3 réponses, bien entendu, correspondent à 3 des profils ayant répondu « Je ne connais pas » à la question « Réalisez-vous une veille professionnelle régulière ? ».

F. Conclusion des résultats de l'enquête

Pour conclure cette analyse, toutes ces questions ont été posées dans le but de répondre aux objectifs de l'enquête qui étaient :

1. Identifier les actions mises en place par les ergothérapeutes pour faire évoluer leur pratique tout au long de leur carrière
2. Déterminer de quelles manières les ergothérapeutes s'inscrivent dans une démarche scientifique comme cela est recommandé.
3. Identifier les freins et leviers rencontrés par les ergothérapeutes dans leur démarche d'actualisation et pour la prise en compte des recommandations.

Pour conclure cette enquête, il reste donc une dernière question à aborder. Il s'agit de la perception des ergothérapeutes sur leur pratique. Selon eux, répond-elle à une démarche scientifique ou non et pourquoi ?

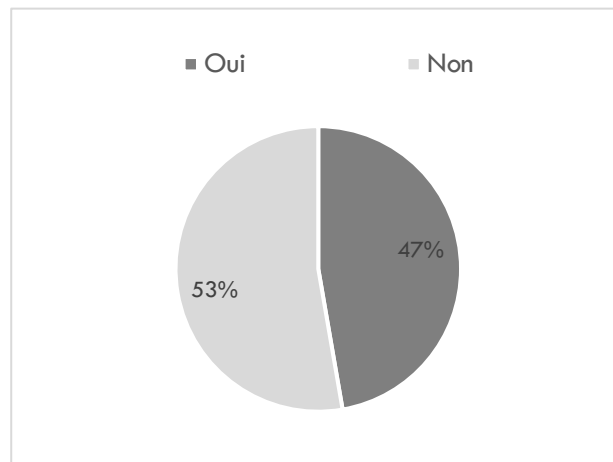


Figure 24: Perception des ergothérapeutes sur le caractère scientifique de leur pratique

Ainsi parmi les 55 répondants, 26 participants, soit 47 % de l'échantillon, considèrent leur pratique comme entrant dans le cadre d'une démarche scientifique tandis que 29 ergothérapeutes soit 53%, estiment ne pas s'inscrire dans une telle démarche.

Cependant, parmi les participants ayant répondu « oui », seulement 50% ont recours aux recommandations, utilisent les données probantes et mènent une veille professionnelle régulière. Ensuite, 15% considèrent s'inscrire dans une démarche scientifique même s'ils admettent ne pas pratiquer l'EBP. De même, 27% de ces personnes n'utilisent pas les données probantes et ne réalisent pas de veille professionnelle, mais aussi 8% d'entre eux ne connaissent pas ces deux démarches. De plus, certains considèrent s'inscrire dans une démarche scientifique du fait de leur formation initiale d'une part et du fait d'exercer un métier du paramédical d'autre part.

Toutefois, au sein des répondants ne considérant pas s'inscrire dans une démarche scientifique, ils sont 21% à avoir tout de même recours aux recommandations, à utiliser quotidiennement les données

probantes et à réaliser une veille professionnelle régulière. Leurs avis sont justifiés par un manque de rigueur chez certains ou pour d'autres la non-réalisation d'écrits de recherche qu'ils jugent indispensables pour considérer s'inscrire dans une démarche scientifique. Parmi les autres répondants, ils sont 24% à définir leur pratique comme empirique ou trop clinique pour juger qu'elle répond bien à une démarche scientifique. Enfin, ils sont 14% à ne mettre en œuvre aucune démarche d'actualisation et d'amélioration de leur pratique et confirment donc qu'ils ne s'inscrivent pas dans une démarche scientifique.

Après l'analyse de ces multiples résultats, nous allons maintenant procéder à leur interprétation au cours d'une discussion qui permettra de confronter les réponses obtenues à celle que l'on pourrait trouver dans la littérature. Cette dernière partie sera aussi l'occasion de déterminer si l'hypothèse envisagée et développée au cours de ce travail de recherche est validée ou non.

V. Discussion

A. Interprétation des données

Les résultats présentés précédemment nous permettent maintenant d'avoir des éléments de réflexion quant à l'inscription ou non des ergothérapeutes dans une démarche scientifique. Si on reprend les objectifs de l'enquête, il est désormais possible d'affirmer que les principales actions individuelles mises en place par les ergothérapeutes sont donc : les recherches bibliographiques, la participation à des conférences en ligne ou en présence, la réalisation de la veille professionnelle, l'utilisation de l'EBP et enfin la participation à des MOOC, les échanges avec des collègues et l'accueil d'étudiants. En revanche, ces éléments ne nous permettent pas d'affirmer que les ergothérapeutes s'impliquent bel et bien dans une démarche scientifique quotidienne. En effet, seule la moitié des professionnels affirme effectuer une veille professionnelle et utiliser les données probantes pour actualiser leur pratique quotidiennement. Or, et nous l'avons vu à travers la partie conceptuelle, ces deux actions caractérisent, entre autres, l'inscription dans une démarche scientifique telle que l'encouragent les recommandations. L'interprétation suivante va nous apporter davantage de réponses.

Premièrement, les personnes diplômées avant la réforme de la formation, c'est-à-dire avant 2013, n'ont, pour la majorité, jamais recours aux données probantes, utilisent peu les recommandations mais mènent quand même, pour la plupart, une veille professionnelle. La réalisation de cette dernière est même plus importante chez les diplômés pré-réforme que chez les diplômés post-réforme.

Ensuite, les répondants avec un diplôme complémentaire sont globalement inscrits dans une démarche scientifique avec au minimum 50% d'effectifs engagés dans au moins une activité. Aussi, bien qu'il ne constitue que 30% de notre échantillon ce sous-groupe représente 50% des personnes lisant en anglais. L'anglais qui est une barrière importante pour de nombreux ergothérapeutes. En effet, la majorité des personnes ayant identifié l'anglais comme barrière majeure ne lisent pas les recommandations internationales. Nous pouvons donc supposer que c'est bien la barrière de la langue qui empêche ces répondants de se tourner vers la WFOT ou OT Europe.

Pour poursuivre, les membres de l'ANFE sont quant à eux très actifs dans cette démarche et sont très au fait de l'évolution de l'ergothérapie. Impliqués dans de nombreuses démarches, ils représentent une part importante des personnes qui utilisent les données probantes. Or, nous l'avons vu, ce taux est relativement bas.

Enfin, les personnes exerçant en pédiatrie semblent plus impliquées que celles travaillant auprès d'adultes, elles-mêmes plus engagées que celles pratiquant en gériatrie. Cependant, les ergothérapeutes travaillant en pédiatrie étaient moins représentés au sein de cet échantillon, cette interprétation est donc à nuancer. Par ailleurs, 100% des répondants ayant cité de nouvelles bases de données, non traitées dans la partie conceptuelle, sont des personnes exerçant en gériatrie. Face à ce constat on peut donc se demander si les recommandations de l'HAS ou de l'ANFE, majoritairement utilisées, sont suffisamment adaptées aux professionnels en gériatrie.

Deuxièmement, il a été possible de montrer que, bien que les ergothérapeutes soient en mesure d'identifier de nombreux leviers à la démarche d'actualisation de leur pratique, ils sont, par ailleurs, confrontés à de nombreux freins. Le manque de méthodologie par exemple, largement soulevé pour toutes les activités, a été majoritairement identifié par les personnes diplômées avant 2013 (82%). On peut donc supposer que la réforme de la formation en ergothérapie a été bénéfique en ce qui concerne l'approfondissement de la méthodologie d'une démarche scientifique. Les personnes diplômées post-réforme ont, paraît-il, plus de facilités. Cependant, le fait que de nombreux répondants, ayant pourtant un diplôme complémentaire, aient identifié ce frein vient nuancer ces propos. Aussi, il convient de prendre du recul sur ces freins. En effet, si l'on prend le manque de temps, frein majeur identifié par en moyenne 80% des répondants, il est « *une raison floue qui peut englober les ressources, les attitudes, les attentes et les connaissances* » (Engels et al., 2020, p.12). Aussi une enquête de Thomas and Law (2014) menée auprès des ergothérapeutes canadiens a montré que de nombreux répondants ayant identifié le manque d'accès comme frein à l'utilisation des données probantes n'avaient en réalité jamais demandé cet accès à qui que ce soit (Engels et al., 2020). Il convient donc de modérer les réponses obtenues concernant les freins aux différentes démarches.

Après avoir abordé l'interprétation des données obtenues il va maintenant être possible de les confronter avec les données de la littérature.

B. Liens avec la littérature

Premièrement, et pour ce qui concerne le recours aux recommandations, on a pu relever un fort taux d'utilisation. Toutefois, 24% des répondants n'y ont pas recours, principalement par manque de temps, mais aussi par manque de méthodologie. Ces résultats rejoignent donc ceux d'une enquête plus vaste menée en 2011 auprès de 1 789 médecins généralistes. En effet, cette enquête de Clerc et al. (2011) a montré que 10% des médecins généralistes étaient récalcitrants à l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques, et que 32,9% d'entre eux étaient moyennement adhérents à l'utilisation des recommandations. Néanmoins, dans cet échantillon les répondants « *ne demandent qu'à être convaincus* » leurs a priori reposant majoritairement sur « *la démarche de collecte des RBP* » (Clerc et al., 2011, p.58). Les auteurs préconisent donc des actions de sensibilisation aux recommandations de bonnes pratiques. Bien que concernant les médecins généralistes, les préconisations faites ici seraient aussi bénéfiques dans notre échantillon d'ergothérapeutes notamment auprès des personnes diplômées avant la réforme de la formation qui représentent la majorité des répondants n'utilisant pas les recommandations.

Aussi, comme nous l'avons vu dans la partie conceptuelle, les recommandations sont « *des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un moment donné* » (Gedda, Laurence, 2011, p.87). Elles sont faites pour aider les professionnels, les guider dans leur exercice et les informer des évolutions de la pratique, le tout avec l'objectif d'harmoniser les prises en soins pour une meilleure reconnaissance de l'ergothérapie. En choisissant de ne pas y avoir recours, les ergothérapeutes passent à côté d'informations utiles et importantes pour leur pratique. Ils contribuent également aux difficultés de « *construction identitaire professionnelle* » relevées par Richard et al. (2011) au cours d'une enquête sur l'attitudes des ergothérapeutes à l'égard de leur profession. Ces difficultés de construction identitaire sont liées, entre autres, à la multiplicité des situations rencontrées et à l'hétérogénéité des modèles conceptuels utilisés et des pratiques, conséquence de l'évolution constante de la société (Richard et al, 2011). De plus, en comparant les résultats obtenus aux données de notre cadre conceptuel, certains résultats paraissent étonnants. Si on s'intéresse aux bases de données pour les recommandations par exemple, il en ressort que les ressources internationales sont très peu utilisées par les ergothérapeutes de l'échantillon, moins de 10% y ont recours. Alors par manque de maîtrise de l'anglais, car nous l'avons vu c'est le frein principal à la lecture étrangère, les ergothérapeutes français se privent de nombreuses données scientifiques. De plus, comme cela est inscrit dans la partie conceptuelle, ces associations internationales représentent un nombre d'abonnés

très important, en comparaison aux associations françaises. Ces effectifs permettent la multiplication des points de vue et des avis ce qui fait évoluer davantage la pratique. Ne lisant pas ou mal l'anglais les ergothérapeutes de l'échantillon se privent donc de toutes ces ressources essentielles à l'évolution de l'ergothérapie. C'est d'ailleurs ce que développent Saragoni et Heddebaut (2015). Ces deux auteurs à l'origine d'une enquête sur l'anglais professionnel en ergothérapie confirment ces derniers propos en affirmant que « *Au vu de l'hégémonie de la langue anglaise dans le monde, il est clair que le développement de l'ergothérapie continuera à se faire par le biais de cette langue* » (Saragoni et Heddebaut, 2015, p.48), « *Il est donc essentiel de se donner les moyens de lire la littérature professionnelle anglophone pour acquérir les connaissances disponibles* » (Saragoni et Heddebaut, 2015, p.48). Aussi, les deux auteurs avancent qu'aujourd'hui, la formation des étudiants en ergothérapie à l'anglais professionnel est un enjeu majeur pour le développement de la pratique (Saragoni et Hennebaut, 2015).

La formation en ergothérapie a, et nous l'avons démontré, un rôle important à jouer. Cependant, alors que la réforme de la formation en ergothérapie est orientée vers un approfondissement de la démarche scientifique avec notamment une initiation à la démarche de recherche, on remarque, dans cette étude, que les personnes diplômées après 2013 bien qu'impliquées dans la prise en compte des recommandations ou dans l'utilisation des données probantes sont moins engagées dans une veille professionnelle régulière. On peut donc se poser la question de l'accent mis sur la veille professionnelle au sein des instituts de formation. Néanmoins ce dernier résultat va à l'encontre de ceux de Morel-Bracq et al (2019) qui fait part d'une augmentation de la consultation des articles depuis la réforme. L'enquête en question a été menée auprès de 712 ergothérapeutes avec l'objectif de déterminer les habitudes de lecture des ergothérapeutes et déterminer de quelle façon promouvoir les écrits scientifiques et une pratique fondée sur les preuves. A la suite de cette étude, Morel-Bracq affirme aussi que les ergothérapeutes sont nombreux à réaliser une veille professionnelle et qu'ils le sont d'autant plus que le niveau de formation augmente. Elle souligne cependant que cet engagement est « *insuffisant pour faire évoluer les pratiques* » (Morel- Bracq et al., 2019, p.74). Ce dernier résultat va donc bien dans le même sens que les nôtres puisque nous avons vu que d'une part, la veille professionnelle est réalisée par moins de 80% des ergothérapeutes de l'échantillon. D'autre part, même dans des sous-groupes tels que « *obtention d'un diplôme complémentaire* » ou « *adhérent de l'ANFE* », sous-groupes généralement plus engagés que l'ensemble de l'échantillon, il reste une proportion d'ergothérapeutes qui ne réalisent pas de veille professionnelle. Si l'on généralise ces résultats à la population totale des ergothérapeutes en France, on constate que de nombreux professionnels n'actualisent pas leur pratique et continuent d'appliquer les connaissances et pratiques abordées lors de leurs formations initiales et continues. Comme le dit Morel-Bracq (2019) cela est insuffisant pour faire évoluer l'ergothérapie.

Pour poursuivre, les résultats obtenus et ceux de cette dernière enquête se rejoignent fortement sur les freins à la veille professionnelle identifiés par les répondants. En effet, les principales barrières sont : le manque de temps, le manque d'informations sur les parutions et le manque de méthodologie (Morel-Bracq et al., 2019). Nombre de ces freins ont également été relevés pour l'utilisation des recommandations mais aussi dans l'article de Engels et al. (2020) portant sur l'utilisation des données probantes. Son enquête a été menée en 2020 auprès de 595 professionnels paramédicaux et porte sur l'impact du nouveau cursus sur utilisation de l'EBP suite à la réforme de la formation initiale des professions paramédicales en France. Les freins à l'utilisation des données probantes chez les professionnels paramédicaux sont sensiblement les mêmes que ceux relevés par Morel-Bracq et que ceux de l'enquête de ce mémoire. Par ailleurs, les autres résultats obtenus par cette dernière enquête diffèrent de ceux que l'on a pu trouver. En effet, les résultats montrent qu'il n'y a pas de grande différence entre le groupe pré-réforme et le groupe post-réforme en ce qui concerne l'inscription dans une démarche EBP (Engels et al., 2020). Or, dans l'enquête du mémoire nous avons pu voir que, malgré un taux d'utilisation globale relativement faible, 88% des personnes n'utilisant pas les données probantes étaient diplômées avant ou en 2013 soit avant la réforme de la formation en ergothérapie. Néanmoins, notre échantillon est moins représentatif et l'enquête peut présenter certains biais que nous aborderons prochainement. De plus, dans cet article, Engels et al. souligne qu'un nombre important des paramédicaux ayant répondu ne savent pas réellement ce que signifie utiliser les données probantes au quotidien. Bon nombre d'entre eux ne donnent qu'un seul mot pour définir la démarche. Il aurait été intéressant de connaître ce qu'il en était dans notre échantillon d'ergothérapeutes. En effet, beaucoup ont affirmé utiliser l'EBP au quotidien mais qu'entendaient-ils par-là ? Aussi cette même question aurait été intéressante pour ce qui concerne la démarche scientifique. Effectivement, qu'en est-t-il pour les ergothérapeutes qui estiment avoir une démarche scientifique mais qui ne s'inscrivent pas dans une démarche d'EBP ? Ou qui ne réalisent pas de veille professionnelle ? Et ceux qui n'ont jamais recours aux recommandations ? Et enfin qu'en est-il de ceux qui estiment s'inscrire dans une démarche scientifique du fait de leur formation initiale ou d'exercer un métier du paramédical ? Au contraire, que signifie démarche scientifique pour les ergothérapeutes qui s'inscrivent dans chacune de ces démarches mais qui ne considèrent pas leur pratique comme scientifique ?

Pour conclure sur cette partie, tous ces éléments témoignent de la méconnaissance encore importante du concept de démarche scientifique chez les ergothérapeutes. L'idée qu'ils en ont est très inégale qu'il s'agisse de l'utilisation des recommandations, du recours aux données probantes ou de la réalisation d'une veille professionnelle. Comme l'évoque Engels et al. (2020) dans son article, à propos de l'EBP, mais valable pour l'ensemble de ces 3 démarches, ce constat peut être en partie lié aux

formations initiales au sein des IFE, ces dernières mériteraient d'être approfondies. Aussi, le système économique et le système de santé français ont leur responsabilité dans cette situation. En effet, en ayant recours à la tarification à l'acte, seul le temps passé avec le patient a de l'importance (Engels et al., 2020). Devant la charge de travail croissante, accorder de son temps de travail pour se pencher sur la démarche d'EBP n'est pas considéré comme essentiel pour les institutions de santé (Engels et al., 2020). Cela est un paradoxe quand on se réfère à notre partie conceptuelle dans laquelle il est inscrit que la démarche scientifique apporte une plus grande efficacité et efficacité des soins répondant ainsi à de nombreux enjeux économiques, politiques et sociaux.

C. Limites et intérêts

1. Limites de l'enquête

La première limite de cette enquête est majoritairement le mode de diffusion. En effet, la diffusion sur les réseaux sociaux, bien que très efficace, peut contrairement à un entretien amener des biais dans certaines réponses qui auraient méritées davantage de précisions. C'est notamment le cas des questions portant sur l'utilisation des données probantes ou sur le temps consacré à la veille professionnelle par exemple, où nous pouvons nous demander quelle définition est donnée de ces deux pratiques par les ergothérapeutes questionnés et si le temps qu'ils disent y consacrer est bien réel. Néanmoins compte tenu du temps imparti, cette technique a permis de récolter un nombre de réponses relativement satisfaisant.

Ensuite, 43,5% de l'échantillon ont été diplômés après la réforme de la formation en ergothérapie. Or, aujourd'hui on compte 12 765 ergothérapeutes au 1^{er} janvier 2019 soit une augmentation de 4 226 et autant d'ergothérapeutes ayant suivi le nouveau programme de formation (DRESS, 2019). Malgré cette augmentation, ce chiffre ne représente que 33% de la population totale d'ergothérapeutes en France. Notre échantillon compte donc davantage de jeunes professionnels que ce qu'il en est en réalité. Cet élément est d'autant plus important que les répondants ayant été diplômés après 2013, présentent, d'après les réponses obtenues, moins de difficultés notamment d'ordre méthodologique. Il serait donc intéressant de poursuivre le travail en s'intéressant davantage à la proportion de population d'ergothérapeutes formés avant 2013.

De plus, la proportion d'ergothérapeutes ayant un diplôme complémentaire était de 31%. Or, d'après une enquête menée en 2017 par l'ANFE auprès de 712 participants, la part des ergothérapeutes ayant un niveau master est de 8% (ANFE, 2017) ce qui est éloigné de nos 13% de répondants possédant un master. Ces répondants étant relativement inscrits dans la démarche scientifique on aurait, ici aussi, moins de réponses favorables si l'échantillon avait été plus représentatif.

Ensuite, il est possible de faire la même remarque en ce qui concerne les membres de l'ANFE. En effet, l'association, regroupe 10% de la population des ergothérapeutes en France tandis que 40% de notre échantillon était adhérent. Cette proportion tient au fait que la diffusion de l'enquête s'est, en partie, faite par le mailing ANFE. Bien que cette dernière soit accessible pour les personnes non-adhérentes, on suppose tout de même qu'une plus grande majorité fait partie de l'association. Les adhérents sont, comme nous avons pu le voir, plus renseignés et plus aux faits de l'actualité ergothérapique. Un échantillon plus représentatif aurait été, encore une fois, probablement moins investi dans cette démarche d'actualisation de la pratique reposant sur une démarche scientifique.

Pour finir, il a été possible d'observer une différence marquée entre les professionnels selon leur lieu d'exercice. On a notamment pu remarquer une plus forte implication des ergothérapeutes en pédiatrie. Cependant, le nombre d'ergothérapeutes exerçant en pédiatrie est largement inférieur à celui des répondants travaillant auprès d'adultes ou de personnes âgées. Cette donnée est donc importante à prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

2. Intérêts de l'enquête

Les résultats de cette démarche d'initiation à la recherche soulèvent de nombreuses questions. Premièrement, la formation initiale en ergothérapie a été plusieurs fois au cours de cette discussion. Mais alors comment la faire évoluer pour favoriser la démarche scientifique chez les jeunes diplômés ? Comment promouvoir le recours aux recommandations ou aux recherches scientifiques au sein des IFE ? La démarche d'initiation à la recherche proposée en 3^{ème} année est-elle réellement suffisante ? Les apports théoriques de la méthodologie de recherche abordés sont-ils suffisants pour susciter l'intérêt des étudiants ?

Aussi la responsabilité de l'État et de son système de santé a été mise en cause. La majorité des professionnels manque de temps pour se consacrer à la recherche, le temps passé avec les patients ayant davantage d'importance aux yeux des institutions. Il serait donc intéressant de mener une étude auprès d'ergothérapeutes bénéficiant d'un temps de travail dédié à la lecture professionnelle et à la recherche.

Enfin, l'intérêt pour la recherche et la motivation des ergothérapeutes sont aussi questionnés à travers ce mémoire. On peut se demander comment susciter davantage l'intérêt chez les professionnels ? Comment donner l'envie de s'inscrire dans de telles démarches ?

Ce sont autant de questions qu'il serait intéressant de traiter au cours d'une enquête plus large, auprès d'un nombre plus important d'ergothérapeutes français.

D. Retour sur l'hypothèse

Pour conclure cette discussion, notre problématique était : **De quelles manières les ergothérapeutes français, à travers les recommandations, actualisent-ils leur pratique tout au long de leur carrière ?**

L'hypothèse que nous avons émise était : **Pour répondre à l'évolution des besoins en France, les ergothérapeutes s'engagent dans une démarche d'amélioration de leur pratique tournée vers une approche scientifique elle-même encouragée par les recommandations**

D'après les résultats obtenus, cette hypothèse n'est que partiellement validée. En effet, bien que l'utilisation des recommandations et la veille professionnelle soient effectives pour plus de 75% des ergothérapeutes, l'utilisation des données probantes, élément central de l'approche scientifique recommandée par les organismes nationaux et internationaux, n'est que très peu mise en œuvre, moins de la moitié des répondants affirment y avoir recours. De plus, nous avons pu relever certaines limites à ce travail qu'il a été important de prendre en compte pour valider ou invalider notre hypothèse. Il n'est donc pas possible, aujourd'hui, d'affirmer que les ergothérapeutes prennent en compte les recommandations pour actualiser leurs pratiques. Néanmoins, les résultats obtenus sont, pour la majorité, en cohérence avec ceux observés par des enquêtes plus spécifiques et touchant un échantillon plus représentatif.

Pour finir, malgré ces résultats, il est important de garder en tête que la démarche scientifique est un concept relativement jeune chez les professionnels, la réforme de la formation en ergothérapie incluant la méthodologie de la démarche scientifique étant effective seulement depuis 2013. Aussi, on peut relever que les ergothérapeutes semblent avoir compris les enjeux d'une telle démarche. C'est en tout cas ce qui ressort des commentaires de l'enquête du mémoire mais aussi des articles précédemment cités au cours de cette discussion, en témoignent ces quelques citations « *Les ergothérapeutes semblent à présent conscients de l'importance de cette activité indispensable [...] pour développer la qualité des soins en ergothérapie* » (Morel-Bracq, 2019, p.74), « *Les professionnels de santé français s'accordent sur l'importance de l'EBP dans leur pratique, la plupart ont déclaré que l'EBP était importante, en particulier pour améliorer leur pratique et/ou justifier leur choix.* » (Engels, 2020, p.14), « *Je pense que nous avons un métier qui n'est pas toujours reconnu, il faut souvent justifier nos actions. Il est donc important de pouvoir justifier nos actes en nous appuyant sur des recommandations de bonnes pratiques. L'inclusion de l'ergothérapie au sein des services passera par une justification scientifique qui n'est pas contestable* » (Répondant 29 de l'enquête, 2020).

Conclusion

En France, chaque année un peu plus de 700 étudiants sont diplômés en ergothérapie. C'est autant d'ergothérapeutes qui vont entrer dans le monde du travail et autant de professionnels qui vont devoir, dès le début de leur carrière, lire, se renseigner, faire des recherches et rester informés. Toutes ces activités sont inscrites dans le référentiel d'activité de l'ergothérapeute du 5 juillet 2010 et permettent aux professionnels d'avoir une pratique actualisée et, ainsi, de fournir une prise en soins la plus efficace possible. Pour les aider dans cette démarche, de nombreux organismes et associations rédigent des recommandations de bonnes pratiques pour les guider dans leur exercice. Ces recommandations fondées sur une méthodologie scientifique rigoureuse encouragent les professionnels à s'engager dans une démarche similaire.

Dans ce mémoire, nous nous sommes attachés à savoir si les ergothérapeutes remplissaient ce devoir qu'ils ont, envers eux, envers les autres professionnels mais aussi et surtout envers les patients et leurs familles. Notre objectif était de comprendre comment s'y prenaient-ils : Quels moyens employaient-ils ? Faisaient-ils cette démarche individuelle de façon régulière ? S'appuyaient-ils sur les recommandations ?

Notre hypothèse au début de ce mémoire était, qu'en effet, pour actualiser leur pratique et ainsi répondre aux besoins de la société, les ergothérapeutes s'engageaient dans une démarche d'amélioration de leur pratique qui supposait alors de se baser sur une approche scientifique largement encouragée par les recommandations.

Notre enquête menée auprès de 55 ergothérapeutes français avec des profils très différents a révélé qu'aujourd'hui, bien que les professionnels aient, pour la majorité, recours aux recommandations, ils sont encore trop peu à être engagés dans une démarche scientifique comme cela leur est recommandé. Néanmoins, on peut aussi relever que les ergothérapeutes de la nouvelle génération, diplômés après la réforme de la formation en ergothérapie sont plus impliqués que leurs collègues diplômés avant 2013. De plus, l'ensemble des ergothérapeutes semblent conscients de l'importance de s'inscrire dans une telle démarche pour soutenir l'évolution de la pratique et favoriser la reconnaissance de l'ergothérapie auprès du grands publics, des autres professionnels et des décideurs publics.

Les choses évoluent, lentement certes mais les progrès faits sont incontestables. Désormais, il serait intéressant de mener une enquête similaire auprès d'un plus gros échantillon de personnes afin de voir si les résultats obtenus sont généralisables à l'ensemble des professionnels français et prendre des mesures adaptées pour favoriser la progression d'une démarche scientifique au sein de notre profession.

Bibliographie

- Albuquerque, A. (2019). La promotion de la santé en ergothérapie : une perspective naturelle afin de répondre aux défis de la santé sociale. *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. ANFE.
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2017). État des lieux des ergothérapeutes en études supérieures-es (pp.25-26). *Le monde de l'Ergothérapie (34)*.
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2017). L'ergothérapie aujourd'hui en France. https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/ANFE_Dossier%20professionnel_L'ergoth%C3%A9rapie%20aujourd'hui%20en%20France_Mars%202017.pdf
- Association Nationale des Ergothérapeutes. (2019). Qu'est-ce que le DPC ? <https://www.anfe.fr/l-anfe/17-formation-continue/droits-obligations/29-dpc>
- Aubert-Lotarski, A. (2007). *Études et conseils : démarches et outils*. Esen Education.
- Blanchet, A., Ghiglione, R., Massonnat, J., Trognon A. (2013). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Dunod.
- Bourdillon, F., Brucker, G., Tabuteau, D. (2007). *Traité de santé publique, 2ème édition*. Lavoisier Medecine Science.
- Charret, L., Thiebaut Samson, S. (2017). *Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie*. Eres.
- Caire, JM., Biard, N., Morel-Bracq, MC., Sorita, E. (2011). La recherche en ergothérapie : pour quoi ? pour qui ? comment ? *Recherche en ergothérapie : pour une dynamique des pratiques* (p.29-35). SOLAL.
- Clerc, L., Ventelou, B., Verger, P. (2011). Comportement des médecins généralistes face aux recommandations de bonnes pratiques : où sont les éventuels blocages ? *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, volume 59.
- Combessie, J. (2007). Le questionnaire. *La méthode en sociologie* (pp. 33-44). La Découverte.
- Council of occupational therapists for the European countries. <https://www.coteceurope.eu/>
- De Singly, F. (2005). *Le questionnaire, 2^{ème} éd.* Armand Colin.
- Engels, C., Boutin, E., Bousely, F., Bourgeon-Ghittori, I., Couturier, B., Fromantin, I., Lafuente-Lafuente, C., Canoui-Poitrine, F. (2020). Use of evidence-based practice among French health professionals after the implementation of a new competency-based curriculum. *Worldviews on Evidence-Based Nursing. (à paraître)*
- European network of occupational therapy in higher education. <https://enothe.eu/>
- Fitch, K., Bernstein, M., Dolores Aguilar, M., Burnand, B., Ramon Lacalle, J., Lazaro, P., Van het loo, M., Mc Donnel, J., Valder, J., Kahan, Jp. (2001). The RAND/ UCLA Appropriateness Method User's Manual. Rand Corporation. <https://apps.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a393235.pdf>.
- Gedda, M., Laurence, M. (2011). Construire des recommandations professionnelles pour soutenir la pratique. *Recherche en ergothérapie : pour une dynamique des pratiques*. SOLAL.
- Gichoux, JG., Sorita, E. (2017). Motivations et freins à la lecture d'écrits professionnels : les enjeux pour l'actualisation des pratiques (p.146-154). *Expériences en ergothérapie n°30*. Sauramps Medical.
- Baillette, P. & Fallery, B. (2017). Chapitre 1. La méthode du Delphi argumentaire, une innovation managériale dans le cadre d'un projet complexe (pp. 31-53). *L'innovation managériale : Les multiples voies d'une spirale vertueuse*. EMS Editions.

- Harvey, N., Holmes Colin, A. (2012). Nominal group technique: An effective method for obtaining group consensus (188–198). *International Journal of Nursing Practice*.
- Haute autorité de santé. (2015). Guide méthodologique : Élaboration de recommandations de bonne pratique - Méthode "Recommandations par consensus formalisé".
- Haute autorité de santé. (2018). Les recommandations de bonnes pratiques du secteur social, médico-social. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836921/fr/les-recommandations-de-bonne-pratique-du-secteur-social-medico-social.
- Hernandez, H. (2013). Le développement professionnel continu : une obligation annuelle (p.99-108). *Expériences en ergothérapie n°26*. Sauramps Medical.
- Hernandez, H. (2017) Une nouvelle ère pour le développement professionnel continu. *Expériences en ergothérapie n°30*. Sauramps Medical.
- Hocking, C., Erik Ness, N. (2014). WFOT Minimum Standards for the Education of Occupation Therapists: Shaping the Profession. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*.
- Lavarde, AM. (2008). La démarche scientifique en recherche. *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*. De Boeck Supérieur.
- Lievin, JC. (2019). La prise en compte des déterminants sociaux de la santé pour développer un accompagnement adapté. *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. ANFE.
- Marchalot, I. (2018). Activité physique et affection de longue durée - Recommandations de bonnes pratiques à l'usage des ergothérapeutes. ANFE.
- Meyer, S. (2011). De l'empirisme à la pratique probante : l'émergence de l'Evidence Based Practice. *Recherche en ergothérapie : pour une dynamique des pratiques*. SOLAL.
- Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, E. (2017). Le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner (1949-2010). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. De Boeck.
- Ministère de la santé et des sports. (2007). Étude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins (DHOS). <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome1.pdf>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2004). LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2009). LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2013). HAS (Haute Autorité de Santé). <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/has-haute-autorite-de-sante>
- Morel-Bracq, MC., Hernandez, H., Chassain, C., Biard, N., Chavoix, C. (2019). La veille professionnelle des ergothérapeutes exerçant en France : une question d'intérêt, de compétences et de disponibilités ? (p.67-75). *ergOTHérapies n°73*.
- Occupational Therapy Europe <https://www.oteurope.eu/>
- Organisation de coopération et de développement économique. (2017). Améliorer l'efficacité du système de santé. *Études économiques de l'OCDE*. Éditions de l'OCDE.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1946). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. New-York.

- Pibarot, I. (2013). Une ergologie : Des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine. De Boeck.
- Richard, C., Colvez, A., Blanchard, N. (2011). Des représentations aux référentiels de pratique en ergothérapie. *Recherche en ergothérapie : pour un dynamisme des pratiques*. SOLAL.
- Saragoni, A., Heddebaut, S. (2015). L'anglais professionnel en ergothérapie : quelles modalités d'enseignement en troisième année ? une expérimentation : le binôme professeur d'anglais-ergothérapeute (p.38-49). *Expérience en ergothérapie n°29*.
- Satterfield, Jm ; Brownson, BS; Mullen, EJ ; Newhouse, RP ; Walker, BB ; Whitlock, EP.(2009). Toward a Transdisciplinary Model of Evidence-Based Practice. *Wiley Periodicals Inc*.
- Terrien, V., Caire, JM. (2017). Enquête nationale sur le référentiel d'activité. *Expériences en ergothérapie n°30*. Sauramps Medical.
- Thierrault, Py. (2019). Pouvoir d'action et espace habilitant. *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. ANFE.
- Trouvé, E. (2011). Préface. *Recherche en ergothérapie : pour une dynamique des pratiques*. ANFE.
- Trouvé, E., Koch, L. (2015). Démographie et activités des ergothérapeutes au 1er janvier 2015 en France : Enquête nationale ANFE/CATEL. *Expériences en ergothérapie n°28*. Sauramps Medical.
- Trouvé, E., Poriel, G., Riou, G., Caire, JM., Guilloteau, N., Exertier, C., Marchalot, I., Clavreul, H. (2019). Préface. *Participation, occupation et pouvoir d'agir : Plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. ANFE.
- Van Campenhoudt, L., Quivy, R. (1995). Manuel de recherche en sciences sociales - 2e éd. entièrement revue et augmentée. Dunod.
- World Federation of occupation therapists <https://www.wfot.org/about>

Annexe

I. Annexe I : questionnaire diffusé auprès des ergothérapeutes

Bonjour,

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie, je m'intéresse aux actions individuelles mises en place par les ergothérapeutes, pour actualiser, quotidiennement, leur pratique et prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques.

Afin d'évaluer mon hypothèse, j'ai créé ce questionnaire d'une dizaine de minutes dans le but d'interroger les ergothérapeutes français exerçant en structure médicale, sociale, ou médico-sociale. Les réponses à ce questionnaire sont anonymes.

Merci d'avance pour votre participation. N'hésitez pas à le partager !

Si vous avez des remarques complémentaires à me faire part, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : lea.bessonnet@etu.u-pec.fr

Cordialement,

Léa BESSONNET

Partie 1 : Indicateurs personnels et environnementaux

- 1) En quelle année avez-vous été diplômé ?
- 2) Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ?
- 3) Avez-vous des diplômes complémentaires ?
 - Oui : Précisez ...
 - Non
- 4) Dans quel type de structure exercez-vous ?
 - Établissement médical
 - Structure médico-sociale
 - Établissement social
 - Autres : Précisez ...
- 5) Quelle population rencontrez-vous le plus fréquemment dans votre pratique ?
 - Pédiatrie
 - Adulte
 - Gériatrie
- 6) Êtes-vous adhérent à l'ANFE ?
 - Oui
 - Non

Partie 2 : Pratiques ergothérapeutiques

1) Quelles actions menez-vous individuellement, pour actualiser votre pratique quotidiennement ?

- Recherches bibliographiques
- Utilisation des données probantes
- Veille professionnelle régulière (1 fois par semaine minimum)
- Participation à des conférences (en ligne/en présence)
- Participation à des MOOC
- Autres : Précisez

Utilisation des recommandations de bonnes pratiques en ergothérapie

2) Vous appuyez-vous sur les recommandations de bonnes pratiques en ergothérapie pour actualiser votre pratique ?

- Oui
- Non : Pourquoi ? (Merci de préciser votre réponse afin de pouvoir l'exploiter lors de l'analyse des résultats.)
- Je ne sais pas ce que c'est

3) A quelle fréquence avez-vous recours aux recommandations de bonnes pratiques en ergothérapie dans votre exercice professionnel ?

- Toujours
- Souvent
- Quelque fois
- Rarement
- Jamais

4) Si vous avez recours aux recommandations, à quelle(s) organisation(s) vous référez-vous majoritairement pour les consulter ?

- World Federation of Occupational Therapist (WFOT)
- Occupational Therapy Europe (OT Europe)
- Haute Autorité de Santé (HAS)
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE)
- Autres : Précisez

5) Selon vous, quels sont le(s) élément(s) facilitateur(s) de l'utilisation des recommandations ?

- Temps de travail dédié
- Espace dédié
- Plus d'informations sur les sujets disponibles
- Approfondissement de la méthodologie en formation initiale
- Approfondissement de la méthodologie en formation continue
- Autres : Précisez

- 6) Selon vous, quels sont le(s) frein(s) à l'utilisation des recommandations chez les ergothérapeutes ?
- Manque de temps
 - Manque d'espace dédié
 - Manque de pertinence entre les ressources disponibles et le sujet de recherche
 - Manque de méthodologie
 - Langue (anglais majoritaire)
 - Autres : Précisez

Utilisation des données probantes en ergothérapie

- 7) Utilisez-vous l'Evidence Based Practice, aussi appelée pratique fondée sur les données probantes ?
- Oui
 - Non : Pourquoi ?
 - Je ne sais pas ce que c'est
- 8) A quelle fréquence utilisez-vous les données probantes dans votre pratique quotidienne ?
- Toujours
 - Souvent
 - Quelques fois
 - Rarement
 - Jamais
- 9) Sur quelle(s) ressource(s) vous appuyez-vous pour aller chercher des données probantes ?
- Articles de revues d'ergothérapie
 - Articles de revues scientifiques
 - Résultats de recherches scientifiques
 - Ouvrages scientifiques
 - Recherches sur internet
 - Autres : Précisez
- 10) Selon vous, quels sont le(s) frein(s) à l'utilisation des données probantes en ergothérapie ?
- Manque de temps
 - Manque d'accès à des espaces dédiés
 - Manque d'accès aux ressources nécessaires
 - Manque de méthodologie
 - Langue (anglais majoritaire)
 - Autres : Précisez
- 11) Selon vous, quels sont le(s) élément(s) facilitateurs de l'utilisation des données probantes ?
- Temps de travail dédié
 - Espaces dédiés
 - Accès aux ressources nécessaires

- Informations régulières sur les ressources disponibles
- Davantage de méthodologie en formation initiale
- Davantage de méthodologie en formation continue
- Autres : Précisez

Veille professionnelle

12) Assurez-vous-une veille professionnelle régulière ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas ce que c'est

13) Si oui, combien de temps y consacrez-vous ?

- > 2h/semaine
- 2h/semaine
- 1h/semaine
- < 1h/semaine
- < 1h/ toutes les deux semaines

14) Selon vous, quels sont le(s) frein(s) à une veille professionnelle régulière chez les ergothérapeutes ?

- Manque de temps
- Manque d'accès à des espaces dédiés
- Manque d'accès aux ressources nécessaires
- Manques d'informations sur les ressources disponibles
- Manque de méthodologie
- Langue (anglais majoritaire)
- Autres : Précisez

15) Selon vous, quels sont le(s) élément(s) facilitateur(s) de la veille professionnelle ?

- Temps de travail dédié
- Espaces dédiés
- Accès aux ressources nécessaires
- Informations régulières sur les ressources disponibles
- Outils de veille informatisés
- Listes de diffusion liées à des abonnements
- Autres : Précisez

16) Pensez-vous que votre pratique s'inscrit dans une démarche scientifique ? Merci de préciser votre réponse

17) Remarques/commentaires ?

Résumé

Actualisation des pratiques et prise en compte des recommandations en ergothérapie

En France, il est inscrit dans le référentiel d'activités de l'ergothérapeute que les professionnels ont le devoir d'actualiser leur pratique tout au long de leur carrière. Les recommandations de bonnes pratiques en ergothérapie ont un rôle important à jouer dans cette démarche. D'ailleurs, elles recommandent une démarche scientifique qui se traduit par : le recours aux recommandations, avoir une pratique fondée sur les données probantes, réaliser une veille professionnelle. L'objectif de cette étude est donc d'identifier de quelles manières les ergothérapeutes, à travers les recommandations actualisent leur pratique. L'analyse et l'interprétation des résultats portent sur les habitudes des ergothérapeutes, les moyens mis en œuvre pour actualiser leur pratique, leur inscription ou non dans une démarche scientifique ainsi que les leviers et barrières auxquels ils sont confrontés. L'enquête a rassemblé 55 réponses d'ergothérapeutes aux profils très différents. Cette étude souligne le fait que les ergothérapeutes ont majoritairement compris l'importance d'une approche scientifique pour développer leur profession et pour répondre aux enjeux sociétaux actuels ; ils sont conscients de cette nécessité pour être reconnus par les autres professionnels de santé, les politiques et le grand public. Malgré cela, nous pouvons observer qu'ils sont encore trop peu à être engagés dans des activités comme la recherche, la lecture, l'utilisation des données probantes... Cependant, nous pouvons également observer que la nouvelle génération, diplômée après la réforme de la formation en ergothérapie est plus impliquée dans toutes ces activités et éprouve, notamment, moins de difficultés de méthodologie. Les choses évoluent, lentement certes, mais les progrès sont incontestables. Aujourd'hui, il serait intéressant de mener une enquête similaire auprès d'un échantillon plus important.

Mots clés : ergothérapie, actualisation des pratiques, recommandations, démarche scientifique

Abstract

Practice updating and recommendations to take account in occupational therapy

In France, the occupational therapist (OT)'s toolkit of activities, states that the health professional has to update their practice throughout their careers. Recommendations of good practice in OT have an important place in this updating. They are recommending a scientific approach which is reflected by resort recommendations, having an evidence-based practice (EBP) and performing a professional monitor. This study aims are to identify the ways used by OTs to update their practice daily in using recommendations. Assessments and analysis concerning the habits of OTs, the ways used to update their exercises, their inscription in a scientific approach or not and the barrier and levers they face. The survey of this study raised 55 answers from OT graduate in different years, working in different place and with different populations. This study highlights the fact that OTs have understood the importance of a scientific approach to develop their profession and to answer daily issues. They are aware that it's necessary to be recognize by the other health professional, politician and general public. But today, we can say that's they are no enough implicate in scientific approach. They are too few to be engaged in activities like reading, searching, using EBP... However, we can observe that the new generation, which is diplomate after the formations reforms in occupational therapy are most implicate in all these activities and have less difficulties especially in methodology. Things are moving, slowly, but progress are here! Today it would be interesting to do the same survey with a most important sample in the French occupational therapy community.

Keywords : Occupational Therapy, practice updating, recommendations, scientific approach