

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT D'ERGOTHEPEUTE

**Favoriser la reconnaissance professionnelle externe de
l'ergothérapeute en EHPAD**

Le pouvoir d'action des ergothérapeutes

ADRIEN DE ROUX
MAI 2021

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

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

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) 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'étudiant(e) est aidé(e) 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'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),* *Adrien de Roux* étudiant(e) en 3^{ème} 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 informé(e) 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 Créteil, le *26 Mai 2021*



Adrien de Roux

Note 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.

Remerciements

Je tiens à remercier mon maître de mémoire, Nicolas BIARD, pour sa patience, son écoute et sa disponibilité. Son accompagnement et l'ensemble de ses réflexions m'ont été d'une grande aide.

Je souhaite remercier l'ensemble des ergothérapeutes ayant pris le temps de participer à mon étude. Sans eux, rien n'aurait été possible.

Je voudrais avoir un mot pour mes proches qui m'ont soutenu durant ces 3 années de reconversion professionnelle : merci !

Enfin je souhaiterais remercier l'IFE de l'UPEC pour l'enseignement et l'accompagnement qu'ils m'ont offerts durant ces 3 années d'études.

« Il est grand temps que les ergothérapeutes s'estiment et s'aiment au lieu de minimiser leur savoir et leur pouvoir ; il est grand temps qu'ils se prennent en charge et se reconnaissent, au lieu d'attendre de l'environnement le droit à la reconnaissance »

Anne LANG ETIENNE - 1987

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
I. CADRE CONCEPTUEL	3
1. 1 La notion d'identité professionnelle selon le modèle conceptuel de Dubar.....	3
1.1. A. Présentation du modèle conceptuel	3
1.1. B. Utilité du modèle de Dubar pour la suite de mon étude.....	6
1. 2 Identité professionnelle de l'ergothérapeute en EHPAD : compétences et valeurs professionnelles.....	7
1.2. A. Définition de l'ergothérapie.....	8
1.2. B. La structuration et la définition progressive de l'ergothérapie en France.....	8
1.2. C. La diversité des compétences professionnelles de l'ergothérapie codifiées	9
1.2. D. Les compétences de l'ergothérapie en EHPAD.....	10
1.2. E. Les valeurs actuelles de l'ergothérapeute préservées par l'utilisation de modèles conceptuels ergothérapeutiques.	11
1.2. F. La personne et ses occupations : le cœur de l'identité ergothérapeutique vue par le prisme du MCREO.....	12
1. 3 L'EHPAD : un lieu offrant un accompagnement global au résident, où l'identité professionnelle de l'ergothérapeute a toute sa place	13
1.3. A. L'EHPAD, un lieu de vie et de soin issu d'une lente mutation.	14
1.3. B. Le besoin d'ergothérapeutes et de leur l'identité professionnelle en EHPAD.....	16
1.3. C. La définition et la mise en place des accompagnements en EHPAD : une expression affirmée des identités professionnelles rendue complexe	17
1. 4 La reconnaissance professionnelle externe de l'ergothérapeute en EHPAD.....	18
1.4. A. Présentation d'une définition précise de la reconnaissance professionnelle	18
1.4. B. L'importance de la reconnaissance professionnelle externe dans le monde du travail.....	19
1.4. C. Un manque de reconnaissance externe ressenti par les ergothérapeutes	20
1. 5 Promotion de l'identité ergothérapeutique en France	21
1.5. A. Définition de la promotion de l'ergothérapie	22
1.5. B. Les acteurs institutionnels français de la promotion de l'ergothérapie en France	22
1.5. C. Les acteurs-chercheurs : le développement scientifique de l'ergothérapie.....	23
1.5. D. Les acteurs-praticiens : les ergothérapeutes en exercice	25
1.5. E. Le Projet Personnalisé des Résidents (PPR) : un potentiel vecteur de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute	26
1. 6 Question de recherche et hypothèses.....	27
1.6. A. Question de recherche	27
1.6. B. Hypothèses.....	28

II. PARTIE EXPERIMENTALE	29
2.1 Méthodologie de recherche	29
2.1. A. Objectifs de l'enquête.....	29
2.1. B. Choix de l'outil d'enquête.	30
2.1. C. Procédure d'enquête	30
2.1. D. Population cible de l'étude	31
2.1. E. Présentation des échelles de mesure utilisées	32
2.1. F. Structuration du questionnaire	33
2.2 Descriptions des résultats	34
2.2. A. Taille de l'échantillon.....	34
2.2. B. Profil des participants (N=52).....	34
2.2. C. Degré d'investissement dans les PPR (N=52)	36
2.2. D. Fréquence de la mise en avant de ses compétences ergothérapeute via le PPR (N=52)	38
2.2. E. Fréquence de la mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR (N=52)	39
2.2. F. Degré de reconnaissance professionnelle externe ressenti (N=52)	40
2.3 Analyse des résultats	42
2.3. A. Présentation de la méthodologie d'analyse et des outils utilisés	42
2.3. B. Analyse de l'existence de liens (N=52)	44
III. DISCUSSION	53
3.1 Résumé des observations et explication des résultats	53
3.1. A. Le faible impact des actions que peut mettre en place l'ergothérapeute via le PPR sur la reconnaissance émanant de l'institution.....	53
3.1. B. Le PPR : un simple outil et non une solution pour être mieux reconnu	53
3.1. C. L'impact de la mise en avant de son identité professionnelle via la participation au PPR sur la reconnaissance de l'ergothérapeute	54
3.2 Les limites et biais de cette étude	57
3.2. A. Les biais de cette étude.....	58
3.2. B. Les limites de cette étude.....	58
IV. CONCLUSION	60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62
ANNEXES	66

INTRODUCTION

Le 26 avril 2021, les parlementaires français ont voté une loi visant à améliorer le système de santé en le simplifiant et en le rendant plus lisible. Cette loi impacte la pratique de l'ergothérapie française puisqu'elle implique qu'à partir du 2nd trimestre de cette année, les ergothérapeutes seront en droit de prescrire des aides techniques sans nécessairement à avoir à solliciter leur médecin prescripteur. Cette décision est aujourd'hui inscrite dans le code de santé publique, à l'article L-4331-1 modifié par la loi n°2021.502 du 26 avril 2021 (Code de santé publique, 2021). Cette reconnaissance du pouvoir législatif, fruit du long travail des acteurs représentatifs des ergothérapeutes de France, dont notamment l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), est une véritable avancée pour la profession. Elle révèle que l'ergothérapie se structure et s'organise au quotidien pour développer, affirmer et faire reconnaître ses compétences. Est-il alors possible d'affirmer que l'ergothérapie est une profession parfaitement connue et reconnue pour autant ? En réalité, si sa reconnaissance progresse, elle reste encore à améliorer.

En effet, le 28 Mars 2019, Dominique Libault, actuel président du Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale, a transmis aux pouvoirs exécutif un rapport résultant d'une large concertation visant à trouver des solutions permettant de développer la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées afin d'opérer un changement de paradigme : « passer de la gestion de la dépendance, au soutien à l'autonomie » (Libault, 2019). Ce rapport, qui répond à un réel enjeu de santé publique, est assez révélateur du manque de connaissance et de reconnaissance dont souffre encore aujourd'hui l'ergothérapie. En effet, alors que les ergothérapeutes se définissent eux-mêmes comme des professionnels spécialisés dans le maintien et le développement de l'indépendance et de l'autonomie des personnes (ANFE, 2021b), il est surprenant que l'ergothérapie n'occupe pas une place plus importante dans ce rapport traitant pourtant du cœur de métier de la profession.

Ce manque de reconnaissance est aussi observable sur le terrain et notamment en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) où bon nombre d'ergothérapeutes font face à une cruelle méconnaissance de leurs rôles, missions et spécificités par rapport aux autres professionnels, comme le précise l'ANFE dans son rapport d'activités 2019-2020 (ANFE, 2020a).

J'ai pu personnellement expérimenter cette situation sur le terrain lors de mon tout premier stage en ergothérapie que j'ai réalisé au sein d'un EHPAD d'Île-de-France en 2019. J'y ai évolué au côté d'une tutrice qui s'investissait du mieux qu'elle pouvait sur son poste mais qui m'expliquait souffrir d'un manque de reconnaissance au quotidien. En l'observant travailler, j'ai pu constater qu'elle n'était sollicitée quasiment exclusivement que pour réaliser des réglages de fauteuils roulants ainsi que pour remplacer des

cellules percées de matelas à air destinées à prévenir la survenue d'escarres. Elle était en capacité d'apporter bien plus aux résidents mais ne se voyait pas offrir la possibilité de le faire. Elle m'expliquait se sentir parfois considérée comme un agent technique spécialisé dans les réparations en tous genres et avoir l'impression de ne plus être en accord avec l'identité de sa profession.

Ce sentiment de perte identitaire m'a profondément marqué jusqu'à aujourd'hui, et a fait émerger en moi une interrogation essentielle : **comment l'ergothérapeute exerçant en EHPAD peut-il promouvoir l'identité de sa profession et améliorer sa reconnaissance professionnelle?**

Afin de tenter d'y apporter des éléments de réponse, j'ai réalisé un travail de recherche qui vous sera décrit dans ce mémoire. Dans un premier temps sera présenté le cadre conceptuel de cette étude (I), puis sa partie expérimentale (II). Les résultats obtenus seront analysés (III) et enfin une conclusion sera apportée (IV).

I. CADRE CONCEPTUEL

Pour traiter au mieux ce sujet, il est important que les thèmes qui le composent puissent être définis clairement en s'appuyant sur différents travaux de chercheurs. Il est tout d'abord important de s'intéresser à la notion d'identité et d'identité professionnelle.

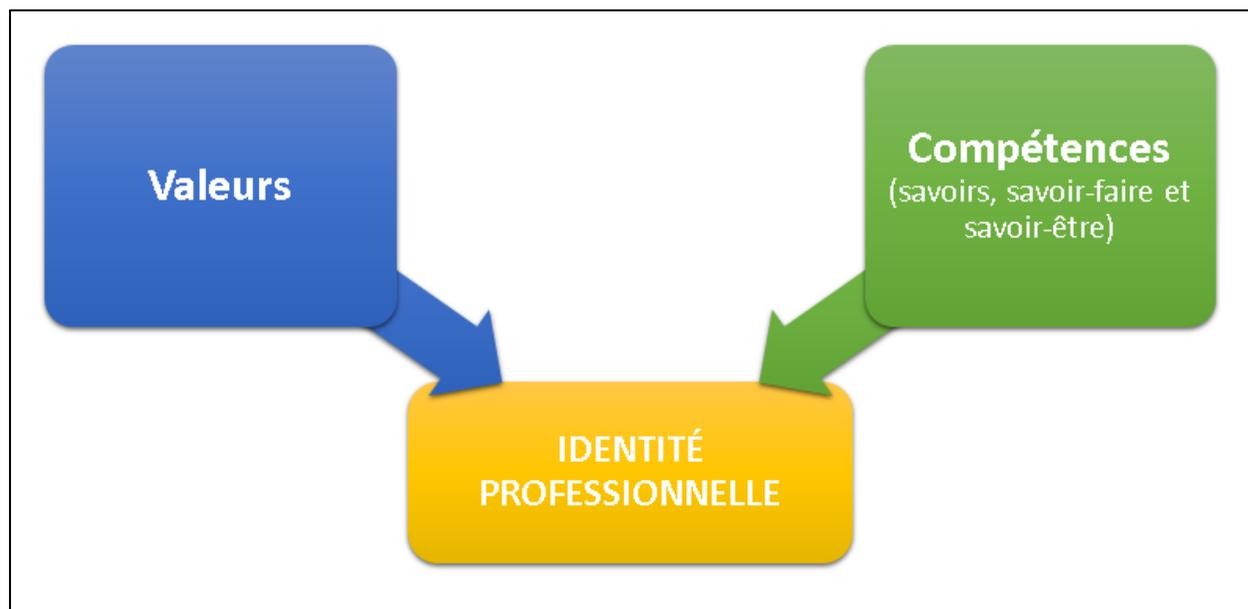
1. 1 La notion d'identité professionnelle selon le modèle conceptuel de Dubar

Dans un premier temps, l'approche conceptuelle de Dubar sera présentée, puis l'intérêt qu'elle comporte pour cette étude sera démontré.

1.1. A. Présentation du modèle conceptuel

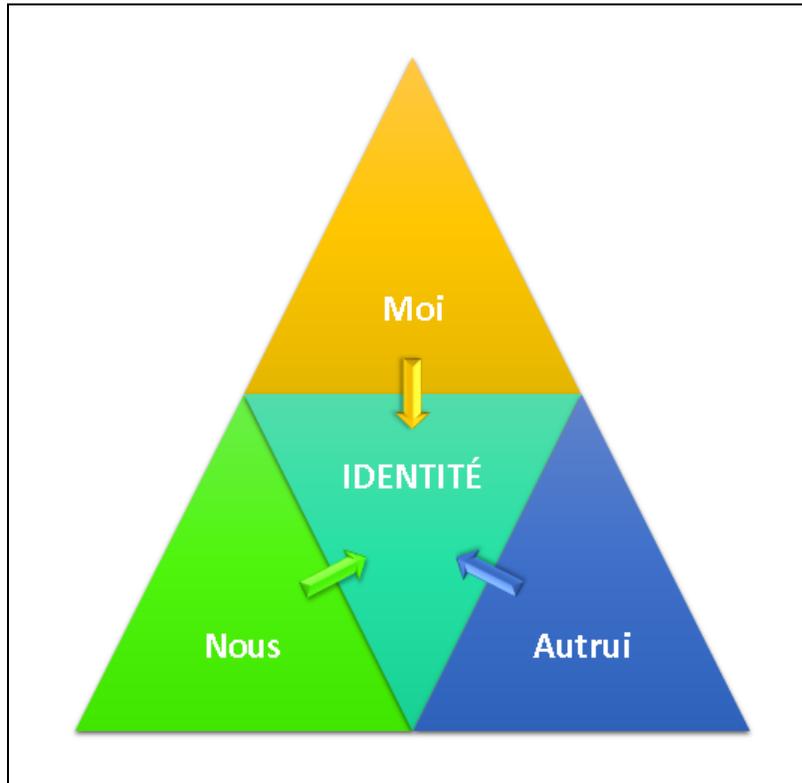
Afin d'encadrer l'ensemble de la réflexion qui sera menée sur la reconnaissance de l'ergothérapie en EHPAD, il a été décidé de s'appuyer sur les notions d' « identité » et d' « identité professionnelle ». Les travaux de Beckers en 2007, qui s'appuient sur les travaux de Dubar, enseignent que « l'identité professionnelle d'un travailleur se constitue de ses savoirs, savoir-faire et savoir-être, de sa vision des choses et du monde ainsi que de ses valeurs » (Beckers, 2007).

Figure n°1. Les composantes principales de l'identité professionnelle selon Beckers, 2007



Pour Dubar, grand théoricien de la notion d'identité, le concept d'identité, que l'on peut associer à celui d'identité professionnelle, est un construit qui s'articule autour de 3 dimensions : Le « moi », le « nous » et « l'autrui » (Dubar, 2000).

Figure n°2. *L'identité selon Dubar, 2000*

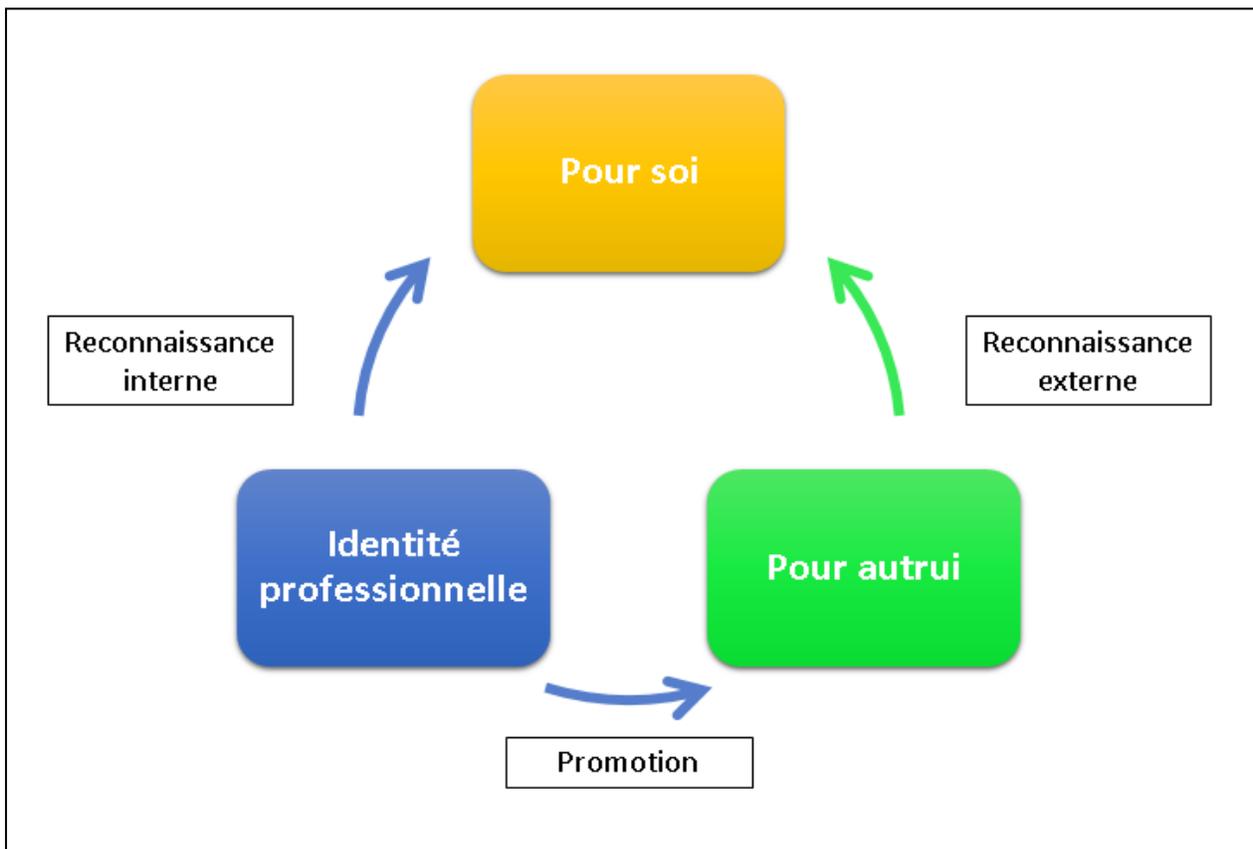


Le « moi » est pour Dubar le parcours de vie, l'éducation, la formation et l'ensemble des valeurs personnelles qui viennent participer à la définition de l'identité professionnelle d'un individu. Le « nous » est l'ensemble des valeurs, des pratiques et des opinions professionnelles que l'individu partage avec un groupe auquel il appartient, et qui participent à la définition de son identité professionnelle. Enfin « l'autrui » représente l'ensemble des valeurs, des pratiques et des opinions professionnelles de groupes auxquels n'appartient pas l'individu, et dont il se distingue. Ces dernières permettent aussi de concourir à la définition de son identité professionnelle, mais par la différence (Dubar, 2000). Ce modèle prend en considération l'ensemble des éléments constitutifs de l'identité professionnelle, et la dimension du « nous » est celle qui influe le plus sur l'identité professionnelle de tout individu (besoin d'appartenance à un groupe) (Dubar, 2000).

Dans ses travaux en 2000, Dubar met clairement en lien les concepts d'identité professionnelle et de reconnaissance professionnelle. Il affirme que la construction de l'identité professionnelle de tout travailleur dépend nécessairement de la reconnaissance de ses compétences (entendues comme savoir-faire), de ses savoirs ainsi que de son image (entendue comme savoir-être). La reconnaissance dont il fait état émane de l'individu lui-même - on peut parler alors de reconnaissance interne -, et émane aussi d'autrui - on peut parler alors de reconnaissance externe (Dubar, 2000). Il précise que l'identité professionnelle est

double et répond à deux finalités fondamentales : se connaître soi-même (« L'identité professionnelle construite pour soi ») et être reconnu par l'autre (« l'identité professionnelle construite pour autrui ») (Dubar, 2000). « L'identité professionnelle construite pour soi » résulte du construit, conscient ou non, par l'individu de son identité professionnelle, qui lui permet de s'identifier, de se comprendre et de se définir professionnellement (idée de reconnaissance interne). « L'identité professionnelle construite pour autrui » est l'image professionnelle que l'individu souhaite transmettre à l'autre (idée de promotion de l'identité professionnelle) pour obtenir une reconnaissance (idée de reconnaissance externe) (Dubar, 2000).

Figure n°3. *Les finalités de l'identité professionnelle selon Dubar, 2000*



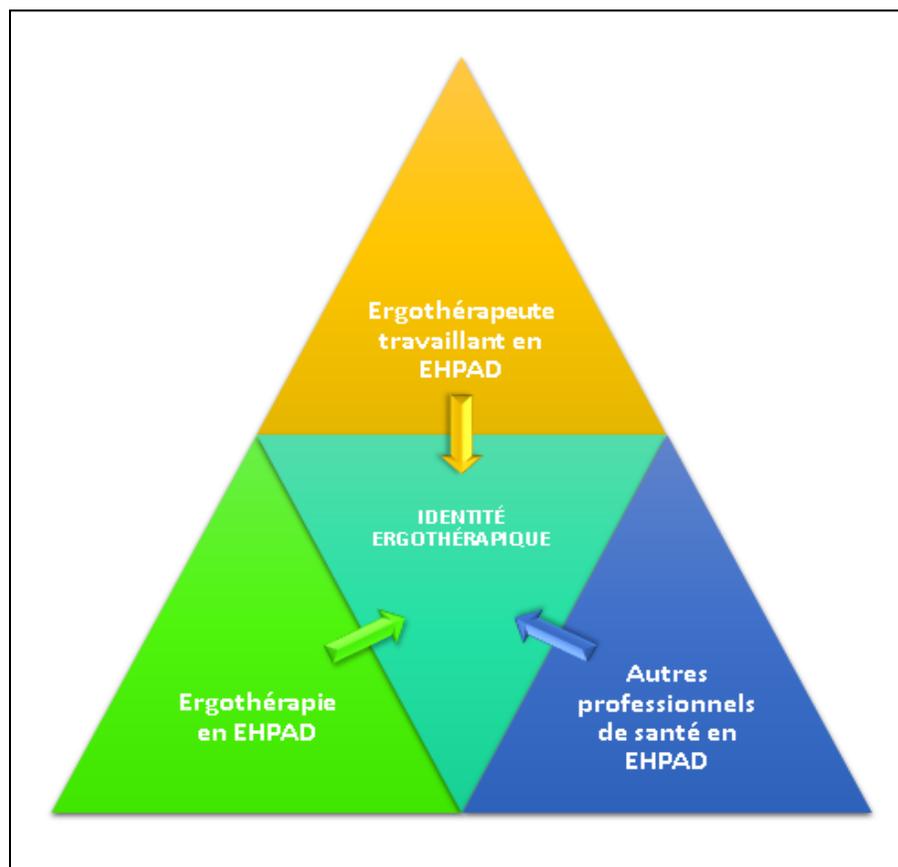
Une étude récente portant sur l'identité professionnelle ergothérapeutique vient préciser que l'identité professionnelle peut être individuelle ou collective. Elle est individuelle lorsqu'elle est simplement propre au professionnel en tant qu'individu et est collective quand elle est largement partagée par les autres membres de la profession (Morel-Bracq, Delaisse, Bodin, Charret, & Hernandez, 2021). Pour la suite de cette étude, nous nous focaliserons sur l'identité professionnelle collective.

Dans la partie suivante, l'apport du modèle conceptuel de Dubar pour la suite de ce travail est expliqué.

1.1. B. Utilité du modèle de Dubar pour la suite de mon étude

Les travaux de ces auteurs et le modèle conceptuel de Dubar permettent d'avoir une meilleure compréhension de la problématique de cette étude et offrent une aide précieuse pour mener une réflexion dans le but de tenter d'y trouver une réponse. Dans un premier temps, ils permettent de comprendre que l'identité professionnelle de l'ergothérapeute regroupe l'ensemble des compétences et des valeurs attachées à sa profession. Ensuite, l'importance du « nous » dans la construction de l'identité professionnelle, soulignée par Dubar, permet de saisir qu'au-delà des convictions, besoins et valeurs propres à chaque travailleur, l'« identité professionnelle » des ergothérapeutes travaillant en EHPAD, que l'on peut appeler identité ergothérapique, résulte principalement des valeurs, pratiques, compétences et opinions professionnelles propres à leur groupe d'appartenance, l'ergothérapie en EHPAD.

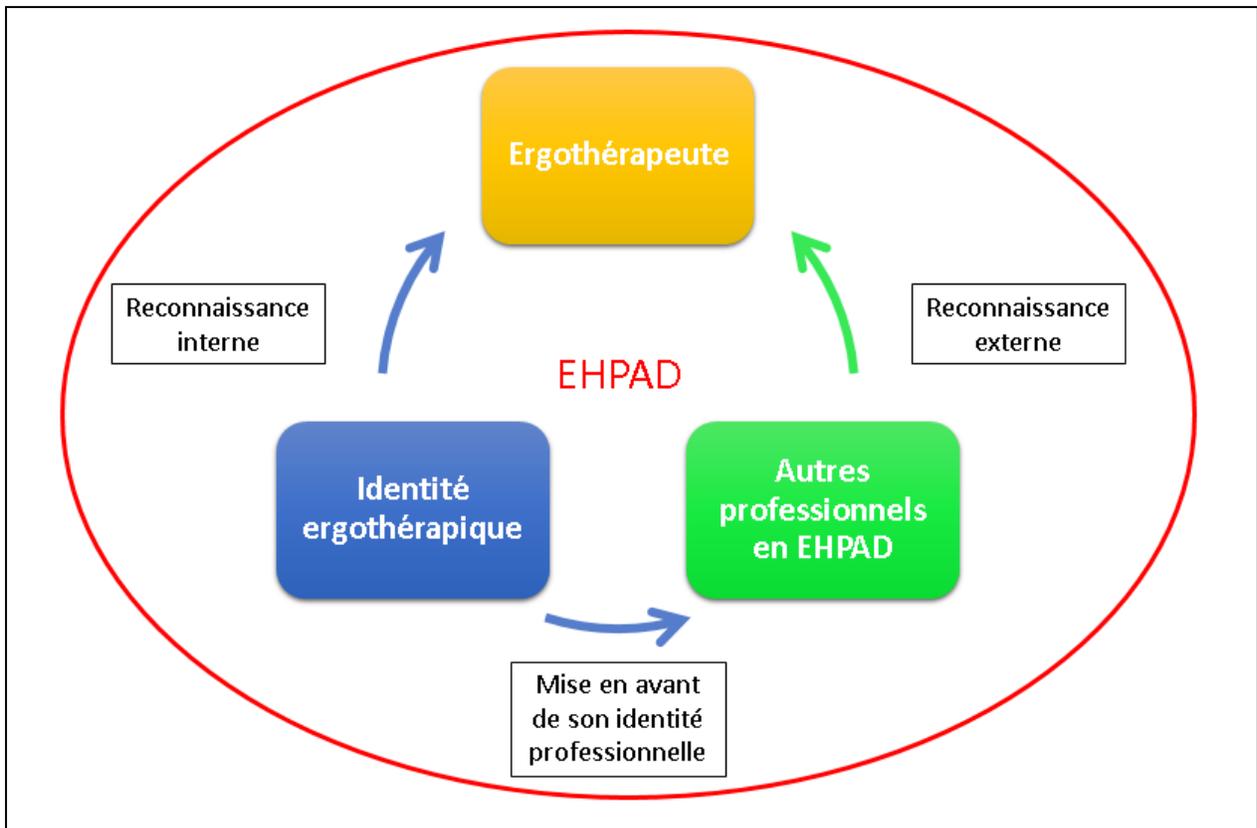
Figure n°4. *L'identité professionnelle de l'ergothérapeute en EHPAD. Application du modèle de Dubar, 2000*



Enfin, l'apport du modèle de Dubar sur la double finalité de l'identité professionnelle permet de se rendre compte que, pour qu'un ergothérapeute sente son identité professionnelle reconnue en EHPAD, il est nécessaire que sa propre vision de son identité professionnelle corresponde à la vision qu'en ont les autres professionnels qui y travaillent (concordance des reconnaissances internes et externes de l'identité

professionnelle). Pour y parvenir, l'ergothérapeute devra s'efforcer de travailler sur l'image professionnelle qu'il donne de lui.

Figure n°5. La double finalité de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute en EHPAD. Application du modèle de Dubar, 2000



La suite de cette étude suivra le cheminement de pensée de la figure ci-dessus (Figure n°5). Tout d'abord, il paraît important de définir l'identité professionnelle propre à l'ergothérapeute travaillant en EHPAD.

1. 2 Identité professionnelle de l'ergothérapeute en EHPAD : compétences et valeurs professionnelles.

Afin de pouvoir présenter et expliquer l'identité professionnelle actuelle de l'ergothérapeute travaillant en EHPAD, une définition de l'ergothérapie sera apportée, puis les compétences qui lui sont reconnues par les pouvoirs publics seront présentées. Un focus sera fait sur les compétences que l'ergothérapeute peut mobiliser en EHPAD. Puis les valeurs propres à l'ergothérapeute seront soulignées en s'appuyant sur un modèle conceptuel ergothérapique.

1.2. A. Définition de l'ergothérapie

D'un point de vue étymologique, l'ergothérapie vient de l'association de deux mots grecs : « ergon » signifiant travail et « thérapia » signifiant la cure. Nous comprenons alors que l'ergothérapie définit le soin du malade par le travail, entendu alors comme « activité ». (Charret & Samson, 2017).

Avant de poursuivre dans cette partie, il me semble important dans un premier temps de définir précisément l'ergothérapie. L'ANFE (Association Nationale Française d'Ergothérapie) définit en 2021 sur son site internet l'ergothérapie comme « une profession paramédicale fondant sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé ». Elle précise que « son premier représentant, l'ergothérapeute, a pour objectifs principaux de permettre aux personnes qu'il accompagne de maintenir, retrouver ou développer leur capacité à réaliser les activités qu'ils désirent de la façon la plus autonome, indépendante et sécuritaire possible » (ANFE, 2021b). Aujourd'hui, l'ergothérapeute peut exercer dans le secteur médico-social, social et sanitaire en tant que salarié ou en profession libérale.

Nous comprendrons, dans la partie suivante, que cette définition de l'ergothérapie est issue d'une lente construction de la profession.

1.2. B. La structuration et la définition progressive de l'ergothérapie en France

L'émergence de l'ergothérapie en France est issue d'un processus long et complexe qui a dans un premier temps fait ressortir l'intérêt thérapeutique de l'activité, a permis l'émergence des « occupational therapists » dans le monde anglo-saxon, a fait naître une nouvelle pratique du « soin par l'activité » en France avant, enfin, de définir la profession et son professionnel titré tel que nous les connaissons actuellement : centrés sur la personne et les activités qui font sens pour elle (Charret & Samson, 2017).

Aujourd'hui, les modalités d'accès et d'exercice au métier d'ergothérapeute sont régies par le Code de Santé Publique (Code de santé publique, 2021). En outre, ce développement continu de la profession peut aussi s'observer d'un point de vue démographique. L'ANFE précise en 2021 sur son site que, selon les derniers chiffres de la DRESS, entre 2010 et 2020, la population d'ergothérapeutes en France a presque doublé, passant de près de 7500 en 2010 à plus de 13500 en 2020 (ANFE, 2021b). En plus d'être de plus en plus nombreux, les ergothérapeutes ne sont plus cloisonnés à l'exercice en psychiatrie comme à leurs débuts mais évoluent désormais dans 3 domaines principaux : les services de rééducation, les lieux de vie, et en santé mentale. Pouvant s'exercer en rééducation, réadaptation et réhabilitation, auprès de tout public (enfants, adultes ou seniors), le potentiel d'action de l'ergothérapeute s'est aujourd'hui considérablement développé.

Du fait de cette lente structuration et maturation, il est aujourd'hui observable que l'ergothérapie en France est désormais bien mieux organisée et définie qu'à ses débuts. Afin de commencer à présenter l'identité professionnelle actuelle de l'ergothérapeute travaillant en EHPAD, il sera montré dans la partie

suivante que bon nombre de ses compétences professionnelles, éléments constitutifs de son identité professionnelle, sont reconnues et définies dans le Code de Santé Publique.

1.2. C. La diversité des compétences professionnelles de l'ergothérapie codifiées

Comme précisé dans la partie précédente, la profession de l'ergothérapie est encadrée par l'État au travers de son Code de Santé Publique. Elle nécessite une formation de 3 ans dont le programme est défini par le Ministère de la Santé. Les compétences reconnues que l'ergothérapeute peut être amené à pratiquer, sur prescription médicale, y sont alors listées à l'article R433-1. Ces dernières s'organisent en 4 grands groupes :

Le premier grand groupe de compétences reconnues aux ergothérapeutes est la réalisation d'évaluations dans le but de déterminer les capacités fonctionnelles de leurs clients à un moment donné, et de mesurer leur progression ou leur dégradation au fur et à mesure de la prise en soin. L'article R 4331-1 définit en effet 7 grandes thématiques de bilans que les ergothérapeutes peuvent réaliser dans l'exercice de leur fonction. L'objectif étant de leur permettre de pouvoir évaluer l'état musculaire, articulaire, cutané, trophique, et neurologique de leurs clients ainsi que de déterminer leurs capacités à réaliser certains mouvements, à s'investir dans des relations et à être autonomes et indépendants dans leur vie quotidienne (Code de santé publique, 2021).

Le second groupe de compétences reconnues aux ergothérapeutes par le Code de Santé Publique est la mise en place d'exercices permettant à leurs clients de récupérer, d'entretenir ou de développer leurs capacités articulaires et musculaires. Compte tenu que cette compétence ré-éducative pouvait faire écho aux missions propres à d'autres professions médicales, le Code de Santé Publique vient alors préciser que sont exclues de cette compétence ergotherapique les réalisations d'actes propres à la kinésithérapie prévues par l'article L4321 -1 (Code de santé publique, 2021).

Le troisième groupe de compétences reconnues aux ergothérapeutes est la réalisation de prises en soin de leurs clients au moyen d'activités adaptées. En effet, le Code de Santé Publique indique que des activités de loisirs, de jeux, de travail, artisanales, d'expression, de vie quotidienne pourront être réalisées par l'ergothérapeute dans l'exercice de ses fonctions, à des fins thérapeutiques concernant l'état physique, cognitif et mental du client (Code de santé publique, 2021)

Enfin, le quatrième et dernier groupe de compétences reconnues aux ergothérapeutes consiste en la réalisation et la fourniture d'appareillages et d'aides techniques dans le but d'accompagner le soin ou de compenser la situation de handicap (Code de santé publique, 2021).

Sur l'ensemble des compétences qui lui sont attribuées par l'État via le Code de Santé Publique, l'ergothérapeute se doit de n'intervenir que sur prescription médicale (Villaumé, 2018). Dans les faits, sur

le terrain, il peut aussi intervenir sur d'autres thématiques sans sollicitation d'un médecin : en effet, il peut promulguer des conseils en aménagement de l'environnement et en aide technique, sans prescription médicale, par exemple.

On peut donc constater qu'une grande diversité de compétences est officiellement reconnue à l'ergothérapeute. Cependant, sont-elles toutes mobilisables lors de l'exercice si particulier de l'ergothérapie en EHPAD ? Afin d'apporter des éléments de réponse à cette question, la partie suivante de cette étude s'intéressera aux travaux de l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG).

1.2. D. Les compétences de l'ergothérapie en EHPAD

Créée en Août 2003 à Montpellier, l'AFEG est née du désir d'ergothérapeutes exerçant en EHPAD de faire reconnaître la spécificité de la prise en soin ergothérapique en gériatrie. Ses missions principales sont, entre autres : de représenter institutionnellement l'ensemble des ergothérapeutes travaillant en gériatrie, de créer du lien entre les différents professionnels, d'encourager le développement et le partage de connaissances et de bonnes pratiques via des projets de recherches, de défendre et affirmer les compétences des ergothérapeutes sur le lieu de travail et de développer la connaissance et la reconnaissance de l'ergothérapie auprès des différents acteurs travaillant dans le domaine de la gériatrie (AFEG, 2021b).

L'AFEG fournit sur son site différents documents visant à informer les ergothérapeutes sur les missions qui sont censées être les leurs dans leur exercice professionnel, en fonction de l'institution où ils travaillent. En effet, afin de pouvoir aider les ergothérapeutes à affirmer et exprimer l'ensemble de leurs compétences mobilisables en EHPAD, l'association a créé une fiche de poste-type listant ces compétences spécifiques (AFEG, 2021a). Les principales compétences de l'ergothérapeute qu'il peut mobiliser pour accompagner les résidents sont :

- entretenir ou développer l'autonomie et l'indépendance des résidents dans leurs activités de la vie quotidienne ;
- entretenir ou développer la capacité des résidents à se déplacer et réaliser leurs transferts ;
- entretenir ou développer l'autonomie des résidents en travaillant sur leurs différents troubles cognitifs ;
- travailler sur le positionnement des résidents en prenant en compte leurs troubles posturaux assis ou allongés ;
- préconiser et/ou réaliser des aides techniques ;
- proposer des aménagements de l'environnement ;
- aider les résidents à trouver et appliquer des stratégies de compensation.

À la lecture de ce listing de compétences réalisé par l'AFEG, il est clair que les missions réalisées au quotidien par les ergothérapeutes lors de leur exercice en EHPAD sont plus larges et plus précises que celles listées par le Code de Santé Publique. Il semblerait en effet que sur le terrain, le professionnel soit dans l'obligation d'adapter son approche interventionnelle afin d'offrir à ses patients un accompagnement qui soit parfaitement adapté à leurs besoins.

Comme précisé par Beckers en 2007, l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ne se limite pas à aux compétences techniques qui lui sont propres. En effet, elle englobe aussi les valeurs qui vont venir encadrer l'expression de ses compétences via sa pratique professionnelle au quotidien (Beckers, 2007). Dans la prochaine partie seront présentées les valeurs professionnelles actuelles de l'ergothérapeute, ainsi que les outils qui existent pour l'aider à les préserver via sa pratique professionnelle.

1.2. E. Les valeurs actuelles de l'ergothérapeute préservées par l'utilisation de modèles conceptuels ergothérapeutiques.

Les valeurs propres à l'ergothérapie ont grandement évolué avec le temps. Elles ont d'abord focalisé la pratique ergothérapeutique sur l'intérêt pour la santé des activités manuelles entre les années 50 et 80. Par la suite, elles se sont progressivement tournées vers la pratique d'activités en milieu écologique pour faciliter au maximum les transferts d'acquis entre les années 1980 et 2000. Aujourd'hui, elles viennent consacrer la pratique centrée sur la personne et ses occupations comme l'essence même de la profession (Morel-Bracq et al., 2021). Cette consécration est confirmée par la Fédération Mondiale de l'Ergothérapie qui définit l'ergothérapie comme : « Une profession médicale, centrée sur la personne, visant à promouvoir la santé et le bien-être au travers de l'occupation » (WFOT, 2021). Ces valeurs actuelles participent à la définition de l'identité professionnelle de l'ensemble des ergothérapeutes sans distinction. Ce qui inclut nécessairement ceux qui exercent en EHPAD.

Qu'il le veuille ou non, tout professionnel exerce sa profession en suivant des valeurs particulières. Ces dernières peuvent être appliquées consciemment ou inconsciemment et être le fruit d'un choix personnel ou s'imposer à lui. Cette vérité s'applique nécessairement aux ergothérapeutes. Cependant, dans le domaine de la santé, certains chercheurs se sont évertués à formaliser les cadres idéologiques de pratique professionnelle sous la forme de concept que l'on appelle plus communément « les modèles conceptuels ».

Comme l'explique Marie-Chantal Morel-Bracq en 2017 dans la deuxième édition de son ouvrage « Les modèles conceptuels en Ergothérapie », un modèle conceptuel est un outil qui vient définir un processus de réflexion guidant les professionnels de santé qui se l'approprient dans l'exercice de leur fonction. C'est une sorte de guide méthodologique qui va créer un cadre idéologique venant diriger le professionnel de santé dans l'analyse de la situation, la compréhension des problèmes à résoudre, la définition des objectifs, le

choix des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre et la méthodologie à respecter sur l'ensemble de la prise en soin (Morel-Bracq, 2017).

Morel-Bracq précise dans son ouvrage qu'il existe 3 grands types de modèles conceptuels : les modèles généraux venant encadrer de façon large la pratique professionnelle, les modèles appliqués adaptés à la prise en soin de certaines pathologies et les modèles de pratique qui viennent définir des outils et techniques utiles aux modèles appliqués. Dans les modèles généraux, on peut trouver de nombreux modèles interprofessionnels. Ces derniers sont destinés à l'ensemble des professionnels de santé sans distinction. Ces cadres idéologiques ont pour avantage de permettre de créer une unité et une cohésion dans les prises en soin réalisées par les différents professionnels de santé. Cependant, ils ne permettent pas réellement de mettre en avant les particularités de chaque profession et donc de l'ergothérapie (Morel-Bracq, 2017).

Pour ce faire, des ergothérapeutes ont progressivement développé des modèles conceptuels ergothérapeutiques. Plus respectueux des préceptes et des valeurs inhérents à l'ergothérapie, ces modèles permettent aux ergothérapeutes de rester fidèles à leur identité professionnelle dans l'exercice de leur fonction au quotidien. Ils les amènent à respecter la valeur fondamentale de l'ergothérapie qui consiste à conserver une pratique professionnelle centrée sur la personne et sur les problématiques occupationnelles qu'elle rencontre (Morel-Bracq, 2017).

Afin de pouvoir définir les termes-clefs représentant au mieux les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute (personne, occupation et problématiques occupationnelles), cette étude s'appuiera sur l'un de ces modèles ergothérapeutiques relativement connu en France : le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).

1.2. F. La personne et ses occupations : le cœur de l'identité ergothérapeutique vue par le prisme du MCREO

Morel-Bracq précise que ce modèle a été créé par l'Association Canadienne d'Ergothérapie dans le but de venir définir plus clairement et mieux harmoniser le rôle et les missions des ergothérapeutes. Le MCREO est centré sur la personne et ses occupations, et pousse les ergothérapeutes qui se l'approprient à concevoir chaque situation de prise en soin en prenant en considération 3 dimensions : la personne, ses occupations et son environnement. Conceptuellement parlant, le MCREO considère que la mission centrale de l'ergothérapeute est de lutter contre les problématiques occupationnelles de ses clients afin de les rendre les plus autonomes et indépendants possible (situation de handicap). Dans cette démarche, l'ergothérapeute doit faire attention à toujours permettre à la personne qu'il accompagne d'être actrice de sa prise en soin (Morel-Bracq, 2017). Le MCREO définit les occupations comme l'ensemble des activités qui font sens pour la personne.

Morel-Bracq précise que selon le MCREO, la personne doit être observée en faisant attention à 4 dimensions : la dimension affective qui regroupe entre autres les fonctions relationnelles, l'humeur et la capacité de maîtrise des émotions de la personne ; la dimension physique qui regroupe l'ensemble des fonctions sensitives, sensorimotrices et motrices du client ; la dimension cognitive qui regroupe les fonctions cognitives (attention, mémoire, jugement...), le processus réflexif et la qualité de l'organisation de la pensée de la personne ; et, enfin, la dimension spirituelle qui regroupe les croyances et valeurs morales de la personne (Morel-Bracq, 2017).

Dans son approche, l'ergothérapeute, s'appropriant le MCREO, doit évaluer avec la personne qu'il accompagne si elle rencontre des difficultés en termes d'engagement et de rendement occupationnel. L'engagement occupationnel est entendu comme la capacité de la personne à s'investir volontairement dans la réalisation de ses occupations alors que le rendement occupationnel est la vision subjective de la personne sur sa qualité de réalisation de son occupation et la satisfaction qu'elle en retire (Morel-Bracq, 2017).

Le MCREO considère qu'il existe 4 grands types d'occupations. En premier lieu, nous trouvons les « soins personnels » qui représentent l'ensemble des activités permettant à la personne de prendre soin d'elle-même. C'est-à-dire, entre autre, l'habillage, le fait de se laver, le fait de se raser, etc... Ensuite viennent « les loisirs » qui comprennent l'ensemble des activités sportives, ludiques, culturelles et sociales qui font sens pour la personne. Nous trouvons après le « repos » qui englobe l'ensemble des activités visant à reposer le corps et/ou l'esprit. Et, enfin, il y a « la productivité » qui regroupe l'ensemble des activités résultant d'un rôle social et ayant un intérêt pour la personne. Ces dernières peuvent générer une satisfaction personnelle ou des revenus (travaux ménagers, rôle parental, emploi) (Morel-Bracq, 2017).

Après avoir pu définir l'identité professionnelle de l'ergothérapeute travaillant en EHPAD en s'intéressant à ses compétences, domaines d'intervention et valeurs professionnelles, il est important de s'intéresser au lieu où il exerce afin d'en saisir toute la complexité.

1. 3 L'EHPAD : un lieu offrant un accompagnement global au résident, où l'identité professionnelle de l'ergothérapeute a toute sa place

Cette partie s'intéresse aux Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Après un rapide regard sur leur lente évolution en termes de dénomination, de public ciblé et d'accompagnement proposé, il sera montré que l'ergothérapeute a toute sa place en EHPAD, bien que le fonctionnement actuel de ce type d'établissement rende complexe l'expression de sa singularité professionnelle.

1.3. A. L'EHPAD, un lieu de vie et de soin issu d'une lente mutation.

Des hôpitaux généraux de la France du XVII^{ème} siècle aux EHPAD actuels en passant par les hospices et les maisons de retraite, les travaux de Jovelet en 2018 permettent de comprendre que les « Établissements d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante » que nous connaissons aujourd'hui sont le fruit d'un lent processus de médicalisation et de spécialisation (Jovelet, 2018). Ces derniers sont nés à la suite d'une réforme gouvernementale en avril 1999 (Brami, 2013). Au sein de ces établissements, la médicalisation y est obligatoire et totale (non partielle). On y retrouve un grand nombre de professionnels médicaux (infirmiers, aides-soignants, médecins coordonnateurs, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens...). Ce lieu si particulier destiné à nos aînés isolés ou dépendants se trouve alors à la frontière entre deux mondes : le lieu de vie et le lieu de soin. Ses missions officielles définies par les Services Publics sont d'accompagner les plus de 60 ans dépendants dans leur fin de vie en leur offrant un lieu où ils pourront vivre en sécurité et bénéficier des soins dont ils ont besoin (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2021).

Cette médicalisation progressive répond au changement du profil des résidents. En effet, selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), l'entrée en « institution » est de moins en moins préparée par les personnes âgées et leur entourage, et, depuis plus de 10 ans, on peut observer que les résidents entrent plus tard en EHPAD, souvent à cause d'une évolution rapide, imprévisible ou accidentelle de leurs troubles (DREES, 2016). Aujourd'hui, la population des résidents en EHPAD est de plus en plus âgée, dépendante et souffrante de troubles psychiatriques, cognitifs ou démentiels (DREES, 2016).

De cette évolution globale en termes de public, découle nécessairement une évolution de l'accompagnement proposé en EHPAD. La DREES en 2016 souligne le fait que, par la force des choses, les accompagnements des résidents en EHPAD s'orientent plus vers le nursing, les soins du quotidien et la recherche de leur confort optimal, plutôt que vers le maintien et l'entretien de leurs capacités physiques, mentales et psychiques résiduelles dans un cadre favorisant leur développement relationnel et humain (DREES, 2016). On comprend alors que ce lieu de vie médicalisé tend à devenir, peu à peu, plus une institution de soin d'accompagnement de fin de vie qu'un nouveau « chez soi » disposant des aides matérielles et psychologiques nécessaires à ses habitants. De plus, le manque de moyens humains, matériels et financiers dans les EHPAD, ainsi que l'augmentation permanente des exigences en termes de qualité d'accompagnement prévue par le législateur, amènent les professionnels de santé qui y travaillent à faire face à une certaine tension (Brami, 2013; DREES, 2016; Ferreira & Zawieja, 2012). Cette évolution n'est cependant pas acceptée fatalement par les institutions et les pouvoirs publics qui tentent tant bien que mal de préserver les caractéristiques doubles de ce lieu si particulier (lieu de vie et lieu de soin).

En effet, depuis 2007, à la suite du décret n°2007-965 visant à aider le personnel des EHPAD à respecter au mieux les résidents en tant que personnes ayant des besoins, des désirs et des habitudes antérieurs à leur entrée en institution, les EHPAD disposent d'un outil venant encadrer la définition et la mise en place des accompagnements proposés aux résidents : Le Projet Personnalisé des Résidents (PPR) (ANESM, 2018).

Selon l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Service sociaux et Médicaux sociaux (ANESM), qui a désormais fusionné avec la HAS, le PPR est construit comme un outil destiné aux professionnels de santé et aux résidents des EHPAD. Son utilisation est obligatoire et a pour but principal de permettre une meilleure inclusion du résident, de ses représentants légaux et de sa famille dans la définition de l'accompagnement global et personnalisé dont il bénéficiera à l'avenir (ANESM, 2018). Basé sur l'idée qu'il doit nécessairement être co-construit par l'institution, les professionnels qui y exercent et le résident lui-même, il vise à personnaliser les accompagnements au maximum en prenant en compte l'ensemble des particularités et spécificités de chaque résident (désirs, passions, habitudes de vie etc...) (ANESM, 2018). Ce projet est d'une importance capitale, puisqu'il vient cadrer, guider, et aider les professionnels de santé dans les futurs accompagnements qu'ils proposeront aux résidents. L'ANESM précise que le projet personnalisé s'organise en 6 temps principaux :

1) Un 1^{er} temps de rencontre, pour permettre au résident de découvrir son nouveau lieu de vie et le fonctionnement de l'institution où il évoluera à l'avenir. Ce temps d'échange est propice à la collecte d'informations sur le futur résident, sur ce qu'il aime, sur ses capacités résiduelles et sur sa vie antérieure.

2) Un 2^{ème} temps d'analyse des données, recueillies par l'ensemble du personnel de l'EHPAD, qui vient participer à la définition de ce projet d'accompagnement. Lors de réunions pluridisciplinaires, l'ensemble des données et observations recueillies est décortiqué par tout le personnel soignant de l'EHPAD. Chacun est alors libre de s'exprimer, de mettre en avant ses réflexions, doutes ou questions, afin que les informations soient mises en commun et que la compréhension du résident soit partagée par tous.

3) Un 3^{ème} temps destiné à la co-construction du projet personnalisé. Chaque professionnel, si c'est pertinent, vient échanger avec le résident et ses représentants afin de construire un accompagnement coordonné qui lui soit parfaitement adapté.

4) Un 4^{ème} temps destiné à la mise en œuvre du projet personnalisé (PPR).

5) Un 5^{ème} temps de suivi et d'actualisation du projet. Les projets sont alors observés, analysés et si besoin modifiés au minimum tous les ans. Ils peuvent être réactualisés plus régulièrement si cela semble nécessaire à l'équipe encadrante, au résident ou à son entourage.

6) Un 6^{ème} temps de conclusion du projet intervenant souvent au décès du résident, lors de son transfert dans un autre établissement, ou s'il retourne à son domicile. Est alors réalisé un bilan de l'accompagnement

afin d'en déterminer les points forts ainsi que les axes de progrès permettant, pour le futur, une amélioration de l'appropriation de l'outil par l'équipe encadrante.

Les 2^{ème} et 3^{ème} temps du PPR révèlent clairement sa nature collaborative et sa faculté théorique de permettre à chaque professionnel d'apporter son identité professionnelle au service du résident qui le désire. Après nous être intéressés aux EHPAD, à leur évolution et à leur fonctionnement actuel, il est important d'observer la légitimité que peut y avoir l'intervention ergothérapeutique.

1.3. B. Le besoin d'ergothérapeutes et de leur l'identité professionnelle en EHPAD

De nombreux auteurs ont montré que l'entrée en institution est, la plupart du temps, un grand changement pour les futurs résidents. Elle vient mettre à mal bon nombre de leurs repères, amenant à une dégradation sensible de leur état de santé physique, cognitif et psychologique (Ferreira & Zawieja, 2012; Laureau-Daull, 2012; Mallon, 2005; Neyret-Chompre, 2002).

D'autres études montrent que la réalisation d'activités en EHPAD permet de diminuer ou ralentir fortement cette dégradation :

- sur le plan psychologique, la réalisation d'activités groupales, favorisant les interactions entre les résidents, permet de créer du lien social et de stimuler les fonctions de socialisation nécessaires au bien-être psychologique de l'être humain (Beloni, Hoarau, & Marin, 2019). De plus, les activités réalisées par le résident lui-même permettent de renforcer son sentiment d'autonomie et d'indépendance. Se sentant ou se croyant capable d'agir, les résidents sont plus à même de faire face, en ayant confiance en eux, aux difficultés du vieillissement (Bickel & Hugentobler, 2018) ;

- sur le plan physique, les activités dites physiques, telles que des exercices d'assouplissement, le travail de renforcement musculaire, d'adresse et de posture, permettent de réduire les risques de chute chez les résidents et d'entretenir leur condition physique (Feillet, Héas, & Bodin, 2011) ;

- sur le plan cognitif, les activités de stimulation cognitive peuvent permettent d'entretenir et d'améliorer les capacités cognitives des résidents (mémoire de travail et capacité de traitement) même s'ils sont atteints par la maladie d'Alzheimer (Lapre, Postal, Bourdel-Marchasson, Boisson, & Mathey, 2012).

En confirmant l'existence d'un lien entre la pratique d'activités en tout genre et la santé globale de nos aînés, ces études viennent en réalité souligner l'importance des interventions ergothérapeutiques auprès des résidents des EHPAD. En effet, elles démontrent qu'en s'appuyant sur des activités qui font sens pour les résidents (occupations), l'ergothérapeute pourra travailler avec eux sur des exercices visant à stimuler leurs capacités physiques, cognitives, et psychologiques afin de maintenir ou améliorer leur état de santé global.

Si l'importance de l'ergothérapie en EHPAD n'est plus à prouver, il faut prendre conscience que l'ergothérapeute, seul, ne peut offrir un accompagnement complet aux résidents. D'ailleurs, comme démontré plutôt, le PPR exige que l'ensemble des professionnels en EHPAD travaillent ensemble pour offrir un accompagnement global de qualité. Il est présenté dans la partie suivante comment la définition et la mise en place de l'accompagnement qui est proposé en EHPAD peut rendre complexe la pleine expression de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

1.3. C. La définition et la mise en place des accompagnements en EHPAD : une expression affirmée des identités professionnelles rendue complexe

Suite à la médicalisation renforcée des EHPAD, ces institutions sont aujourd'hui en capacité d'apporter une offre d'accompagnement relativement large. Selon l'ANESM, psychomotriciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides-soignants, infirmiers, éducateurs APA, orthoprothésistes, psychologues, médecins et bien d'autres, sont autant de professionnels aux identités toutes singulières, qui doivent concourir à la définition et à la mise en place d'un accompagnement global, cohérent, structuré, coordonné et qui reste respectueux du résident (ANESM, 2018).

Pour y parvenir, des auteurs ayant travaillé sur le sujet de la transdisciplinarité et le travail sur un mode collaboratif en gérontologie, affirment que l'ensemble de ces professionnels doivent se rencontrer, échanger, se comprendre mutuellement pour pouvoir travailler ensemble le plus efficacement possible. Ils doivent respecter un équilibre subtil où ils affirment leur identité professionnelle tout en laissant celles des autres s'exprimer, ce qui est extrêmement complexe (Charpentier, Soum-Pouyalet, Lefustec, & Roumagne, 2020). Dans la pratique, Il n'est pas rare que certaines identités professionnelles peinent à s'affirmer, écrasées par le poids du collectif, ce qui peut générer une certaine frustration. Afin d'éviter ces situations, les équipes doivent alors bénéficier d'un management favorisant un climat de travail apaisé et respectueux de chacun, qui soit garant de l'inclusion du résident et qui connaisse et reconnaisse parfaitement les spécificités et compétences de l'ensemble des professionnels afin de pouvoir les solliciter au mieux (Charpentier et al., 2020).

On comprend alors que la reconnaissance externe de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute exerçant en EHPAD est primordiale afin qu'il puisse, avec ses collègues, offrir un accompagnement global et adapté au résident. Dans la partie suivante, Il sera intéressant d'observer l'état de la reconnaissance professionnelle externe dont bénéficient les ergothérapeutes en EHPAD.

1.4 La reconnaissance professionnelle externe de l'ergothérapeute en EHPAD

Dans cette partie, est apportée dans un premier temps une définition précise de la reconnaissance professionnelle externe, avant de préciser l'importance qu'elle peut avoir pour le monde professionnel. Enfin, il sera constaté qu'encore aujourd'hui, l'ergothérapeute ressent un manque de reconnaissance de son identité professionnelle en EHPAD.

1.4. A. Présentation d'une définition précise de la reconnaissance professionnelle

La reconnaissance professionnelle est un terme qui peut paraître relativement transparent et facile à comprendre. Cependant, c'est en réalité un concept bien plus complexe et subtil qu'il ne le semble. Afin de définir la reconnaissance professionnelle, cette étude s'est appuyée sur les travaux de Brun & Dugas en 2005 qui ont déterminé qu'il fallait s'intéresser à 3 paramètres principaux : l'émetteur de la reconnaissance professionnelle, ses mécanismes d'obtention et l'objet de la reconnaissance professionnelle.

L'émetteur de la reconnaissance professionnelle

L'ergothérapeute en EHPAD en quête de reconnaissance professionnelle peut obtenir celle-ci de 4 émetteurs distincts. Le premier émetteur potentiel est le résident. Le second est l'ensemble de ses confrères ergothérapeutes. Le troisième est l'ensemble des autres professionnels de santé, le médecin prescripteur et l'administration de l'établissement. Enfin le quatrième est l'ergothérapeute lui-même (Brun & Dugas, 2005).

Souhaitant s'intéresser à la reconnaissance externe des ergothérapeutes et privilégier celle qui émane des autres professionnels avec qui l'ergothérapeute travaille, cette étude se focalisera, pour la suite, sur le 3^{ème} émetteur de reconnaissance professionnelle, l'institution et l'ensemble des autres professionnels de santé.

Les mécanismes d'obtention de la reconnaissance professionnelle externe

Dans leur étude de 2005, Brun & Dugas expliquent qu'il existe plusieurs courants de pensée relatifs aux mécanismes d'obtention de la reconnaissance professionnelle, et en listent 4 au total : la perspective éthique, la conception humaniste et existentielle, l'approche comportementaliste et le courant de la psychodynamique au travail. (Brun & Dugas, 2005).

Notre étude s'appuiera sur le courant de la psychodynamique du travail, car c'est le seul qui affirme que le travailleur peut agir pour améliorer sa reconnaissance professionnelle. Cette approche considère que la reconnaissance professionnelle est perçue comme un retour sur investissement. Dans cette approche, la reconnaissance professionnelle se gagne en faisant ses preuves (Brun & Dugas, 2005).

L'objet de la reconnaissance professionnelle

Brun & Dugas se sont par la suite intéressés à l'objet de la reconnaissance professionnelle : analyser ce qui est reconnu au travailleur. Dans cette démarche, les auteurs déterminent 4 grands groupes d'objets de la reconnaissance : la reconnaissance existentielle, la reconnaissance des résultats, la reconnaissance de l'investissement dans le travail et enfin la reconnaissance de la pratique de travail (Brun & Dugas, 2005).

Souhaitant s'intéresser à la reconnaissance de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute, c'est sur ce dernier objet de la reconnaissance professionnelle que cette étude se focalisera. La reconnaissance de la pratique de travail consiste à reconnaître les capacités professionnelles et les compétences du travailleur dans l'exercice de ses fonctions. En d'autres termes, c'est reconnaître une expertise professionnelle, un savoir, un savoir-être et un savoir-faire à un travailleur (Brun & Dugas, 2005).

Une définition précise de la reconnaissance professionnelle externe de l'ergothérapeute

Cette recherche d'écrits sur la question de la reconnaissance professionnelle permet de pouvoir apporter une définition claire et précise de ce concept. Pour la suite de cette étude, la reconnaissance professionnelle externe de l'ergothérapeute fera référence à la reconnaissance des compétences, des valeurs professionnelles et des missions de l'ergothérapeute, de la part de l'institution où ce dernier exerce, de ses collègues et de ses prescripteurs, en réponse à son implication professionnelle quotidienne.

Après avoir défini la reconnaissance professionnelle externe, il sera constaté son importance pour le monde du travail dans la partie suivante.

1.4. B. L'importance de la reconnaissance professionnelle externe dans le monde du travail

De nombreux chercheurs se sont intéressés à l'importance, l'intérêt et l'impact de la reconnaissance professionnelle externe, tant pour le salarié que pour son employeur. Ces recherches, réalisées dans le monde de l'entreprise (hors secteur médical) restent applicables à l'ergothérapeute sur son lieu d'exercice.

Certains auteurs ont mis en évidence que la reconnaissance professionnelle externe permettait d'affirmer l'identité professionnelle et, lorsqu'elle est clairement exprimée, d'éviter les crises d'identité professionnelle (Dejours, 1998; El Akremi, Sassi, & Bouzidi, 2009). Dans cette même réflexion, d'autres auteurs ont affirmé que la reconnaissance professionnelle externe permettait aux travailleurs qui en bénéficient de trouver plus de sens à leur travail (MOW, 1987 ; Morin, 1996, 2001).

D'autres viennent souligner que la reconnaissance professionnelle externe permet au quotidien d'augmenter la motivation et l'implication des travailleurs sur leurs tâches quotidiennes (Bourcier & Palobart, 1997), rejoignant ainsi les travaux révélant qu'elle est source d'investissement et d'engagement organisationnel (Guay, Simard, & Tremblay, 2000; Wils, Labelle, Guerin, & Tremblay, 1998).

Appelbaum et Kamal en 2000 démontrent que la reconnaissance professionnelle externe permet au travailleur de trouver plus de satisfaction et de plaisir au travail, ce qui va venir influencer positivement sur sa productivité quotidienne et sa performance au sein de l'organisation (Appelbaum & Kamal, 2000).

Enfin, Brun et Dugas affirment en 2005 que la reconnaissance professionnelle est nécessaire à l'établissement de toutes les relations dans le monde du travail, que ces dernières soient verticales (organisées autour d'un lien hiérarchique) ou horizontales (entre collègues et/ou avec ses pairs). La reconnaissance est donc multidirectionnelle. Afin que les relations puissent s'établir, il est nécessaire que les différentes parties prenantes se reconnaissent mutuellement (Brun & Dugas, 2005). Lorsque la reconnaissance professionnelle n'est pas réciproque, cela crée un déséquilibre relationnel qui nuit au bon fonctionnement du travail entre les différents professionnels (Brun & Dugas, 2005).

Au vu de ces recherches, et en transposant ces apports théoriques à la reconnaissance professionnelle externe de l'ergothérapeute et de son identité professionnelle sur son lieu de travail, on comprend qu'une bonne reconnaissance aura un fort impact positif tant pour l'ergothérapeute lui-même que pour l'institution dans laquelle il exerce, ainsi que pour les résidents qu'il accompagnera.

Si l'intérêt de reconnaître l'identité professionnelle de l'ergothérapie en EHPAD est clairement établi, il sera vu, dans la partie suivante, que dans les faits, la reconnaissance de l'ergothérapie reste encore aujourd'hui grandement perfectible.

1.4. C. Un manque de reconnaissance externe ressenti par les ergothérapeutes

Bien qu'il ait été vu dans les parties précédentes que l'ergothérapie continue de se structurer et de s'organiser pour avoir une reconnaissance institutionnelle mieux établie, et que l'identité professionnelle de l'ergothérapeute a toute sa place en EHPAD, il est cependant constaté que le sentiment de manque de reconnaissance de l'ergothérapie semble toucher un grand nombre d'ergothérapeutes, notamment ceux travaillant auprès de personnes âgées (Gauthier & Le Sonn, 2018). En effet, la méconnaissance de l'ergothérapie, particulièrement en gériatrie, amène encore certains professionnels à ne pas réussir à la différencier de la psychomotricité par exemple. Pour y remédier, l'ANFE a lancé, en août 2020, un travail de clarification du rôle et des compétences propres aux deux professions. Ce travail, réalisé en partenariat avec les instances représentatives des psychomotriciens, est destiné aux employeurs et aux prescripteurs et viendra souligner la complémentarité des deux professions, tout affirmant leur distinction (ANFE, 2020a).

Ce constat n'est pas nouveau. En effet, déjà en 2004, une étude sociologique dirigée par Wagner alertait sur le manque de reconnaissance auquel faisaient face les ergothérapeutes de terrain (Wagner, 2004). Il est certes évident que la reconnaissance professionnelle dont bénéficie l'ergothérapie a bien évolué depuis 17 ans. Et si cette étude ne permet pas de dresser de façon exhaustive l'ensemble des problématiques de

reconnaissance professionnelle auxquelles font face les ergothérapeutes aujourd'hui, elle permet néanmoins de mieux comprendre quels étaient les ressentis des acteurs de terrain à cette époque et de constater que sur certains points, la situation a peu évolué. Dans son étude, Wagner a questionné un échantillon tiré aléatoirement de 309 ergothérapeutes via un entretien semi-directif. Les ergothérapeutes participant à cette étude étaient en activité sur tout le territoire français, avaient des niveaux d'expérience professionnelle divers et travaillaient en tant que salariés dans tous les secteurs d'activité dans lesquels les ergothérapeutes sont amenés à pouvoir évoluer (gériatrie, psychiatrie, services de rééducation...).

Les résultats de son enquête ont révélé que 98,9% des ergothérapeutes interrogés se sentaient méconnus du grand public, 68,2% se sentaient méconnus de leur médecin prescripteur, 42,8% se sentaient méconnus des autres professionnels du secteur paramédical et 70,3% se sentaient méconnus de leur administration (Wagner, 2004). Ces chiffres sont particulièrement parlants lorsque l'on garde en tête que l'administration a pour mission de gérer leur évolution de carrière et de leur fournir les moyens matériels et financiers nécessaires à l'exercice de leur profession, et que leur activité résulte en grande partie de la prescription de leur médecin référent. Comment pouvoir exercer sa profession en respect avec son identité professionnelle quand son principal donneur d'ordre ignore en quoi elle consiste ? De plus, l'auteur vient préciser que les sentiments de manque de reconnaissance étaient statistiquement plus fréquents chez les ergothérapeutes travaillant en psychiatrie et en gériatrie (Wagner, 2004).

D'autres résultats de ses enquêtes soulignent l'importance qu'avait ce phénomène à l'époque. En effet, dans son étude, l'auteur demande quelles sont les principales représentations négatives qu'ont les ergothérapeutes de leur propre profession. Sur cette question, les réponses qui avaient été principalement apportées étaient : le manque de reconnaissance professionnelle, la méconnaissance de la profession, l'image stéréotypé de l'occupationnel et donc du travail sur l'occupation, et enfin la difficulté à se faire reconnaître (Wagner, 2004).

Le manque de reconnaissance de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute est un phénomène généralisé qui s'applique aussi et surtout en gériatrie et donc en EHPAD. Cependant, face à cette réalité, il sera souligné dans la partie suivante qu'un bon nombre d'acteurs agit au quotidien afin d'aider à changer les choses.

1.5 Promotion de l'identité ergothérapique en France

Après avoir défini le concept de promotion, les recherches sur la promotion de l'ergothérapie en France permettent de constater qu'elle résulte de l'action de 3 types d'acteurs principaux : les acteurs institutionnels, les acteurs chercheurs et les acteurs praticiens. Les actions promotionnelles réalisées par ces 3 acteurs seront présentées dans cette partie avant de souligner l'intérêt que pourrait avoir l'utilisation du PPR par les ergothérapeutes en EHPAD pour promouvoir leur identité professionnelle.

1.5. A. Définition de la promotion de l'ergothérapie

Le terme « promotion » est relativement complexe dans la langue française, car il a de nombreux sens. En effet, la promotion des ventes, la promotion immobilière, la promotion d'un salarié au poste de responsable ou encore la promotion universitaire à laquelle appartient un étudiant s'appuient à chaque fois sur un sens relativement différent du terme de « promotion » (Dictionnaire Larousse, 2021b). Afin de pouvoir nous mettre d'accord sur une définition de la « promotion » et de l'action de « promouvoir » qui en découle, il a été décidé de sélectionner la définition du dictionnaire qui paraissait la plus adaptée. Le Larousse définit en 2021 la promotion comme « l'élévation d'une chose dans une hiérarchie quelconque à une dignité plus grande ». La promotion de l'ergothérapie consisterait donc à agir dans le but de développer ou d'augmenter la dignité accordée à l'ergothérapie. Mais qu'entend-on par le terme de dignité ? Le Larousse définit la dignité comme « le respect que quelqu'un ou quelque chose mérite » (Dictionnaire Larousse, 2021a). On comprend alors que la promotion de l'ergothérapie peut se définir comme un ensemble d'actions mises en place dans le but d'améliorer ou d'augmenter le respect et la reconnaissance accordés à l'ergothérapie.

Il sera vu dans la prochaine partie l'ensemble des actions promotionnelles mises en place par les représentants institutionnels des ergothérapeutes.

1.5. B. Les acteurs institutionnels français de la promotion de l'ergothérapie en France

Les ergothérapeutes ne sont pas représentés institutionnellement par un ordre professionnel comme c'est le cas pour les médecins ou les kinésithérapeutes, par exemple, mais par une association. En effet, l'institution représentant l'ensemble des ergothérapeutes de France, et ce quel que soit leur domaine d'activité, est l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). Créée en 1961, cette association professionnelle est le principal acteur de la promotion de l'ergothérapie et de sa pratique sur le territoire national (ANFE, 2021a). Cette mission promotionnelle est une de ses principales vocations. En effet, la dernière version des statuts de l'ANFE, datant de 2013, précise que son premier objectif est « de défendre et de promouvoir la profession de l'ergothérapie » (ANFE, 2013). Les statuts de l'ANFE précisent que cette promotion au niveau national s'organise autour de quatre axes majeurs : l'organisation de différents événements promotionnels, la mise en place de formations pour favoriser le partage de bonnes pratiques, le travail pour l'amélioration de la reconnaissance législative et réglementaire de l'ergothérapie et enfin le soutien et l'encouragement du développement de la recherche dans le domaine de l'ergothérapie (ANFE, 2013). Cette mission promotionnelle de l'ANFE est réaffirmée dans les engagements qu'a pris l'association en termes d'actions à l'avenir. En effet, dans son plan « Stratégie Horizon 2022 » l'ANFE annonce 10 axes stratégiques de développement de la profession qu'elle compte mettre en place. Ses trois premiers axes stratégiques concernent la promotion de l'ergothérapie : « Renforcer la notoriété de

l'ergothérapie, améliorer le recours à l'ergothérapie comme un soin de santé primaire et protéger le champs de compétences et d'exercice de l'ergothérapie » (ANFE, 2020b).

D'autres institutions sont susceptibles de promouvoir le métier de l'ergothérapeute, telles que les Instituts de Formation en Ergothérapie (IFE) par exemple. Cependant, après avoir présenté l'acteur institutionnel principal de la promotion de l'ergothérapie en général (l'ANFE), il me semble primordial de souligner les actions promotionnelles de l'ergothérapie dans le domaine spécifique de la gériatrie mise en place par l'AFEG (Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie). Comme nous avons pu le voir dans une partie précédente, cette association a vu le jour bien plus tardivement que l'ANFE. C'est en 2003 qu'elle s'est constituée sous l'impulsion d'ergothérapeutes désirant affirmer la spécificité et la technicité de l'exercice de l'ergothérapie en gériatrie (AFEG, 2021b). Dans les faits, contrairement à l'ANFE qui assure une promotion active (directe) de l'ergothérapie en mettant en place différentes actions, l'AFEG semble principalement agir de façon indirecte, en fournissant, via son site internet, différents documents, vidéos, fascicules et livrets partageant des bonnes pratiques et donnant des conseils pour aider les ergothérapeutes praticiens à s'affirmer professionnellement (AFEG, 2021b).

Cette promotion institutionnelle de l'ergothérapie est efficiente mais ne se suffit pas à elle-même. C'est pourquoi l'ANFE encourage le développement constant de la recherche en sciences de l'ergothérapie afin de compléter ses actions promotionnelles (ANFE, 2020b) : les chercheurs réalisant ces études sont eux aussi des acteurs de la promotion de l'ergothérapie en la crédibilisant d'un point de vue scientifique. Leurs apports seront présentés dans la partie suivante.

1.5. C. Les acteurs-chercheurs : le développement scientifique de l'ergothérapie

En 2008, le Ministère de la Santé et des Sports a réalisé une étude prospective de l'ergothérapie en tant que métier « sensible » de la fonction publique hospitalière. Dans cette étude, où le manque de reconnaissance de l'ergothérapie est clairement affirmé, les auteurs soulignent des pistes de travail à explorer à l'avenir afin d'améliorer la reconnaissance de la profession. Ces conseils viennent consacrer l'importance du développement scientifique de l'ergothérapie (Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, 2008).

L'une des pistes de travail était de permettre aux structures (établissements ou équipes) d'évaluer, quantifier, qualifier et différencier les apports de l'ergothérapeute dans l'exercice de ses fonctions. En d'autres termes, permettre aux autres professionnels de santé de comprendre et accepter l'ergothérapie et ses pratiques professionnelles propres (Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, 2008). Afin de favoriser cette compréhension, Sylvie Meyer précisait en 2007 qu'il est nécessaire que les ergothérapeutes trouvent un équilibre subtil de leur pratique professionnelle entre : l'adaptation à leur environnement de travail, pour être compris et acceptés de leurs collègues, et l'affirmation

de leur singularité pour se distinguer des autres professions (Meyer, 2007). Pour ce faire, elle précise que deux actions principales doivent être mises en place :

- la première est de s'assurer que la pratique ergothérapique reste rationnelle et objective dans un environnement médical qui valorise ce qui est palpable, mesurable, quantifiable et objectivable (Meyer, 2007). Sur ce point, Sylvie Meyer précise en effet que les ergothérapeutes doivent s'appuyer sur des outils valorisés scientifiquement (bilans normés et étalonnés, diagnostics ergothérapiques, objectifs SMART et un processus ergothérapique clairement établi et scrupuleusement suivi) afin d'avoir une approche standardisée, cadrée et lisible par les autres professionnels du secteur ;

- la seconde est de favoriser et participer au développement d'une science, reconnue et appliquée, propre à l'ergothérapie (Meyer, 2007). Sylvie Meyer semble ici souligner l'importance du développement, et de l'appropriation par les ergothérapeutes, de la science de l'occupation et des modèles conceptuels de pratique ergothérapique, pour favoriser leur reconnaissance et l'affirmation de leur identité professionnelle.

D'abord apparue dans les années 80 aux États-Unis puis progressivement en Europe, la science de l'occupation représente, selon Doris Pierce, l'étude scientifique de l'occupation de l'Homme. Elle vise, entre autre, à définir l'occupation, à comprendre son importance et son impact sur la santé et le bien-être, mais aussi à analyser comment favoriser la participation et l'engagement d'une personne dans ses occupations. En construisant du savoir scientifique sur l'occupation (matière première de l'ergothérapie), elle consacre l'utilité et les apports de la pratique ergothérapique (Pierce, 2016).

En 2018, Sylvie Meyer vient, elle aussi, confirmer l'intérêt promotionnel de la science de l'occupation. Pour elle, la science de l'occupation permet de faciliter la compréhension des situations cliniques de plus en plus complexes auxquelles les ergothérapeutes font face, et facilite le développement d'outils scientifiques disponibles pour les ergothérapeutes, afin d'évaluer, de mesurer et diagnostiquer, ce qui leur permet d'avoir une approche objective et pragmatique plus facilement compréhensible des autres professionnels de santé (Meyer, 2018).

Outre les acteurs chercheurs, l'ANFE encourage régulièrement les ergothérapeutes praticiens à participer à l'effort promotionnel de leur identité professionnelle. L'état de cette participation est présenté dans la partie suivante.

1.5. D. Les acteurs-praticiens : les ergothérapeutes en exercice

L'importance de l'engagement des ergothérapeutes praticiens dans la promotion de leur profession dans le but d'améliorer leur reconnaissance professionnelle ne date pas d'hier. En effet, déjà en 1987, Anne Lang Etienne affirmait que la reconnaissance des ergothérapeutes ne pourra s'obtenir tant que ces derniers ne se mobiliseront pas sur le terrain et n'agiront pas dans leur propre intérêt (Étienne, 1987).

Dans son étude sur la profession de l'ergothérapie réalisée en 2004, Wagner s'est intéressé à l'investissement des ergothérapeutes de terrain dans la défense de leur profession et les actions qu'ils mettaient en place afin d'améliorer la connaissance de l'ergothérapie et de leur pratique. Il ressort de cette étude qu'à l'époque, seuls 61,8% des ergothérapeutes questionnés disaient avoir participé au moins une fois dans leur vie à une action de promotion de l'ergothérapie. Les ergothérapeutes affirmant n'y avoir jamais participé l'expliquaient principalement par 2 raisons : le fait de penser ne pas avoir le temps de le faire, et le fait de ne pas en avoir trouvé l'occasion (Wagner, 2004). Wagner a pu observer que la majorité des ergothérapeutes praticiens acteurs de la promotion de l'ergothérapie étaient adhérents à l'ANFE (67,1%). De plus, il ressort de l'étude que les ergothérapeutes les plus actifs sur la question étaient assez expérimentés et avaient entre 40 et 50 ans (Wagner, 2004). Nous pouvons constater, à la lecture de ces chiffres, une grande disparité quant à l'implication des ergothérapeutes de terrain dans la promotion de leur profession.

Wagner précise que l'ANFE tentait de solliciter et d'amener les ergothérapeutes à venir l'aider dans sa démarche promotionnelle, et ce depuis de nombreuses années. L'auteur révèle que c'est non sans difficultés que de 1987 à 2001, via ses bulletins de liaison, l'ANFE appelait régulièrement les ergothérapeutes à s'investir personnellement pour la promotion de l'ergothérapie (Wagner, 2004).

A l'époque, les principales actions de promotion qui étaient menées par les ergothérapeutes de terrain consistaient en la réalisation de présentations du métier de l'ergothérapie en milieu scolaire, la réalisation de cours au sein d'IFE, la participation à des conférences organisées par l'ANFE ou encore la réalisation de formation sur l'ergothérapie à son entourage (professionnel ou non) (Wagner, 2004).

Si, depuis 2004, les chiffres de l'engagement des professionnels de terrain dans la promotion de l'ergothérapie ont probablement évolué tout comme les modalités de promotion qu'ils ont à leur disposition, cette étude permet de constater l'importance de l'engagement de l'ergothérapeute dans la défense de sa pratique. Seuls, les chercheurs et les institutions représentatives n'y parviendront pas, et cette affirmation est toujours vraie aujourd'hui. Comme l'affirmait déjà Anne Lang Etienne en 1987, il semblerait qu'encore aujourd'hui la promotion de l'ergothérapie en EHPAD peut et doit également s'opérer au quotidien par une pratique affirmée de son métier tout en mettant en avant ses valeurs, ses compétences, et les apports que l'ergothérapie peut amener à une prise en soin globale, tant pour l'équipe pluri-professionnelle que pour le résident lui-même. Ces actions individuelles servent *in fine* le collectif.

D'autres auteurs viennent conforter l'intérêt d'une telle démarche individuelle. Dans leur ouvrage en 2009, Hernez-Broome, McLaughlin et Trovas affirment qu'il est important que tout travailleur fasse l'autopromotion de ses compétences afin de gagner en reconnaissance professionnelle. Si les auteurs expliquent que cette pratique est parfois mal perçue, ils soulignent qu'elle permet à l'employeur et au donneur d'ordre de solliciter au mieux son employé afin qu'il puisse exprimer toute sa potentialité (Hernez-Broome, McLaughlin, & Trovas, 2009). Cette mise en avant de ses propres compétences a deux intérêts majeurs : elle permet au travailleur de se sentir reconnu à sa juste valeur, et aide son employeur à mieux utiliser les forces dont il dispose (Hernez-Broome et al., 2009). De leur côté, Morel-Bracq, Delaisse, Bodin, Charret et Hernandez ajoutent dans leur travaux de 2021 qu'il est nécessaire que l'ergothérapeute opte pour une pratique professionnelle en accord avec les valeurs de sa profession (centré sur la personne et ses occupations) car cela lui permet de mieux défendre et promouvoir les spécificités de l'ergothérapie, ce qui favorise nécessairement sa reconnaissance (Morel-Bracq et al., 2021).

Il sera vu dans la partie suivante que les ergothérapeutes exerçant en EHPAD semblent avoir à leur disposition un outil promotionnel de leur identité professionnelle : le PPR.

1.5. E. Le Projet Personnalisé des Résidents (PPR) : un potentiel vecteur de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

Un outil adapté aux valeurs ergothérapeutiques

En prenant connaissance des travaux de l'ANESM de 2018 relatifs aux PPR, on se rend compte rapidement que cet outil fait écho aux valeurs actuelles de l'ergothérapie. En effet, le PPR semble être un outil qui force les professionnels de santé à avoir une pratique centrée sur la personne puisque le résident doit absolument être acteur de la définition et de la mise en place de son accompagnement. Ses désirs, envies et habitudes de vie antérieure doivent être respectés, et sa capacité à rester maître de l'accompagnement dont il bénéficie est préservée (ANESM, 2018). De plus, comme l'ergothérapie, le PPR pousse l'ensemble des professionnels y participant à considérer que le terme « résident » doit être entendu au sens large. Il représente la personne mais aussi son entourage, sa famille et/ou ses représentants légaux en fonction de son autonomie (ANESM, 2018). Ces similitudes en font un outil pertinent pour permettre à l'ergothérapeute d'y exprimer son identité professionnelle.

Un outil utilisable pour que l'ergothérapeute puisse auto-promouvoir son identité professionnelle

Comme pour tout outil pluri-professionnel amenant l'ergothérapeute à travailler conjointement avec d'autres professionnels de santé, le PPR paraît pouvoir offrir à l'ergothérapeute une opportunité de partager son identité professionnelle avec le public dont il attend une reconnaissance professionnelle. Le PPR pourrait alors être utilisé par les ergothérapeutes comme un outil promotionnel de leur identité professionnelle.

Un outil connu et utilisé par les ergothérapeutes travaillant en EHPAD

Afin d'évaluer si les ergothérapeutes travaillant en EHPAD connaissent le PPR, s'il leur arrive de participer à sa définition, et si ce dernier impacte par la suite leur pratique professionnelle, une pré-enquête exploratoire a été réalisée dans le cadre de ce mémoire. Pour se faire, un questionnaire de 3 questions fermées a été soumis à des ergothérapeutes travaillant en EHPAD via le groupe Facebook spécialisé « Ergothérapeutes en EHPAD » (Cf. annexe n° 8). 40 réponses ont été obtenues.

Les résultats de cette pré-enquête nous apprennent que :

- 90 % des répondants ont connaissance des projets personnalisés des résidents qu'ils accompagnent
- 80% des répondants affirment qu'il leur arrive de participer avec le reste de l'équipe soignante à la définition du projet personnalisé des résidents qu'ils seront amenés à accompagner.
- 65% des répondants affirment utiliser le projet personnalisé des résidents pour définir le cadre de l'accompagnement ergothérapeutique qu'ils vont mettre en place avec le résident par la suite.

Les résultats de cette pré-enquête nous informent que le PPR est un outil connu des ergothérapeutes exerçant en EHPAD (90%). Ces derniers s'en saisissent régulièrement et participent à leur définition et leur mise en place (80%). Cependant le fait que certains ergothérapeutes (80%-65%) ne s'appuient pas sur les PPR, auxquels ils ont pourtant participé, pour définir leurs futurs accompagnements, pose question. Malheureusement, cette étude exploratoire ne permet pas d'en comprendre avec certitude les causes, mais ce qui est sûr, c'est qu'exerçant quasiment exclusivement à la demande d'un prescripteur, l'écart entre l'accompagnement qu'ils ont participé à définir et celui qu'ils vont réellement mettre en place sur prescription médicale, n'est pas synonyme d'une bonne reconnaissance de leur identité professionnelle. En effet, au vu de ces résultats, il semblerait que le simple fait que l'ergothérapeute s'investisse dans le PPR ne suffise pas à faire reconnaître pleinement son identité professionnelle. Si le PPR semble être un outil promotionnel pertinent, il serait intéressant de savoir comment l'utiliser au mieux pour améliorer la reconnaissance professionnelle externe de l'ergothérapeute.

C'est autour de cette réflexion que s'organisera la partie expérimentale de cette étude.

1.6 Question de recherche et hypothèses

L'ensemble de ces recherches théoriques, relatives à la problématique de cette étude, amène à se poser la question suivante :

1.6. A. Question de recherche

Comment les ergothérapeutes exerçant en EHPAD peuvent-ils utiliser le PPR pour améliorer leur reconnaissance professionnelle externe ?

1.6. B. Hypothèses

En s'appuyant sur le cadre conceptuel préalablement présenté, les 3 hypothèses suivantes sont émises :

H1 : Seul, le degré d'investissement de l'ergothérapeute dans la définition et la mise en place des PPR des résidents qu'il accompagne n'a pas d'impact sur le degré de reconnaissance professionnelle externe qu'il ressent.

H2 : Plus l'ergothérapeute mettra en avant ses compétences ergothérapeutiques via sa participation aux PPR, et plus son degré de reconnaissance professionnelle externe ressenti sera fort.

H3 : Plus l'ergothérapeute mettra en avant les problématiques occupationnelles des résidents qu'il accompagne via sa participation au PPR, et plus son degré de reconnaissance professionnelle externe ressenti sera fort.

Une étude expérimentale a été réalisée pour tenter de vérifier ces hypothèses. Celle-ci est décrite dans la partie suivante.

II. PARTIE EXPERIMENTALE

Avant de présenter les résultats bruts puis analysés de cette enquête, une explication sur la méthodologie qui a été appliquée est apportée :

2.1 Méthodologie de recherche

Seront présentés dans cette partie : les objectifs de l'enquête, l'outil d'enquête qui a été utilisé, la procédure d'enquête suivie, la population ciblée, les échelles de mesures utilisées et la structuration du questionnaire utilisé.

2.1. A. Objectifs de l'enquête

Afin de valider ou d'invalider ces hypothèses, une enquête a été réalisée avec 5 objectifs principaux :

- **Identifier le degré d'investissement des participants à l'étude à la définition et à la conduite des projets personnalisés des résidents (PPR) qu'ils accompagnent.** *Critères de validation : connaître s'ils participent, et à quelle fréquence, à la définition et la conduite de PPR ; dans combien d'étapes des PPR ils s'investissent le plus souvent et s'il leur arrive d'être responsables de certains PPR et à quelle fréquence.*
- **Déterminer dans quelle mesure les participants à l'étude, lorsqu'ils définissent le PPR, mettent en avant l'ensemble des compétences ergothérapeutiques mobilisables qui seraient utiles pour les résidents qu'ils accompagnent.** *Critères de validation : connaître combien de compétences ergothérapeutiques les participants mettent en avant dans le PPR, et à quelle fréquence.*
- **Mesurer dans quelles proportions le participant à l'étude met en avant les problématiques occupationnelles du résident qu'il accompagne lorsqu'il participe à la définition et à la conduite de son projet personnalisé.** *Critères de validation : connaître la fréquence à laquelle les participants mettent en avant les problématiques d'engagement et de rendement occupationnel des résidents accompagnés et dans quelles proportions ils prennent en compte leurs problématiques occupationnelles dans leur ensemble (loisirs, soins personnels, productivités).*
- **Identifier le degré de reconnaissance professionnelle externe ressenti par les participants à l'étude.** *Critères de validation : connaître le degré de reconnaissance professionnelle ressenti par les participants à l'étude, qui émane de l'institution où ils travaillent, de leurs responsables hiérarchiques ainsi que de leurs collègues.*

- **Déterminer si le degré d'investissement des ergothérapeutes dans le PPR, la fréquence à laquelle ils mettent en avant leurs compétences ergothérapeutiques via le PPR et la fréquence à laquelle ils mettent en avant les problématiques occupationnelles des résidents via le PPR ont un impact sur leur sentiment d'être reconnu professionnellement.** *Critères de validation : déterminer s'il existe des liens statistiques entre ces différentes variables et étudier leur nature et leur force à l'aide de divers outils statistiques.*

Pour atteindre ces objectifs, cette étude s'est appuyée sur un outil d'enquête qui est présenté dans la partie suivante.

2.1. B. Choix de l'outil d'enquête.

En s'appuyant sur la littérature scientifique et en réfléchissant à comment atteindre au mieux les objectifs de cette étude le **questionnaire quantitatif** a été choisi comme outil d'enquête.

Les objectifs montrent que l'on est dans la démarche de mesurer et quantifier des attitudes, des ressentis et la fréquence d'apparition de comportements. Pour y parvenir, le questionnaire quantitatif est l'outil à préférer (Rowley, 2014). Le but final de la démarche est de pouvoir définir une pratique de l'ergothérapie généralisable sur le terrain pour pouvoir permettre aux ergothérapeutes d'augmenter leur reconnaissance professionnelle. Pour y parvenir, il est important d'utiliser un outil d'enquête qui permettra d'obtenir un nombre conséquent de réponses pour avoir des résultats les plus représentatifs possible. À ce titre, Rowley précise que le questionnaire quantitatif est l'outil le plus approprié (Rowley, 2014). Enfin, l'étude porte sur des sujets qui peuvent être considérés comme sensibles par certains répondants : leur pratique professionnelle et le sentiment de reconnaissance qui en découle. Certains pourraient être gênés d'aborder ces sujets en ma présence. C'est pourquoi l'utilisation d'un questionnaire quantitatif dématérialisé, anonymisé, soumis à distance via internet et auto-administré, est plus adaptée (Patten, 2017).

Dans la partie suivante est présentée la procédure choisie pour réaliser cette enquête.

2.1. C. Procédure d'enquête

Le questionnaire quantitatif de cette étude se composait de 36 questions (items) réparties en 6 sections que les participants s'auto-administraient en 15 minutes environ. Il a été testé par 6 ergothérapeutes actuellement en activité : une travaillant en gériatrie, une en EHPAD, deux en SSR et deux en psychiatrie pour adulte. Il semblait important de solliciter des professionnels venant de tous horizons afin de s'assurer qu'il puisse être compris de tous. Par la suite, il a été soumis via des groupes spécifiquement dédiés aux ergothérapeutes en EHPAD sur les réseaux sociaux (« ergothérapeutes en EHPAD » sur Facebook qui dispose de près de 3000 adhérents). Il a fait l'objet de relances régulières (tous les deux jours) et est resté en ligne pendant deux semaines à la fin du mois de Mars 2021. Chaque participant à l'étude disposait de consignes suffisamment précises pour pouvoir réaliser l'étude seul sur internet tout en se sentant encadré

sur l'ensemble des sections du questionnaire. Afin de mettre les participants dans les meilleures conditions de réponse, il était précisé la durée moyenne prévue pour répondre à l'ensemble des questions, les mesures de confidentialité auxquelles je m'engageais, l'importance de l'honnêteté de leurs réponses en précisant qu'il n'y en avait pas de bonne ou de mauvaise, ainsi que l'intérêt de ce questionnaire dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de recherche.

Afin de pouvoir vérifier précisément les hypothèses de cette étude, il était nécessaire que l'enquête menée cible précisément certains ergothérapeutes. Ces derniers seront présentés dans la partie suivante.

2.1. D. Population cible de l'étude

Cible de l'étude

La population cible de cette étude est : **les ergothérapeutes diplômés, travaillant actuellement en EHPAD en France, en tant que salariés en CDI à temps plein ou à temps partiel (au minimum à mi-temps) et à qui il arrive de participer à la définition et à la mise en place de PPR.**

Critères d'inclusion et de non inclusion

- Il a été choisi de ne pas inclure à cette étude les ergothérapeutes ne travaillant plus actuellement en EHPAD car ils pourraient ne plus se souvenir précisément de leur implication dans le PPR et avoir une perception modifiée par le temps de la reconnaissance professionnelle dont ils bénéficiaient à l'époque. Seuls les ergothérapeutes travaillant actuellement en EHPAD ont été ciblés.

- Les ergothérapeutes exerçant en EHPAD à temps partiel (à moins de 50%) peuvent avoir du mal, par manque de temps, à pouvoir participer pleinement à la définition des projets personnalisés des résidents et à s'investir sur l'ensemble de leurs compétences au quotidien. C'est pourquoi il a été choisi de n'inclure à l'étude que les ergothérapeutes travaillant à temps plein ou à mi-temps au minimum (50 % ou plus).

- Les ergothérapeutes exerçant comme vacataires ou travaillant en CDD auront un lien différent avec l'équipe soignante et l'institution où ils évoluent. Comme ils peuvent être considérés comme « de passage » et ne faisant pas réellement partie de l'équipe, la reconnaissance professionnelle qui pourrait leur être accordée ne sera pas comparable à celles des professionnels travaillant en CDI. C'est pourquoi il a été décidé de focaliser cette étude sur les ergothérapeutes ayant le statut de salarié en CDI.

- Il a été décidé de ne pas inclure les ergothérapeutes non diplômés (stagiaires par exemple) car leur statut particulier peut impacter la reconnaissance professionnelle qu'ils ressentent. En effet, ces derniers peuvent se sentir moins légitimes ou compétents que les ergothérapeutes diplômés, ce qui viendra biaiser les résultats. Seuls les ergothérapeutes diplômés seront donc ciblés.

- Les hypothèses de cette étude sont toutes liées à la participation de l'ergothérapeute à la définition et à la mise en place des projets personnalisés des résidents (PPR). Il est donc logique de ne pas inclure à cette

étude les ergothérapeutes ne participant jamais au PPR et de cibler uniquement ceux à qui il arrive de le faire.

Comme précisé antérieurement, cette enquête vise à quantifier des comportements et des ressentis. Pour y parvenir, des échelles de mesure ont été créées. Elles seront présentées dans la partie suivante.

2.1. E. Présentation des échelles de mesure utilisées

Pour cette étude, 4 échelles de mesures ont été créées et leur coefficient Alpha de Cronbach a été calculé afin de contrôler leur fiabilité. Ce dernier permet en effet d'apporter une vision statistique sur la fiabilité et la validité d'une échelle de mesure ou d'un questionnaire. Il permet, en d'autres termes, de vérifier que l'ensemble des items d'une échelle ne permettent de mesurer qu'une seule et même dimension. Variant entre 0 et 1, le coefficient Alpha de Cronbach est considéré, par convention, comme bon lorsqu'il se situe entre 0,7 et 1.

La mesure du degré d'investissement des ergothérapeutes dans la définition et la mise en place de PPR

Pour mesurer le degré d'investissement des ergothérapeutes dans la définition et la mise en place de PPR, une échelle de mesure a été créée en s'appuyant sur les travaux de l'ANESM en 2018 relatifs au fonctionnement et à l'organisation du PPR (ANESM, 2018). Elle prend la forme d'un questionnaire composé de 5 items. Pour répondre à 4 de ses items, les participants devaient utiliser une échelle de Likert en 4 points allant de « Jamais » à « Toujours ». Pour répondre au 5^{ème} item, les participants devaient utiliser une liste à choix multiple offrant 5 possibilités. Un exemple d'item composant cette échelle de mesure: « Participez-vous à la définition des PPR des résidents que vous accompagnez ? ». **Alpha Cronbach's (.68)**

La mesure de la propension des ergothérapeutes à mettre en avant la diversité de leurs compétences via leur participation au PPR

Pour mesurer la propension des ergothérapeutes à mettre en avant la diversité de leurs compétences via leur participation aux PPR, une échelle de mesure a été créée en s'appuyant sur la classification des compétences des ergothérapeutes en EHPAD définie par l'AFEG (AFEG, 2021a). Elle prend la forme d'un questionnaire composé de 7 items. La réponse à ce questionnaire se fait en utilisant une échelle de Likert en 4 points allant de « Jamais » à « Toujours ». Un exemple d'item composant cette échelle de mesure: « Mettez-vous en avant votre capacité à préconiser et/ou réaliser des aides techniques ? ». **Alpha Cronbach's (.88)**

La mesure de la propension des ergothérapeutes à mettre en avant les problématiques occupationnelles des résidents accompagnés via leur participation au PPR

Pour mesurer la propension des ergothérapeutes à mettre en avant les problématiques occupationnelles des résidents qu'ils accompagnent via leur participation aux PPR, une échelle de mesure a été créée en s'appuyant sur le MCREO et sa classification des occupations ainsi que les concepts de

problématiques d'engagement et de rendement occupationnel (Morel-Bracq, 2017). Elle prend la forme d'un questionnaire composé de 6 items. La réponse à ce questionnaire se fait en utilisant une échelle de Likert en 4 points allant de « Jamais » à « Toujours ». Un exemple d'item composant cette échelle de mesure: « Mettez-vous en avant les difficultés des résidents à s'investir dans leurs loisirs ? ». **Alpha Crombach's (.86)**

La mesure de la reconnaissance professionnelle externe ressentie par les ergothérapeutes

Pour mesurer le degré de reconnaissance professionnelle externe ressenti par les ergothérapeutes, une échelle de mesure a été créée en s'appuyant sur l'échelle validée de reconnaissance au travail d'Amar FALL (Fall, 2015), ainsi que sur la définition de la reconnaissance professionnelle externe présentée précédemment et qui a été construite en s'inspirant des travaux de Brun et Dugas en 2005 (Brun & Dugas, 2005). L'échelle de Fall n'a pu être utilisée dans cette étude car elle s'appuyait sur une définition trop large de la reconnaissance professionnelle. L'échelle de mesure créée prend la forme d'un questionnaire composé de 8 items répartis en 3 sous-échelles. La réponse à ce questionnaire se fait en utilisant une échelle de Likert en 4 points allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ». **Alpha Crombach's (.83)**

Les 3 sous-échelles de mesure de la reconnaissance professionnelle externe sont :

- L'échelle de mesure de la reconnaissance professionnelle externe émanant de l'institution où exerce l'ergothérapeute, qui se compose de 3 items. Exemple d'item : « L'Institution où vous travaillez connaît le rôle et les missions de l'ergothérapeute en EHPAD ». **Alpha Crombach's (.65)**
- L'échelle de mesure de la reconnaissance professionnelle externe émanant des collègues avec qui travaille l'ergothérapeute, qui se compose de 2 items. Exemple d'item : « Les collègues avec qui vous travaillez vous sollicitent pour avoir votre avis sur des sujets relatifs à vos domaines d'expertise ». **Alpha Crombach's (.68)**
- L'échelle de mesure de la reconnaissance professionnelle externe émanant des prescripteurs de l'ergothérapeute, qui se compose de 3 items. Exemple d'item : « Vos prescripteurs reconnaissent globalement l'apport de l'ergothérapie dans l'accompagnement global proposé par l'institution ». **Alpha Crombach's (.68)**

Afin de faciliter la compréhension du questionnaire qui a été utilisé pour cette étude, sa structure et la méthodologie suivie pour le construire sont présentées dans la partie suivante.

2.1. F. Structuration du questionnaire

Le questionnaire de cette étude, disponible en annexe de ce mémoire (Cf. annexe n°9), a été structuré en 6 sections. La première était introductive et visait à obtenir le consentement éclairé des participants. Les sections 2, 3, 4 et 5 sont les échelles de mesure présentées précédemment. Enfin la sixième section

comprenait les questions signalétiques. Il est à noter qu'une attention particulière a été accordée à la forme du questionnaire afin de s'assurer qu'il soit le plus fonctionnel possible. Il a été constitué en faisant attention à ce qu'il ne soit pas trop long pour éviter que les répondants ne se lassent (Fallowfield, 1995). Afin qu'il puisse être compris de tous, il ne comporte pas de jargons techniques, de tournures de phrase complexes ou encore des mots pouvant avoir plusieurs significations (Fallowfield, 1995). Enfin, pour ne pas influencer les réponses des participants, la tournure de ses questions reste neutre (Fallowfield, 1995).

Après avoir expliqué la méthodologie de l'enquête, ses résultats bruts sont présentés dans la partie suivante.

2. 2 Descriptions des résultats

Après avoir révélé la taille de l'échantillon obtenu, seront présentés : le profil des participants, leur degré d'investissement dans les PPR, la fréquence à laquelle ils mettent en avant leurs compétences ergothérapeutiques via le PPR, la fréquence à laquelle ils mettent en avant les problématiques occupationnelles des résidents qu'ils accompagnent via le PPR, et enfin le degré de reconnaissance professionnelle externe qu'ils ressentent.

2.2. A. Taille de l'échantillon

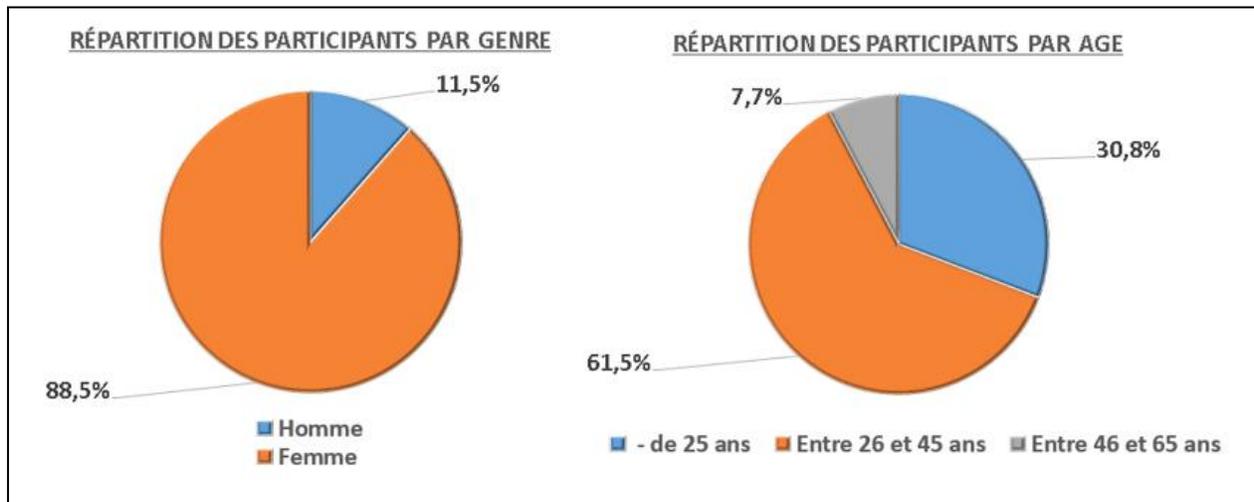
Au total, 68 réponses ont été obtenues. Sur ces 68 réponses, 16 ont dû être retirées car les répondants ne faisaient pas partie de la cible de l'étude : 6 travaillaient moins qu'un « mi-temps » et 10 ne participaient jamais à la définition et à la mise en place des PPR des résidents qu'ils accompagnent. Cette étude porte donc sur 52 ergothérapeutes qui travaillent tous en EHPAD actuellement.

2.2. B. Profil des participants (N=52)

Généralités

Il est observable que la majorité des participants à cette étude sont des femmes (88,5%) et ont entre 26 et 45 ans (61,5%) (Cf. Graphique n°1). Ces résultats concordent avec les statistiques démographiques actuelles des ergothérapeutes en France : 86 % de femmes et âge moyen de 39 ans (ANFE, 2021C).

Graphique n° 1. Répartition des participants par genre et par âge



Expérience professionnelle

Il est notable que près de la moitié des participants est ergothérapeute depuis moins de 4 ans (46,2%). De plus, 53,9% des participants travaillent en EHPAD depuis moins de 4 ans. Enfin la très grande majorité des participants (67,3%) a une expérience professionnelle sur son poste actuel de moins de 4 ans (Cf. Tableau n°1).

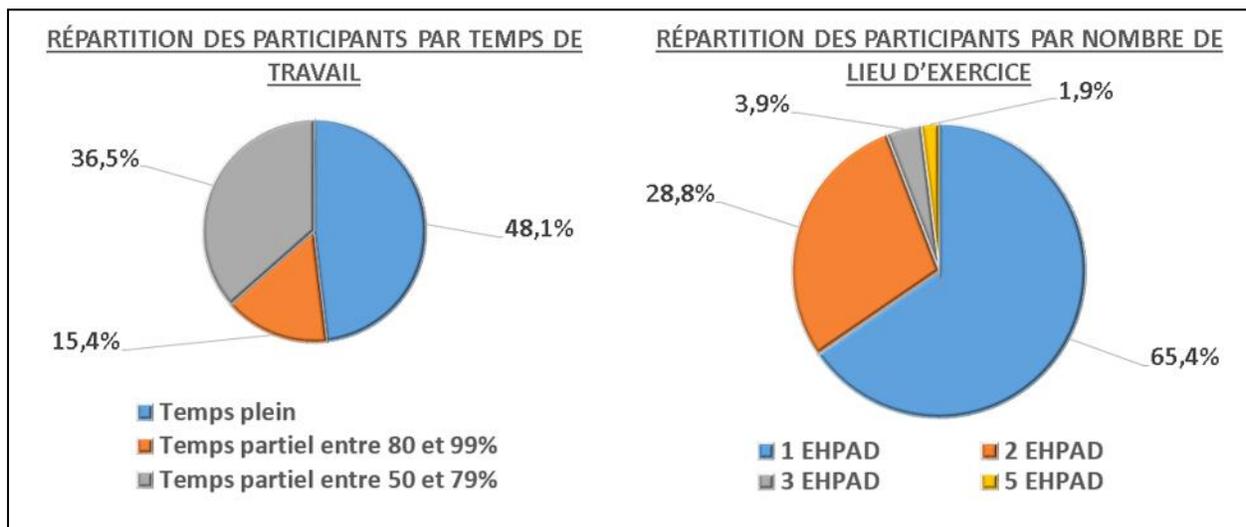
Tableau n° 1. Expérience professionnelle des participants

Durée d'expérience	Expérience en tant qu'ergothérapeute	Expérience en EHPAD	Expérience sur le poste actuel
Moins de 4 ans	46,2%	53,9%	67,3%
Entre 5 et 9 ans	19,2%	25%	25%
Entre 10 et 14 ans	19,2%	15,4%	5,8%
Entre 15 et 19 ans	5,8%	3,8%	0%
Plus de 20 ans	9,6%	1,9%	1,9%

Modalités d'exercice professionnel

Il est observable qu'une minorité des participants (48,1%) travaille sur un temps plein (Cf. Graphique n°2). De plus, une grande part des participants, 65,4% d'entre eux, ne travaille que dans un seul EHPAD (Cf. Graphique n°2).

Graphique n° 2. Les modalités d'exercice professionnel des participants

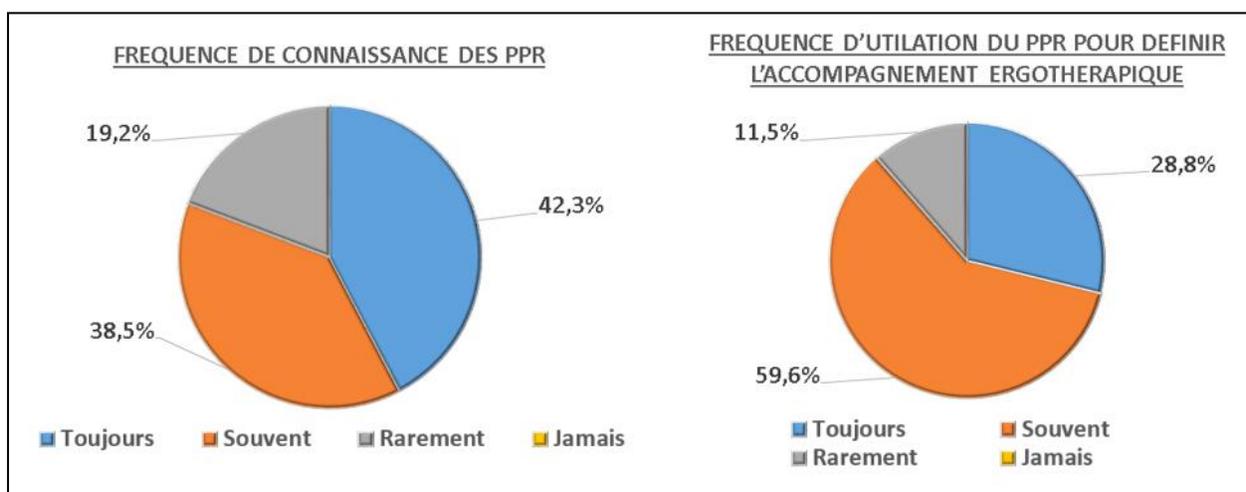


2.2. C. Degré d'investissement dans les PPR (N=52)

La connaissance et l'utilisation des PPR

Les résultats soulignent que la majorité des participants a connaissance des PPR des résidents accompagnés : 42,3% des participants affirment que c'est toujours le cas et 38,5% affirment que c'est souvent le cas. De plus, une grande part des participants s'appuie régulièrement sur les PPR pour définir son futur accompagnement ergothérapique : 28,8% des participants affirment que c'est toujours le cas et 59,6% que c'est souvent le cas (Cf. Graphique n°3).

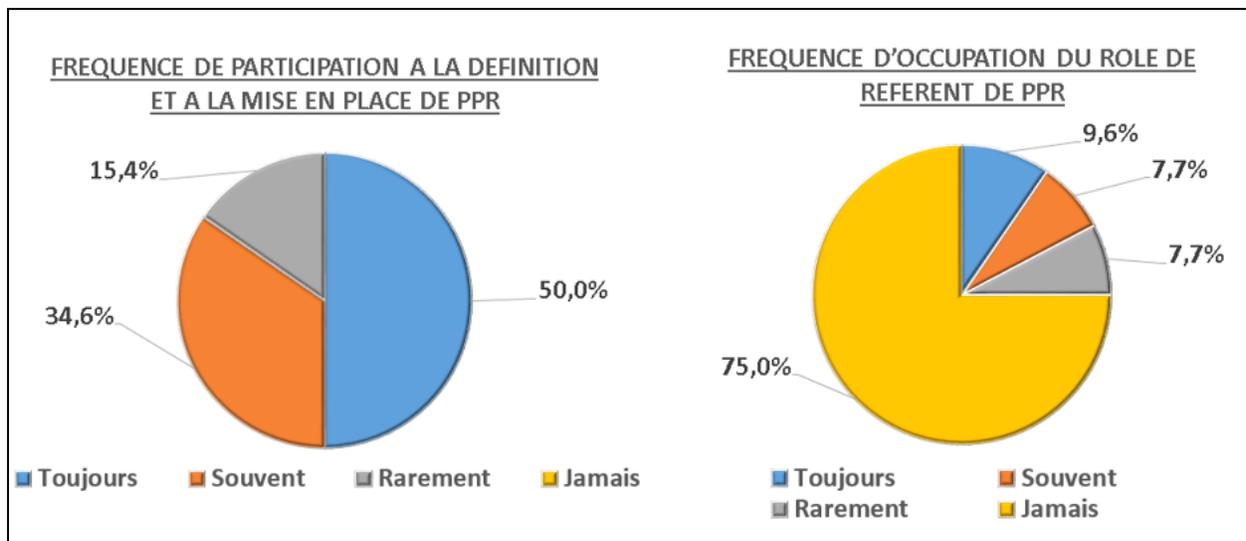
Graphique n° 3. Fréquence de la connaissance et de l'utilisation des PPR des participants



Participation aux PPR

Il est notable qu'une grande part des répondants participe régulièrement à la définition et à la mise en place des PPR des résidents accompagnés : 50% affirment que c'est toujours le cas et 34,6% que c'est souvent le cas. De plus, la très grande majorité des participants, 75% d'entre eux, explique ne jamais être référents de PPR (Cf. Graphique n°4).

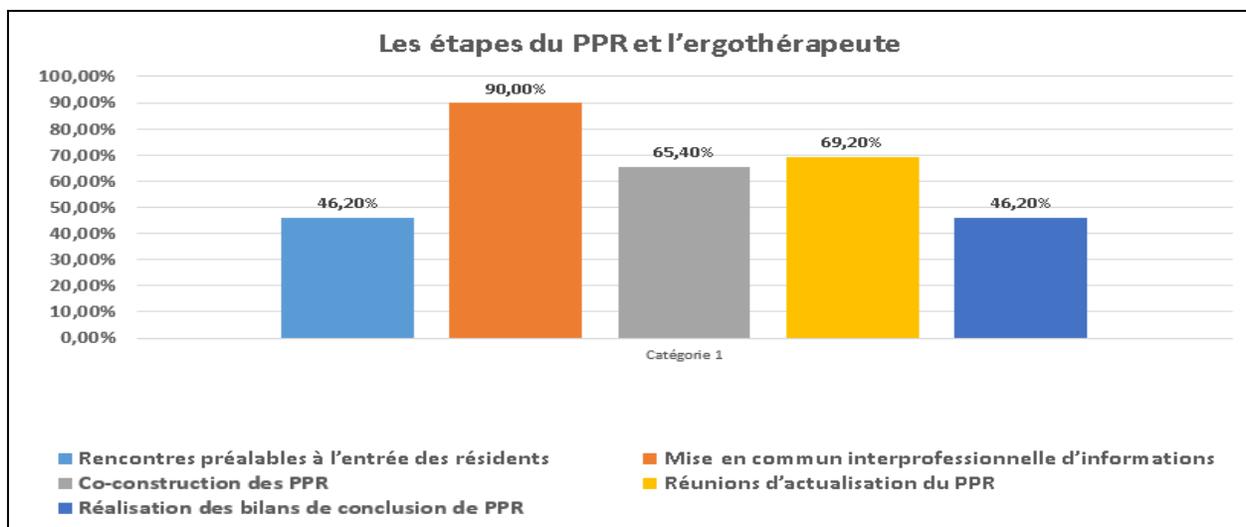
Graphique n° 4. Fréquence de la participation à la définition des PPR des participants



Les missions les plus remplies par les participants dans le cadre des PPR

Il est remarquable que 90,4% des répondants participent à la mise en commun interprofessionnelle d'informations relatives aux résidents. De plus, 65,4% participent à la co-construction des PPR et 69,2% participent aux différentes réunions d'actualisation du PPR (Cf. Graphique n°5).

Graphique n° 5. Étapes du PPR investies par les participants



2.2. D. Fréquence de la mise en avant de ses compétences ergothérapeutique via le PPR (N=52)

Les résultats montrent que la majorité des participants affirme mettre régulièrement en avant, via le PPR, leurs capacités à :

- entretenir ou développer l'autonomie et l'indépendance des résidents dans leurs activités de la vie quotidienne. 48,1% des participants affirment « toujours » le faire et 38,5% disent le faire « souvent » (Cf. Tableau n°2) ;
- entretenir ou développer la capacité des résidents à se déplacer et réaliser leurs transferts. 48,1% des participants disent « toujours » le faire et 40,4% affirment le faire « souvent » (Cf. Tableau n°2) ;
- travailler sur le positionnement des résidents en prenant en compte leurs troubles posturaux assis ou allongés. 51,9% des participants affirment « toujours » le faire et 34,7% disent le faire « souvent » (Cf. Tableau n°2) ;
- préconiser et/ou réaliser des aides techniques destinées aux résidents. 57,7% des participants affirment « toujours » le faire et 25% disent le faire « souvent » (Cf. Tableau n°2) ;
- proposer des aménagements de l'environnement destinés aux résidents. 40,4% des participants affirment « toujours » le faire et 28,8% disent le faire « souvent » (Cf. Tableau N°2) ;
- aider les résidents à trouver et appliquer des stratégies de compensation. 26,9% des participants affirment « toujours » le faire et 44,2% disent le faire « souvent » (Cf. Tableau N°2).

Cependant, si les résultats soulignent aussi que 40,4% des participants affirment souvent mettre en avant, via leur participation aux PPR, leur capacité à entretenir ou développer l'autonomie des résidents en travaillant sur leurs différents troubles cognitifs, ils révèlent que la même proportion de participants (40,4%) dit le faire rarement (Cf. tableau N°2).

Tableau n° 2. Fréquence de la mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR

Compétences mises en avant via le PPR	Fréquence			
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>Souvent</i>	<i>Toujours</i>
Entretenir ou développer l'autonomie et l'indépendance dans les activités de la vie quotidiennes	1,9%	11,5%	38,5%	48,1%
Entretenir ou développer la capacité à se déplacer et réaliser ses transferts	1,9%	9,6%	40,4%	48,1%
Entretenir ou développer l'autonomie en travaillant sur les différents troubles cognitifs	5,7%	40,4%	40,4%	13,5%
Travailler sur le positionnement des résidents en prenant en compte leurs troubles posturaux assis ou allongés	3,8%	9,6%	34,7%	51,9%
Préconiser et/ou réaliser des aides techniques	3,8%	13,5%	25%	57,7%
Proposer des aménagements de l'environnement	3,9%	26,9%	28,8%	40,4%
Aider les résidents à trouver et appliquer des stratégies de compensation	3,9%	25%	44,2%	26,9%

2.2. E. Fréquence de la mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR (N=52)

Les résultats soulignent que la majorité des participants affirme mettre régulièrement en avant, via le PPR, les difficultés occupationnelles des résidents suivantes :

- difficultés à pouvoir réaliser les activités qui font sens pour eux : 36,5% des participants affirment « toujours » le faire et 42,3% disent le faire « souvent » (Cf. Tableau n°3) ;
- difficultés à être satisfaits de leur performance lorsqu'ils réalisent des activités qui font sens pour eux : 21,2% des participants affirment « toujours » le faire et 32,7 % disent le faire « souvent » (Cf. Tableau n°3) ;
- difficultés à s'investir dans leurs loisirs : 21,2% des participants affirment « toujours » le faire et 32,7% disent le faire « souvent » (Cf. Tableau n°3) ;
- difficultés à s'investir dans les activités les amenant à prendre soin d'eux (se laver, s'habiller, se raser etc.) : 40,4% des participants affirment « toujours » le faire et 38,5% disent le faire « souvent » (Cf. Tableau n°3).

Les résultats révèlent que la majorité des participants affirme mettre peu fréquemment en avant, via le PPR, les difficultés occupationnelles des résidents suivantes :

- difficultés à s'investir dans les activités leur permettant de se reposer physiquement et mentalement : 36,5% des participants affirment « rarement » le faire et 17,4% disent le faire « jamais » (Cf. Tableau n°3) ;

- difficultés à s'investir dans les activités relatives à leur rôle social (investissement associatif, rôle familial ...) : 46,2% des participants affirment « rarement » le faire et 7,6% disent le faire « jamais » (Cf. Tableau n°3).

Tableau n° 3. Fréquence de la mise en avant de problématiques occupationnelles via le PPR

Problématiques occupationnelles des résidents mises en avant via le PPR	Fréquence			
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>Souvent</i>	<i>Toujours</i>
Difficultés à pouvoir réaliser les activités qui font sens pour eux (Problématiques d'engagement occupationnel)	1,9%	19,3%	42,3%	36,5%
Difficultés à être satisfaits de leur performance lorsqu'ils réalisent des activités qui font sens pour eux (Problématiques de rendement occupationnel)	9,6%	36,5%	32,7%	21,2%
Difficultés à s'investir dans leurs loisirs	7,6%	38,5%	32,7%	21,2%
Difficultés à s'investir dans les activités leur permettant de se reposer physiquement et mentalement	17,4%	36,5%	36,5%	9,6%
Difficultés à s'investir dans les activités les amenant à prendre soin d'eux (se laver, s'habiller, se raser etc.)	3,8%	17,3%	38,5%	40,4%
Difficultés à s'investir dans les activités relatives à leur rôle social (investissement associatif, rôle familial ...)	7,6%	46,2%	32,7%	13,5%

2.2. F. Degré de reconnaissance professionnelle externe ressenti (N=52)

Reconnaissance institutionnelle

Les résultats démontrent que la majorité des participants est d'accord avec l'affirmation suivante : « l'institution dans laquelle j'évolue connaît le rôle et les missions et de l'ergothérapeute en EHPAD ». En effet, 17,3% des participants affirment être « tout à fait d'accord » et 61,5% disent être « plutôt d'accord » (Cf. Tableau N°4)

De plus, une grande part des participants est en accord avec l'affirmation suivante : « Mon institution me donne les moyens humains, matériels et financiers pour exercer l'ensemble de mes compétences ». En effet, 5,8% des participants affirment être « tout à fait d'accord » et 59,6% disent être « plutôt d'accord » (Cf. Tableau N°4)

Enfin la majorité des participants est en désaccord avec l'affirmation suivante : « Mon institution me donne les moyens d'entretenir et de développer mes compétences ». En effet, 42,3% des participants affirment être « plutôt pas d'accord » et 11,5% disent être « pas du tout d'accord » (Cf. Tableau N°4).

Tableau n° 4. Degré de reconnaissance professionnelle institutionnelle ressentie

Degré d'acceptation	Connaissance du rôle et des missions de l'ergothérapeute	Donne les moyens pour exercer l'ensemble de ses compétences	Donne les moyens d'entretenir et développer ses compétences
Tout à fait d'accord	17,3%	5,8%	7,7%
Plutôt d'accord	61,5%	59,6%	38,5%
Plutôt pas d'accord	15,4%	26,9%	42,3%
Pas du tout d'accord	5,8%	7,7%	11,5%

Reconnaissance des collègues

Les résultats révèlent qu'une grande part des participants est en accord avec l'affirmation suivante : « Mes collègues connaissent le rôle et les missions de l'ergothérapeute en EHPAD ». En effet, 13,5% des participants affirment être « tout à fait d'accord » et 55,8% disent être « plutôt d'accord » (Cf. Tableau N°5).

En outre, une très large majorité des participants est en accord avec l'affirmation suivante : « Mes collègues me sollicitent pour avoir mon avis sur des sujets relatifs à vos domaines d'expertise ». En effet, 34,6% des participants affirment être « tout à fait d'accord » et 53,9% disent être « plutôt d'accord » (Cf. Tableau N°5).

Tableau n° 5. Degré de reconnaissance professionnelle des collègues ressentie

Degré d'acceptation	Connaissance des rôles et missions de l'ergothérapeute	Sollicitation de l'ergothérapeute sur son domaine d'expertise
Tout à fait d'accord	13,5%	34,6%
Plutôt d'accord	55,8%	53,9%
Plutôt pas d'accord	26,9%	9,6%
Pas du tout d'accord	3,8%	1,9%

Reconnaissance des responsables hiérarchiques/médecin prescripteur

Les résultats révèlent que la majorité des participants est en accord avec l'affirmation suivante : « Mes médecins prescripteurs connaissent le rôle et les missions de l'ergothérapeute en EHPAD ». En effet, 13,5% des participants affirment être « tout à fait d'accord » et 69,2% disent être « plutôt d'accord » (Cf. Tableau N°6)

De plus, une grande part des participants est en désaccord avec l'affirmation suivante : « Mes médecins prescripteurs me sollicitent via prescription médicale sur l'ensemble de mes compétences en fonction du besoin du résident ». En effet, 38,5% des répondants affirment être « plutôt pas d'accord » et 38,5% disent être « pas du tout d'accord » (Cf. Tableau N°6).

Enfin la majorité des participants est en accord avec l'affirmation suivante : « Mes médecins prescripteurs reconnaissent globalement l'apport de l'ergothérapie dans l'accompagnement global proposé par

l'institution ». En effet, 21,2% des répondants affirment être « tout à fait d'accord » et 57,6% affirment être « plutôt d'accord » (Cf. Tableau N°6).

Tableau n° 6. Degré de reconnaissance professionnelle des prescripteurs ressentie

Degré d'acceptation	Connaissance des rôles et missions de l'ergothérapeute	Sollicitation sur l'ensemble des compétences ergothérapeutiques	Reconnaissance de l'apport de l'ergothérapie en EHPAD
Tout à fait d'accord	13,5%	3,8%	21,2%
Plutôt d'accord	69,2%	19,2%	57,6%
Plutôt pas d'accord	13,5%	38,5%	15,4%
Pas du tout d'accord	3,8%	38,5%	5,8%

Les résultats bruts de cette enquête qui viennent d'être présentés sont intéressants mais ne permettent pas en l'état de valider ou d'invalider les hypothèses émises. Pour ce faire, il a été nécessaire de les analyser statistiquement.

2.3 Analyse des résultats

Avant de présenter l'analyse de ces résultats, il est nécessaire de faire un focus sur la méthodologie d'analyse mise en place et sur les outils statistiques qui ont été utilisés.

2.3. A. Présentation de la méthodologie d'analyse et des outils utilisés

Afin d'analyser les résultats de cette enquête, une étude comparative de moyennes et une étude de liens de corrélation ont été réalisées. Pour y parvenir, plusieurs outils statistiques ont été utilisés et un système de « scoring » a été mis en place. Ces derniers sont expliqués dans la partie suivante en introduction de la présentation de l'analyse des résultats.

Systeme de « scoring »

Dans le but de pouvoir traiter statistiquement les données brutes issues de l'enquête, un système de « scoring » a été mis en place. Il a permis de traduire les réponses des participants en valeur numérique. Pour ce faire, il a été décidé d'appliquer les règles suivantes :

Tableau n° 7. Règles du «scoring» mis en place

Réponses aux échelles de Lickert	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Traduction numérique	0	1	2	3
Liste à choix multiple	1 point par élément de la liste sélectionné			

P-Value

La « P-Value » (p) est un indicateur statistique qui permet de venir confirmer si un résultat obtenu est statistiquement significatif ou non. En effet, il vient indiquer la probabilité que le résultat obtenu soit le fruit du hasard. D'une valeur variant entre 0 et 1, il est communément accepté que pour qu'un résultat statistique soit considéré comme significatif, sa « P-Value » doit être inférieure à 0,05 : cela implique qu'il existe moins de 5% de chance d'être tombé sur ce résultat au hasard. L'analyse des résultats qui sera présentée dans la partie suivante s'appuiera constamment sur cet indicateur statistique.

T-Test

Afin de pouvoir comparer les scores moyens obtenus par deux groupes de participants à une question ou à un groupement de questions, un outil appelé le « Student Test » ou le « T-Test » a été utilisé. Cet outil statistique permet de déterminer si un écart de moyenne existe entre ces deux groupes et s'il est significatif en s'appuyant sur la « P-Value ».

Coefficient de corrélation linéaire de Pearson

Le coefficient de corrélation (r) est un coefficient statistique qui vient préciser l'existence d'un lien entre deux variables. Il vient indiquer comment les variables évoluent l'une par rapport à l'autre. Cependant, il n'indique pas l'existence d'un lien prédictif ou de cause à effet entre ces deux variables. Pouvant varier entre -1 et 1, le coefficient de corrélation linéaire de Pearson n'est pas simple à interpréter. En effet, la littérature n'offre pas de grille d'interprétation qui soit communément acceptée par la communauté scientifique. Afin d'en simplifier la compréhension, le tableau ci-dessous propose une possible grille de lecture qui s'est appliquée à cette étude.

Tableau n° 8. Proposition d'une grille d'interprétation du coefficient de corrélation de Pearson (r)

Score du coefficient	-1 à -0,7	-0,7 à -0,4	-0,4 à -0,2	-0,2 à 0,2	0,2 à 0,4	0,4 à 0,7	0,7 à 1
Valeur du lien	Négatif			inexistant	Positif		
Force du lien	Très forte	Moyenne	Faible	inexistant	Faible	Moyenne	Très forte
Interprétation	Quand une variable augmente, celle avec laquelle elle est corrélée diminue (corrélation négative)			Pas de lien	Quand une variable augmente, celle avec laquelle elle est corrélée augmente aussi (corrélation positive)		

Après avoir présenté la méthodologie appliquée ainsi que l'ensemble des outils statistiques utilisés et leurs grilles d'interprétation, seront présentés dans la partie suivante les résultats analysés de l'enquête.

2.3. B. Analyse de l'existence de liens (N=52)

Absence de lien entre « le degré d'investissement dans le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie » (hypothèse 1)

Afin d'initier la recherche de liens entre « le degré d'investissement dans le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie », un T-test a été réalisé. Pour ce faire, les ergothérapeutes ont été scindés en deux groupes en utilisant la médiane du score « d'investissement dans le PPR » : le groupe H ayant un fort « degré d'investissement dans le PPR » (N= 27 ; degré d'investissement moyen = 12,70) et le groupe B ayant un faible « degré d'investissement dans le PPR » (N=25 ; degré d'investissement moyen =7,96). Les résultats du T-test sont présentés dans le tableau N°9.

Tableau n° 9. T-Test : « Degré d'investissement dans le PPR » et « Reconnaissance professionnelle externe ressentie »

Groupe	N	Score moyen	Ecart type (ET)	Diff de moyenne (GH-GB)	P- value (p)
		reconnaissance ext (M)			
Gp B	25	13,600	4,183	0,252	0,825
Gp H	27	13,852	4,007		

Les résultats du T-Test montrent que les ergothérapeutes ayant un fort « degré d'investissement dans le PPR » ont globalement le même « degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie » (**M=13,852 ; ET=4.007**) que le groupe ayant un faible « degré d'investissement dans le PPR » (**M=13,6 ; ET=4.183**). En effet, il n'existe pas d'écart de moyenne significatif de « reconnaissance professionnelle externe ressentie » entre les groupes H et B (**écart de moyenne=0,252 ; p>0,05**). Ces premières informations statistiques laissent à penser que « le degré d'investissement dans le PPR » n'impacte pas « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie » et que ces deux variables ne seraient pas liées statistiquement (Cf. Tableau N°9).

L'analyse des liens de corrélation existant entre « le degré d'investissement dans le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie » vient confirmer cette absence de lien statistique et prouve que ces deux variables ne sont pas corrélées (**r=0,056 ; p=0.694**). Cela implique que la modification du score de « d'investissement dans le PPR » n'influera pas nécessairement sur le score de « reconnaissance professionnelle externe ressentie » et inversement (Cf. annexe N°4).

Existence d'un lien entre « la fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie » (hypothèse 2)

Afin d'initier la recherche de liens entre « la fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie », un T-test a été réalisé. Pour ce faire, les ergothérapeutes ont été scindés en deux groupes en utilisant la médiane du score de « fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR » : le groupe H ayant une forte « fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR » (N= 27 ; fréquence moyenne de mise en avant des compétences = 18,41) et le groupe B ayant une faible « fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR » (N=25 ; fréquence moyenne de mise en avant des compétences =11,32). Les résultats du T-test sont présentés dans le tableau N°10.

Tableau n° 10. *T-Test : « Fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR » et « Reconnaissance professionnelle externe ressentie »*

Groupe	N	Score moyen	Ecart type (ET)	Diff de moyenne (GH-GB)	P- value (p)
		reconnaissance ext (M)			
Gp B	25	12,480	4,556	2,409	0,031
Gp H	27	14,889	3,191		

Les résultats du T-Test montrent que les ergothérapeutes ayant une forte « fréquence de mise en avant de leurs compétences via le PPR » ont globalement un « degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie » supérieur (**M=14,889 ; ET=3,191**) à celui des ergothérapeutes ayant une faible « fréquence de mise en avant de leurs compétences via le PPR » (**M=12,480 ; ET=4,556**). En effet, il existe un écart de moyenne significatif de « reconnaissance professionnelle externe ressentie » entre les groupes H et B (**écart de moyenne=2,409 ; p=0,031**). Ces premières informations statistiques laissent à penser que « la fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR » peut impacter « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie » et que ces deux variables seraient liées statistiquement (Cf. Tableau N°10).

Une analyse du lien de corrélation existant entre « la fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie » a été réalisée afin de confirmer ces premiers résultats. Cette analyse montre que ces deux variables sont en effet liées par un lien de corrélation positif de force faible (**r=0,328 ; p=0,017**). Ce résultat montre que quand

l'ergothérapeute augmente la fréquence à laquelle il met en avant ses compétences ergothérapeutiques via le PPR, son sentiment d'être reconnu professionnellement a tendance à augmenter aussi (Cf. annexe n°4).

Une analyse plus fine révèle que :

« La fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR » et « le sentiment d'être reconnu professionnellement par ses collègues » sont liés par un lien de corrélation positif de force faible ($r=0,399$; $p=0,003$). Ce résultat révèle que quand l'ergothérapeute augmente la fréquence à laquelle il met en avant ses compétences ergothérapeutiques via le PPR, son sentiment d'être reconnu professionnellement par ses collègues a tendance à augmenter aussi (Cf. annexe N°5).

« La fréquence de la mise en avant de la capacité de l'ergothérapeute à entretenir et/ou développer l'autonomie et l'indépendance des résidents dans leurs activités de la vie quotidienne via le PPR » et « le sentiment d'être reconnu professionnellement par ses collègues » sont liés par un lien de corrélation positif de force faible ($r=0,355$; $p=0,01$). Ce résultat révèle que quand l'ergothérapeute augmente la fréquence à laquelle il met en avant sa capacité à entretenir et/ou développer l'autonomie et l'indépendance des résidents dans leurs activités de la vie quotidienne via le PPR, son sentiment d'être reconnu professionnellement par ses collègues a tendance à augmenter aussi (Cf. annexe N°6).

« La fréquence de la mise en avant de la capacité de l'ergothérapeute à entretenir et/ou développer l'autonomie des résidents en travaillant sur leur différents troubles cognitifs via le PPR » est liée par des liens de corrélation positifs de force moyenne avec « le sentiment d'être reconnu professionnellement par ses collègues » ($r=0,418$; $p=0,002$) et de force faible avec « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie » ($r=0,308$; $p=0,027$). Ces résultats révèlent que quand l'ergothérapeute augmente la fréquence à laquelle il met en avant sa capacité à entretenir et/ou développer l'autonomie des résidents en travaillant sur leurs différents troubles cognitifs via le PPR, son sentiment d'être globalement reconnu professionnellement et notamment par ses collègues a tendance à augmenter aussi (Cf. annexe N°6).

« La fréquence de la mise en avant de la capacité de l'ergothérapeute à proposer des aménagements de l'environnement via le PPR » est liée par des liens de corrélation positifs de force faible avec « le sentiment d'être reconnu professionnellement par ses collègues » ($r=0,398$; $p=0,003$), « le sentiment d'être reconnu professionnellement par son institution » ($r=0,285$; $p=0,041$), « le sentiment d'être reconnu professionnellement par ses prescripteurs » ($r=0,319$; $p=0,021$) et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie » ($r=0,384$; $p=0,005$). Ces résultats révèlent que quand l'ergothérapeute augmente la fréquence à laquelle il met en avant sa capacité à proposer des aménagements de

l'environnement via le PPR, son sentiment d'être globalement reconnu professionnellement et notamment par ses collègues, son institution et ses prescripteurs a tendance à augmenter aussi (Cf. annexe N°6).

« La fréquence de la mise en avant de la capacité de l'ergothérapeute à aider les résidents à trouver et appliquer des stratégies de compensation via le PPR » est liée par des liens de corrélation positifs de force faible avec « le sentiment d'être reconnu professionnellement par ses collègues » ($r=0,288$; $p=0,039$) et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie » ($r=0,282$; $p=0,043$). Ce résultat révèle que quand l'ergothérapeute augmente la fréquence à laquelle il met en avant sa capacité à aider les résidents à trouver et appliquer des stratégies de compensation via le PPR, son sentiment d'être globalement reconnu professionnellement et notamment par ses collègues a tendance à augmenter aussi (Cf. annexe N°6).

Les figures ci-dessous résument les liens présentés dans cette partie :

Figure n° 6. Les liens de corrélation existants entre « la fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie »

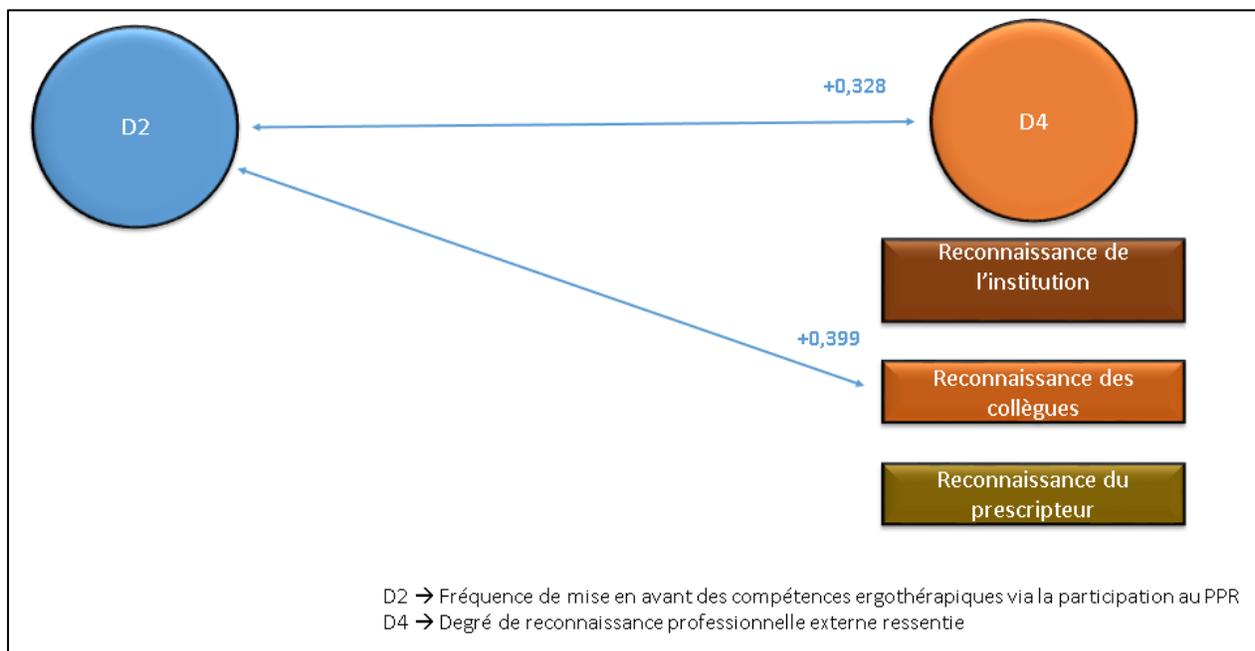
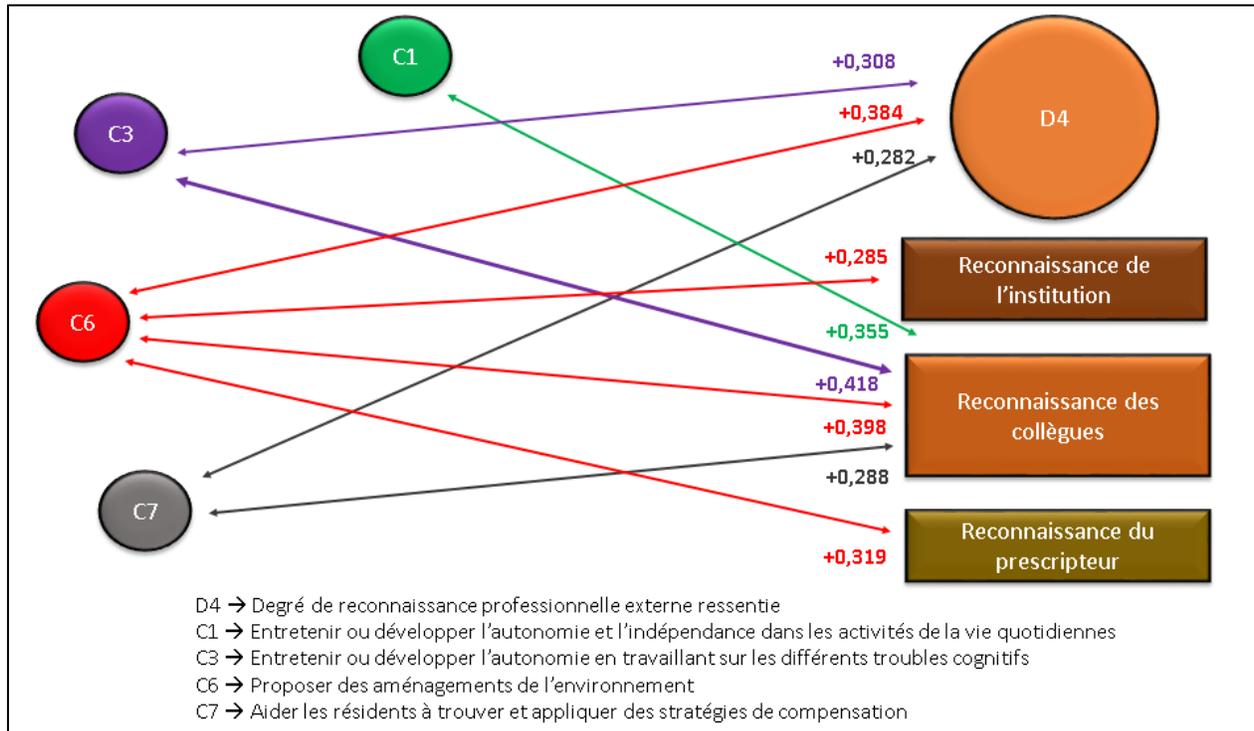


Figure n° 7. Les 4 compétences qui mises en avant impactent la reconnaissance professionnelle externe ressentie



Existence d'un lien entre « la fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie » (hypothèse 3)

Afin d'initier la recherche de liens entre « la fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie », un T-test a été réalisé. Pour ce faire, les ergothérapeutes ont été scindés en deux groupes en utilisant la médiane du score de « fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR » : le groupe H ayant une forte « fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR » (N= 26 ; fréquence moyenne de mise en avant des problématiques = 13,73) et le groupe B ayant une faible « fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR » (N=26 ; fréquence moyenne de mise en avant des problématiques = 7,31). Les résultats du T-test sont présentés dans le tableau N°11.

Tableau n° 11. *T-Test : « Fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR » et « Reconnaissance professionnelle externe ressentie »*

Groupe	N	Score moyen	Ecart type (ET)	Diff de moyenne (GH-GB)	P- value (p)
		reconnaissance ext (M)			
Gp B	26	12,308	3,653	2,846	0,010
Gp H	26	15,154	3,997		

Les résultats du T-Test montrent que les ergothérapeutes ayant une forte « fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR » ont globalement un « degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie » supérieur (**M=15,154 ; ET=3,997**) à celui des ergothérapeutes ayant une faible « fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR » (**M=12,308 ; ET=3,653**). En effet, il existe un d'écart de moyenne significatif de « reconnaissance professionnelle externe ressentie » entre les groupes H et B (**écart de moyenne=2,846 ; p=0,010**). Ces premières informations statistiques laissent à penser que « la fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR » peut impacter « le sentiment d'être reconnu professionnellement » et que ces deux variables seraient liées statistiquement (Cf. Tableau N°11).

Une analyse du lien de corrélation existant entre « la fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnel externe ressentie » a été réalisée afin de confirmer ces premiers résultats. Cette analyse montre que ces deux variables sont en effet liées par un lien de corrélation positif de force faible (**r=0,292, p=0,036**). Ce résultat révèle que quand l'ergothérapeute augmente la fréquence à laquelle il met en avant les problématiques occupationnelles des résidents via le PPR, son sentiment d'être globalement reconnu professionnellement a tendance à augmenter aussi (Cf. annexe N°4).

Une analyse plus fine révèle que :

« La fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR » est liée par des liens de corrélation positifs de force faible avec « le sentiment d'être reconnu professionnellement par ses collègues » (**r=0,317, p=0,022**) et « le sentiment d'être reconnu professionnellement par ses prescripteurs » (**r=0,338, p=0,014**). Ces résultats montrent que quand l'ergothérapeute augmente la fréquence à laquelle il met en avant les problématiques occupationnelles des résidents via le PPR, son sentiment d'être reconnu professionnellement par ses collègues et ses prescripteurs a tendance à augmenter aussi (Cf. annexe N°5).

« La fréquence de mise en avant des difficultés des résidents à être satisfaits de leur rendement occupationnel via le PPR » est liée par des liens de corrélation positifs de force faible avec « le sentiment d'être reconnu professionnellement par ses collègues » ($r=0,274, p=0,049$), « le sentiment d'être reconnu professionnellement par ses prescripteurs » ($r=0,294, p=0,034$) et « le degré de reconnaissance professionnel externe ressentie » ($r=0,319, p=0,021$). Ces résultats révèlent que quand l'ergothérapeute augmente la fréquence à laquelle il met en avant les difficultés des résidents à être satisfaits de leur rendement occupationnel via le PPR, son sentiment d'être globalement reconnu professionnellement et notamment par ses collègues et ses prescripteurs a tendance à augmenter aussi (Cf. annexe N°7).

« La fréquence de mise en avant des difficultés des résidents à s'investir dans des activités de repos via le PPR » est liée par des liens de corrélation positifs de force faible avec « le sentiment d'être reconnu professionnellement par ses collègues » ($r=0,321, p=0,020$), « le sentiment d'être reconnu professionnellement par ses prescripteurs » ($r=0,328, p=0,018$) et « le degré de reconnaissance professionnel externe ressentie » ($r=0,290, p=0,037$). Ces résultats révèlent que quand l'ergothérapeute augmente la fréquence à laquelle il met en avant les difficultés des résidents à s'investir dans des activités de repos via le PPR, son sentiment d'être globalement reconnu professionnellement et notamment par ses collègues et ses prescripteurs a tendance à augmenter aussi (Cf. annexe N°7).

« La fréquence de mise en avant des difficultés des résidents à s'investir dans des activités relatives à leur rôle social via le PPR » est liée par des liens de corrélation positifs de force moyenne avec « le sentiment d'être reconnu professionnellement par ses prescripteurs » ($r=0,466, p=<0,001$) et de force faible avec « le degré de reconnaissance professionnel externe ressentie » ($r=0,299, p=0,031$). Ces résultats révèlent que quand l'ergothérapeute augmente la fréquence à laquelle il met en avant les difficultés des résidents à s'investir dans des activités relatives à leur rôle social via le PPR, son sentiment d'être globalement reconnu professionnellement et notamment par ses prescripteurs a tendance à augmenter aussi (Cf. annexe N°7).

Les figures ci-après résument les liens existants présentés dans cette partie :

Figure n° 8. Liens de corrélation existant entre « la fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie »

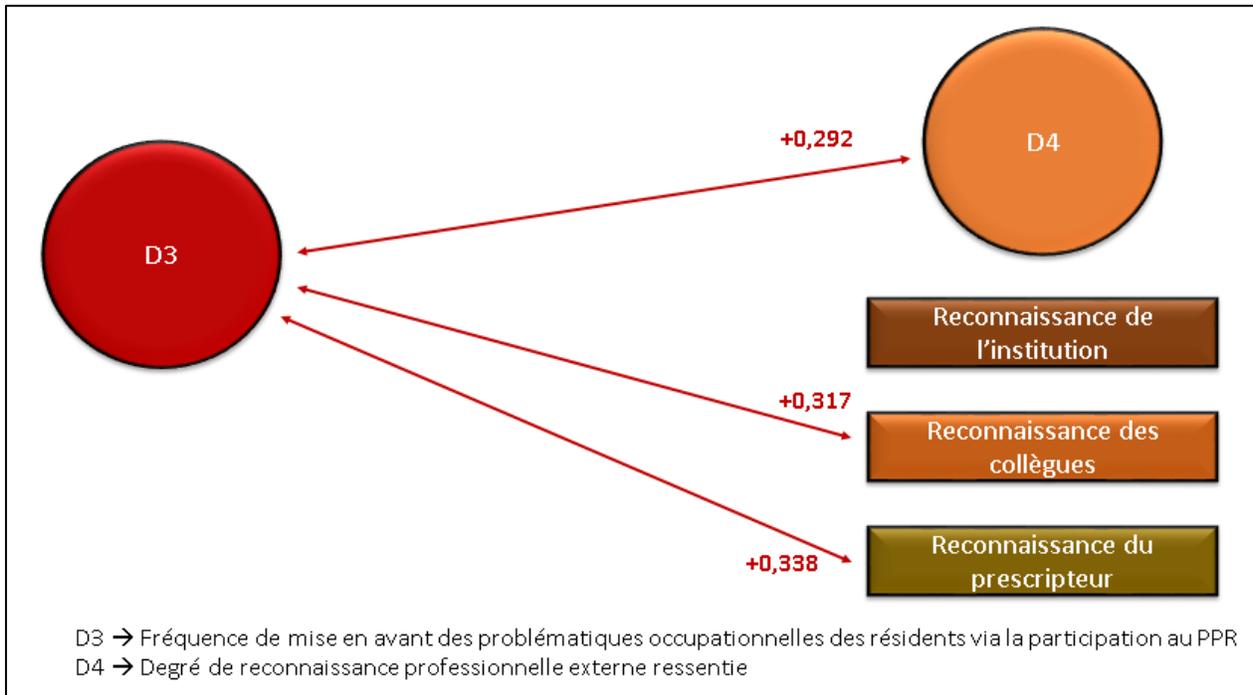
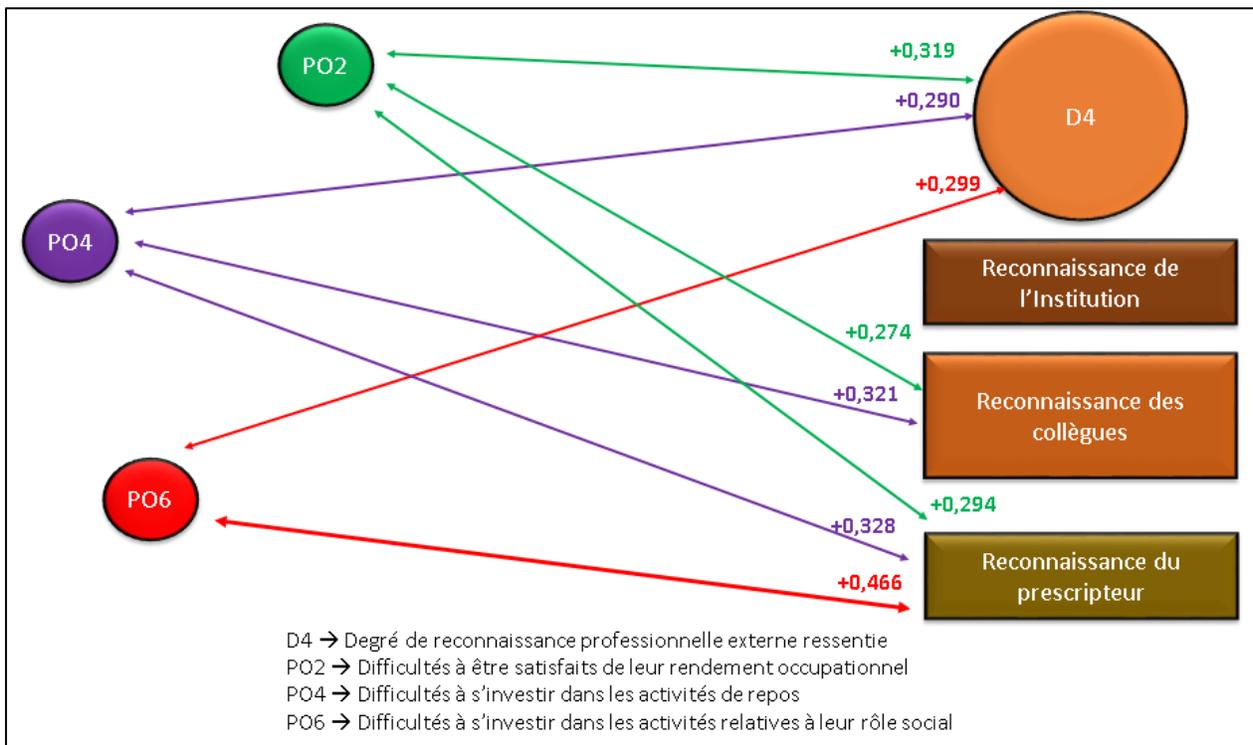


Figure n° 9. Les 3 problématiques occupationnelles des résidents qui sont mises en avant *impactent* la reconnaissance professionnelle externe ressentie



Les principaux résultats analysés seront discutés dans la partie suivante en les confrontant aux enseignements issus du cadre conceptuel de ce mémoire et en tentant de les expliquer.

III. DISCUSSION

Dans un premier temps, les résultats de l'enquête seront résumés et expliqués, puis les limites et les biais de cette étude seront présentés.

3.1 Résumé des observations et explication des résultats

3.1. A. Le faible impact des actions que peut mettre en place l'ergothérapeute via le PPR sur la reconnaissance émanant de l'institution

Les résultats de cette étude révèlent que par ses actions via le PPR, l'ergothérapeute n'a que très rarement un impact sur la reconnaissance professionnelle qui émane des représentants de son institution. Cette constatation est relativement logique car ces derniers ne participent pas au PPR. Les actions de l'ergothérapeute via le PPR pourront améliorer sa reconnaissance institutionnelle mais cela s'opèrera nécessairement de façon indirecte.

3.1. B. Le PPR : un simple outil et non une solution pour être mieux reconnu

L'analyse des résultats de cette étude confortent les premiers enseignements qui avaient pu être tirés de la pré-enquête menée auprès de 40 ergothérapeutes travaillant en EHPAD. En effet, pour rappel, elle avait montré que pour bon nombre d'ergothérapeutes, il existait un écart entre l'accompagnement qu'ils participent à définir via le PPR et celui qu'ils mettent en place sur prescription médicale. Cet écart pouvait laisser entendre que le simple fait que l'ergothérapeute s'investisse dans le PPR ne suffise pas à faire reconnaître pleinement son identité professionnelle. Les T-tests et les recherches de liens de corrélation réalisés dans cette enquête viennent confirmer que l'investissement dans le PPR et la reconnaissance professionnelle ressentie sont deux dimensions qui ne sont pas liées entre elles. Cela implique qu'il ne suffit pas à l'ergothérapeute d'augmenter sa participation à la définition et à la mise en place des PPR des résidents qu'il accompagne pour se sentir plus reconnu. Ce constat n'est pas surprenant car les ergothérapeutes qui se saisissent du PPR sans en profiter pour promouvoir leur identité professionnelle ne peuvent attendre augmenter la reconnaissance de cette dernière. En effet, comme le précisait Dubar en 2000, dans ses travaux relatifs à la double finalité de l'identité professionnelle, la reconnaissance externe de l'identité professionnelle de tout travailleur résulte nécessairement de la promotion qu'il en a fait (Dubar, 2000). Le PPR ne peut donc pas être considéré comme une solution en soi aux problématiques de manque de reconnaissance exprimées par les ergothérapeutes exerçant en EHPAD mais plutôt comme un outil pouvant servir de vecteur à la promotion de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

Ces résultats semblent valider la première hypothèse de cette étude : « Seul, le degré d'investissement de l'ergothérapeute dans la définition et la mise en place des PPR des résidents qu'il accompagne n'a pas d'impact sur le degré de reconnaissance professionnelle externe qu'il ressent ».

3.1. C. L'impact de la mise en avant de son identité professionnelle via la participation au PPR sur la reconnaissance de l'ergothérapeute

Les résultats de cette étude permettent de constater l'impact qu'a la mise en avant, par l'ergothérapeute, de son identité professionnelle via sa participation au PPR sur le fait qu'il se sente reconnu. Pour y parvenir, l'étude s'est évertuée à rechercher les liens pouvant exister entre la reconnaissance professionnelle ressentie par l'ergothérapeute et les deux composantes centrales de son identité professionnelle selon Beckers : les compétences et les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute (Beckers, 2007).

L'impact de la mise en avant de ses compétences ergothérapeutiques via le PPR

L'analyse des résultats a permis de mettre en lumière l'existence d'un lien de corrélation positif entre la fréquence à laquelle l'ergothérapeute met en avant ses compétences ergothérapeutiques via sa participation au PPR et le sentiment d'être reconnu professionnellement. Il permet de comprendre que plus l'ergothérapeute assurera l'auto-promotion de ses compétences en participant au PPR et plus il se sentira reconnu professionnellement. Cette constatation vient confirmer les travaux de Hernez-Broome, McLaughlin et Trovas en 2009 qui soulignaient l'importance que tout travailleur assure une auto-promotion de ses compétences afin que ses savoirs, savoir-faire et savoir-être lui soient pleinement reconnus (Hernez-Broome et al., 2009). L'analyse des liens de corrélation a cependant montré que la mise en avant, par l'ergothérapeute, de ses compétences ergothérapeutiques via sa participation au PPR (au global) a un impact direct sur la reconnaissance professionnelle de ses collègues mais qu'elle n'influe pas sur la reconnaissance professionnelle émanant de ses prescripteurs. Ce résultat pose question car l'ergothérapeute exerçant quasiment exclusivement sur prescription médicale, si son prescripteur n'est pas sensible à la promotion de ses compétences professionnelles, il risque de ne pas les solliciter. Cette étude ne permet pas, en l'état, de pouvoir comprendre ce phénomène.

L'analyse plus fine des liens de corrélation existant entre les deux dimensions précitées révèle que la promotion des 4 compétences ergothérapeutiques sont liées à la reconnaissance professionnelle ressentie (et ses sous-dimensions) par des liens de corrélation positifs. Trois d'entre elles ont un impact sensible sur le sentiment de l'ergothérapeute d'être reconnu de ses collègues. En effet, il a été observé que plus les ergothérapeutes mettent en avant leur capacité à entretenir et développer l'indépendance des résidents dans leurs activités de la vie quotidienne via le PPR et plus ils se sentent reconnus de leurs collègues. L'étude souligne aussi que plus les ergothérapeutes mettent en avant leur capacité à entretenir et développer l'autonomie des résidents en travaillant sur leurs troubles cognitifs via le PPR et plus ils se sentent reconnus

professionnellement et particulièrement par leur collègues. Enfin elle apporte que plus les ergothérapeutes mettent en avant leur capacité à aider les résidents à développer et mettre en place des stratégies de compensation de leurs difficultés via le PPR et plus ils se sentent reconnus professionnellement et particulièrement par leurs collègues.

Ces résultats peuvent peut-être s'expliquer en s'appuyant sur les travaux de Ferreira et Zawieja en 2012, Bami en 2013 et de la DRESS en 2016, qui venaient expliquer le fonctionnement des EHPAD. Ils soulignaient que les résidents intégrant les EHPAD sont de plus en plus dépendants et en manque d'autonomie, ce qui amène les professionnels qui travaillent avec eux à axer leur accompagnement sur le nursing quotidien et le soin. Ils révélaient que cet accompagnement de proximité et de tous les instants, associé au manque de moyens humains et financiers en EHPAD, venaient mettre sous tension les professionnels y travaillant (Bami, 2013; DREES, 2016; Ferreira & Zawieja, 2012). En constatant que les 3 compétences précitées ont toutes pour finalité de rendre le résident plus indépendant et autonome au quotidien (ce qui viendra nécessairement soulager l'équipe soignante de certaines missions), on comprend que ces compétences ont un intérêt majeur pour les collègues de l'ergothérapeute en EHPAD et qu'ils sont particulièrement sensibles à leur promotion par l'ergothérapeute.

Mais la promotion, par l'ergothérapeute, de ses compétences ergothérapeutiques via le PPR n'impacte pas uniquement la reconnaissance émanant de ses collègues. En effet, l'étude met en avant que la promotion d'une compétence ergothérapeutique en particulier a un impact global plus fort sur le sentiment d'être reconnu professionnellement. Elle révèle que plus l'ergothérapeute mettra en avant précisément sa capacité à proposer des aménagements, pour adapter l'environnement matériel et architectural du résident à ses capacités résiduelles, via le PPR et plus il se sentira reconnu professionnellement, tant par l'institution où il exerce que par ses collègues et ses prescripteurs.

Ces résultats peuvent peut-être s'expliquer par la portée globale de cette compétence particulière pour l'ensemble de l'institution que représente l'EHPAD. En adaptant l'environnement aux résidents, l'ergothérapeute permet à l'EHPAD, dans sa globalité, de mieux accueillir les résidents, de leur offrir un environnement sécurisant et facilitant, ce qui aura un impact non négligeable sur l'image que dégagera l'établissement. On comprend alors l'intérêt que revêt cette compétence pour l'institution et ses représentants. De plus, cette compétence viendra, elle aussi, rendre le résident plus autonome et indépendant au quotidien, ce qui soulagera l'équipe soignante d'accompagnement qui sera bien moins sollicitée. Enfin cette compétence, unique en son genre, est probablement plus facilement identifiable par les prescripteurs de l'ergothérapeute. C'est une mission propre à l'ergothérapie qui n'est nulle part remplie par d'autres professionnels en interne, ce qui évite que le prescripteur puisse avoir une vision biaisée de qui en a la responsabilité.

L'ensemble des résultats présentés ci-dessus semble valider la deuxième hypothèse de cette étude : « Plus l'ergothérapeute mettra en avant ses compétences ergothérapeutiques via sa participation aux PPR, et plus son degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie sera fort ».

L'impact de la mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR

L'analyse des résultats de l'enquête a aussi permis de démontrer qu'il existe des liens de corrélation positifs entre la fréquence à laquelle l'ergothérapeute met en avant les problématiques occupationnelles des résidents qu'il accompagne via sa participation au PPR et le sentiment d'être reconnu professionnellement notamment par ses collègues et ses prescripteurs. Ces liens de corrélation sous-entendent que plus l'ergothérapeute assurera la promotion de ses valeurs ergothérapeutiques en mettant en avant, via le PPR, les problématiques occupationnelles des résidents qu'il accompagne et plus il se sentira reconnu professionnellement et en particulier par ses collègues et ses prescripteurs. Cette constatation vient confirmer les travaux de Morel-Bracq, Delaisse, Bodin, Charret et Hernandez en 2021 sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. En effet, les auteurs y affirment que pour faciliter sa reconnaissance professionnelle externe, il est important que l'ergothérapeute adopte et affirme une pratique professionnelle respectueuse des valeurs de l'ergothérapie : centrée sur la personne et ses occupations (Morel-Bracq et al., 2021).

L'analyse plus fine des liens de corrélation existant entre ces deux dimensions précise que la promotion, par l'ergothérapeute, des trois problématiques occupationnelles spécifiques du résident via le PPR sont liées à la reconnaissance professionnelle ressentie (et ses sous-dimensions) par des liens de corrélation positifs. Une d'entre-elles semble impacter tout particulièrement le sentiment d'être reconnu par ses prescripteurs. En effet, l'analyse des résultats révèle que, plus l'ergothérapeute met en avant, via le PPR, les difficultés des résidents qu'il accompagne à s'investir dans les activités relatives à leur rôle social (rôle familial) et plus il se sent reconnu professionnellement et particulièrement par ses prescripteurs.

Ce résultat peut peut-être s'expliquer par le fait qu'en EHPAD, les médecins ont un lien préférentiel avec les familles des résidents. En effet, ils représentent l'autorité médicale de l'institution en tant que prescripteurs et servent régulièrement d'intermédiaire entre les familles et l'ensemble des autres professionnels. De ce fait, ils sont en première ligne pour prendre connaissance de la souffrance des familles lorsqu'elles constatent que leur être cher n'est plus en capacité d'entretenir et de jouir du lien familial qui les unit. De ce fait, ils peuvent être particulièrement sensibles à cette problématique de désengagement social et être à l'écoute des solutions que l'ergothérapeute est susceptible d'apporter.

Les liens de corrélation mis en lumière par cette étude démontrent aussi que la promotion de certaines problématiques occupationnelles des résidents via le PPR a un impact plus large sur le degré de reconnaissance professionnelle ressentie. Dans un premier temps, elle souligne que plus l'ergothérapeute met en avant, via le PPR, les difficultés des résidents à être satisfaits de leurs performances lorsqu'ils

réalisent des activités qui font sens pour eux et plus il se sent reconnu notamment par ses collègues et ses prescripteurs. Cette constatation peut peut-être s'expliquer par le fait qu'en révélant une problématique de rendement occupationnelle du résident via le PPR, l'ergothérapeute met en avant une difficulté que ce dernier rencontre pour pouvoir continuer à s'investir comme il le souhaite dans une activité qui fait sens pour lui et qu'il a l'habitude de réaliser. Or selon les travaux de l'ANESM en 2018, cette démarche correspond à l'essence même du PPR. En effet, elle affirme que le principal rôle du PPR est de construire un projet d'accompagnement adapté au résident en prenant notamment en compte ses envies, ses passions, et ses habitudes de vie antérieures (ANESM, 2018). Il paraît alors logique que les collègues et les prescripteurs de l'ergothérapeute soient particulièrement sensibles à cette pratique de l'ergothérapeute.

L'analyse des résultats révèle aussi que, plus l'ergothérapeute met en avant, via le PPR, les difficultés des résidents qu'il accompagne à s'investir dans les activités leur permettant de se reposer et plus il se sent aussi reconnu professionnellement et particulièrement par ses collègues et ses prescripteurs. Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que la grande priorité actuelle du personnel soignant exerçant en EHPAD est de maintenir au maximum le niveau de santé, le confort et le bien-être des résidents qu'ils accompagnent (DREES, 2016). Or pour beaucoup de résidents, l'entrée en EHPAD provoque une dégradation de leur état de santé physique, psychologique et cognitive s'exprimant par une extrême fatigabilité (Ferreira & Zawieja, 2012; Laureau-Daull, 2012; Mallon, 2005; Neyret-Chompre, 2002). On comprend alors, que quand l'ergothérapeute met en avant les problématiques du résident à s'investir dans des activités lui permettant de se reposer et de faire face à sa fatigue physique, cognitive et psychologique, cela éveille un intérêt certain de ses collègues et de ses prescripteurs.

L'ensemble de ces résultats semble valider la troisième et dernière hypothèse de cette étude : « Plus l'ergothérapeute mettra en avant les problématiques occupationnelles des résidents qu'il accompagne via sa participation au PPR, et plus son degré de reconnaissance professionnelle externe ressenti sera fort ».

Si les 3 hypothèses de cette étude semblent validées, il sera vu dans la partie suivante que les biais et les limites de cette étude appellent à une certaine retenue dans l'interprétation globale des résultats.

3.2 Les limites et biais de cette étude

On comprend de l'ensemble de ces résultats que pour pouvoir améliorer sa reconnaissance professionnelle externe via l'utilisation du PPR, il est nécessaire que l'ergothérapeute s'y investisse le plus possible tout en faisant l'autopromotion de son identité professionnelle. En effet, son simple investissement dans le PPR n'aura pas d'effet, il faut nécessairement qu'il mette en avant l'étendue et la diversité de ses compétences tout en respectant les valeurs de sa profession. Sa priorité doit être de tout faire pour ramener au centre des

débats le résident et ses problématiques occupationnelles. Si de prime abord, l'ensemble des résultats et conclusions apportés dans ce mémoire paraissent prometteurs, ils restent à prendre avec certaines précautions. En effet, cette étude souffre de certains biais et limites.

3.2. A. Les biais de cette étude

Les échelles de mesures qui ont été créées pour cette enquête ne sont pas le fruit d'une réflexion pluripartite, et n'ont pas été préalablement testées et challengées par d'autres chercheurs. Il est donc nécessaire de souligner l'incertitude pesant sur leur fiabilité. De plus, certaines d'entre-elles avaient un coefficient Alpha de Cronbach très légèrement inférieur à 0,7, ce qui vient renforcer cette incertitude à leur égard. Ces échelles ont pu avoir un impact sur les résultats qui ont été trouvés.

Ensuite, les échelles de Lickert en 4 points utilisées pour permettre aux participants de répondre à cette enquête ont pu créer une certaine homogénéité dans les réponses apportées à certaines questions. Si cette étude s'était appuyée sur des échelles de Likert plus discriminantes en 6 ou 8 points, ou une échelle visuelle analogique, permettant aux participants d'exprimer leur opinion avec plus de précision, il est possible que les résultats obtenus n'aient pas été les mêmes.

De plus, certains résultats analysés sont difficilement explicables du fait de l'outil quantitatif utilisé. Il aurait été intéressant de mener en parallèle une enquête qualitative auprès de certains participants afin de pouvoir étoffer l'analyse présentée.

3.2. B. Les limites de cette étude

D'abord, l'échantillon de cette étude ne se compose que de 52 personnes, ce qui est relativement faible et peu représentatif pour toute étude visant à s'appuyer sur une analyse statistique.

Ensuite, la majorité des ergothérapeutes ayant participé à cette étude avait peu d'ancienneté professionnelle à leur poste (67,3% des participants ont moins de 4 ans d'ancienneté sur leur poste actuel). Cela peut venir impacter l'ensemble des résultats de cette étude car récemment arrivés dans l'institution où ils exercent, il est possible qu'ils ne se sentent pas encore la légitimité d'affirmer pleinement leur identité professionnelle et qu'ils soient moins exigeants en terme de reconnaissance professionnelle qu'un ergothérapeute avec plus d'ancienneté.

De plus, l'ensemble des liens de corrélation qui ont pu être trouvés dans cette enquête restent des liens de force relativement faible (coefficient de corrélation inférieur à 0,45 le plus souvent). Si leur P-Value indique qu'ils existent réellement et qu'on ne trouve pas de guide méthodologique communément accepté pour faciliter leur interprétation, on peut néanmoins constater que certaines études de psychologie prônent de ne pas prendre en considération les liens de corrélation inférieurs à 0,7. On comprend alors que les résultats révélés par cette enquête sont donc à prendre avec des pincettes et ne montre qu'une tendance.

Il faut aussi s'arrêter sur l'effet connu que la désirabilité sociale peut avoir sur les personnes interrogées. En effet, il est possible qu'en répondant à ce questionnaire, les participants aient surévalué leur pratique professionnelle ainsi que la reconnaissance professionnelle qu'ils ressentent afin de donner une meilleure image d'eux-mêmes et d'être mieux perçus, ce qui aura nécessairement impacté l'ensemble des résultats obtenus.

Enfin, dans cette étude, il a été choisi de s'intéresser à la reconnaissance professionnelle externe ressentie par l'ergothérapeute. Cette dimension, éminemment subjective, rend complexe toute interprétation des résultats. En effet, il est fort probable qu'à un même niveau de reconnaissance professionnelle externe réellement exprimé, certains participants se sentiront parfaitement reconnus, contrairement à d'autres. En augmentant fortement l'hétérogénéité des réponses relatives à cette dimension, ce phénomène a nécessairement impacté les résultats de cette enquête.

Il est remarquable que l'ensemble des limites et biais listés précédemment sont tous susceptibles d'avoir impacté les résultats de cette enquête. En l'état, il est donc impossible de pouvoir considérer que les hypothèses de cette étude soient toutes les trois validées totalement. Il sera alors nécessaire de parler de validation partielle.

IV. CONCLUSION

En s'intéressant à la problématique épineuse du manque de reconnaissance professionnelle externe de l'ergothérapeute travaillant en EHPAD, cette étude a cherché à savoir comment les ergothérapeutes praticiens peuvent améliorer leur sentiment d'être reconnus professionnellement en participant à la définition et à la mise en place des projets personnalisés des résidents qu'ils accompagnent. Les trois hypothèses suivantes avaient pu être émises en s'appuyant sur le cadre conceptuel de ce mémoire : la première est que le degré d'investissement de l'ergothérapeute dans la définition et la mise en place des PPR des résidents qu'il accompagne n'a pas d'impact sur le degré de reconnaissance professionnelle externe qu'il ressent. La deuxième est que plus l'ergothérapeute mettra en avant ses compétences ergothérapeutiques via sa participation aux PPR, et plus son degré de reconnaissance professionnelle externe ressenti sera fort. Enfin, la troisième est que plus l'ergothérapeute mettra en avant les problématiques occupationnelles des résidents qu'il accompagne via sa participation au PPR, et plus son degré de reconnaissance professionnelle externe ressenti sera fort.

Une enquête a alors été réalisée à l'aide d'un questionnaire quantitatif soumis à 52 ergothérapeutes travaillant en EHPAD. L'analyse de ses résultats, opérée en s'appuyant sur la réalisation de T-Test et sur le calcul de coefficients de corrélation, a permis de déterminer dans un premier temps qu'il ne suffit pas à l'ergothérapeute d'augmenter sa participation à la définition et à la mise en place des PPR des résidents qu'il accompagne pour se sentir plus reconnu professionnellement.

Dans un deuxième temps elle a permis de constater que plus l'ergothérapeute assurera l'auto-promotion de ses compétences en participant au PPR et plus il se sentira reconnu professionnellement. A ce titre, l'analyse des résultats précise que cela s'opérera notamment lorsque l'ergothérapeute mettra en avant ses 4 compétences suivantes : sa capacité à entretenir et développer l'indépendance des résidents dans leurs activités de la vie quotidienne, sa capacité à entretenir et développer l'autonomie des résidents en travaillant sur leurs troubles cognitifs, sa capacité à aider les résidents à développer et mettre en place des stratégies de compensation de leurs difficultés et sa capacité à proposer des aménagements, pour adapter l'environnement matériel et architectural du résident à ses capacités résiduelles.

Enfin dans un troisième temps, l'analyse des résultats a révélé que plus l'ergothérapeute assurera la promotion de ses valeurs ergothérapeutiques en mettant en avant, via le PPR, les problématiques occupationnelles des résidents qu'il accompagne et plus il se sentira reconnu professionnellement. Ici aussi, l'analyse des résultats précise que ce phénomène est particulièrement visible lorsque l'ergothérapeute met en avant les 3 problématiques occupationnelles suivantes : les difficultés des résidents à s'investir dans les activités relatives à leur rôle social, les difficultés des résidents à être satisfaits de leur performance lorsqu'ils

réalisent des activités qui font sens pour eux et les difficultés des résidents à s'investir dans les activités leur permettant de se reposer physiquement, psychologiquement et cognitivement.

Si ces résultats semblent valider les 3 hypothèses qui avaient été émises, les limites et les biais propre à cette étude nous invitent à conserver une certaine réserve, à considérer que les résultats ne sont révélateurs que d'une tendance et à affirmer que **les trois hypothèses de ce mémoire ne sont validées que partiellement.**

Ces tendances, qui concordent avec le cadre conceptuel de cette étude, sont révélatrices de l'impact que peut et doit avoir l'ergothérapeute sur son sentiment d'être reconnu professionnellement via sa pratique professionnelle. En effet, cette étude souligne avant tout l'importance que les ergothérapeutes de terrain restent fidèles à leur identité professionnelle dans leur pratique au quotidien pour que cette dernière leur soit reconnue. Cette étude n'a bien évidemment pas la prétention d'espérer changer la pratique professionnelle d'ergothérapeutes en EHPAD, mais il est possible qu'à la lecture de celle-ci, certains ne considèrent plus leur manque de reconnaissance professionnelle comme une fatalité et qu'ils prennent conscience de leur pouvoir d'agir.

Cette étude mériterait d'être poursuivie à plus grande échelle afin d'avoir des résultats plus significatifs. De plus, il serait intéressant de la confronter à une étude cherchant à déterminer l'impact de la promotion de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute, via sa participation au PPR, sur la reconnaissance professionnelle qui lui est réellement renvoyée. Cette étude nécessiterait un temps et des moyens dont je ne disposais pas malheureusement, car elle impliquerait d'ajouter à l'enquête quantitative une enquête qualitative où les ergothérapeutes mais aussi leurs collègues, leurs prescripteurs ainsi que les représentants de l'institution où ils exercent seraient tous sollicités. Elle permettrait de confronter le ressenti au réel.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Consultation de sites internet

- AFEG. (2021b). Présentation de l'AFEG. Retrieved 26 May 2021, from http://afeg.asso.fr/#xl_xr_page_index
- ANFE. (2021a). A propos de l'ANFE. Retrieved 26 May 2021, from https://anfe.fr/a_propos_anfe/
- ANFE. (2021b). La profession. Retrieved 26 May 2021, from <https://anfe.fr/la-profession/>
- ANFE. (2021C). Statistiques de la DREES 2020. Retrieved 26 May 2021, from https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/04/plaquette_institutionnelle_VF.pdf
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (2021). Les EHPAD. Retrieved 26 May 2021, from <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>
- Dictionnaire Larousse. (2021a). Définition du mot 'Dignité'. Retrieved 26 May 2021, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dignit%c3%a9/25525>
- Dictionnaire Larousse. (2021b). Définition du mot 'Promotion'. Retrieved 26 May 2021, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/promotion/64301>

Documents, articles de loi et rapports

- AFEG. (2021a). Fiche 1: Ergothérapeute en EHPAD. AFEG.
- ANESM. (2018, Aout). Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD). Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- ANFE. (2013). Statuts 2013. Association Nationale Française des Ergothérapeutes.
- ANFE. (2020a). Rapport d'activité 2019-2020. Association Nationale Française des Ergothérapeutes.
- ANFE. (2020b). Stratégie horizon 2022. Association Nationale Française des Ergothérapeutes.
- Code de santé publique. Article L4331-1, R4331-1 et D4331-1, Quatrième partie § Livre III, Titre III, Chapitre I (2021).
- DREES. (2016, September). Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- Gauthier, E., & Le Sonn, C.-A. (2018, March). *Le métier d'ergothérapeute en EHPAD : missions, recrutement, organisation du travail*. Presented at the Le métier d'ergothérapeute en EHPAD : un professionnel au carrefour du maintien de l'autonomie et la prévention des risques professionnels, EPEC.
- Libault, D. (2019, March). Concertation : Grand âge et autonomie. Ministère des solidarités et de la santé.

- Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière. (2008, December). Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière: Monographie d'ergothérapeute. Ministère de la santé et des sports.
- WFOT. (2021). Definitions of Occupational Therapy from Member Organisations [text/html]. Retrieved 26 May 2021, from <https://www.wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>

Ouvrages et articles

- Appelbaum, S., & Kamal, R. (2000). An analysis of the utilization and effectiveness of non-financial incentives in small business. *Journal of Management Development*, 19, 733–763. Retrieved from <https://doi.org/10.1108/02621710010378200>
- Beckers, J. (2007). Chapitre 4. La construction de l'identité professionnelle. Fondements et conséquences méthodologiques. *Pedagogies en développement*, 141–199.
- Beloni, P., Hoarau, H., & Marin, B. (2019). La socialisation en maison de retraite, un enjeu pour le résident. Une étude ethnosociologique utile pour les infirmières. *Recherche En Soins Infirmiers*, (137), 77–90.
- Bickel, J.-F., & Hugentobler, V. (2018). Les multiples faces du pouvoir d'agir à l'épreuve du vieillissement. *Gerontologie et société*, 40 / n° 157(3), 11–23.
- Bourcier, C., & Palobart, Y. (1997). *La Reconnaissance: un outil de motivation pour vos salariés*. Paris: Ed. d'organisation.
- Brami, G. (2013). Les paradoxes de l'évolution des ehpad. *Empan*, n° 91(3), 56–61.
- Brun, J.-P., & Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. *Gestion*, Vol. 30(2), 79–88.
- Charpentier, G. L., Soum-Pouyalet, F., Lefustec, B., & Roumagne, N. (2020). Le paradigme d'une approche transdisciplinaire et inclusive en gérontologie, 6.
- Charret, L., & Samson, S. T. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, N° 45(1), 17–36.
- Dejours, C. (1998). *Travail usure mentale: essai de psychopathologie du travail*. Paris: Bayard Editions.
- Dubar, C. (2000). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Armand Colin. Retrieved 9 May 2021 from <https://doi.org/10.3917/arco.duba.2015.01>
- El Akremi, A., Sassi, N., & Bouzidi, S. (2009). Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 64(4), 662–684. Retrieved from <https://doi.org/10.7202/038878ar>
- Étienne, A. L. (1987). *L'Approche Globale: Poncif ou Réalité*. Journal d'Ergothérapie (n°1, 1987), Masson.

- Fall, A. (2015). Reconnaissance au travail : validation d'une échelle de mesure dans le contexte des entreprises. *European Review of Applied Psychology*, 65(4), 189–203. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.erap.2015.07.001>
- Fallowfield, L. (1995). Questionnaire design. *Archives of Disease in Childhood*, 72, 76–9. Retrieved from <https://doi.org/10.1136/adc.72.1.76>
- Feillet, R., Héas, S., & Bodin, D. (2011). Corps et identité au grand âge : l'exercice corporel ou son abandon comme analyseur de la lutte contre la vulnérabilité. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 21–35. Retrieved from <https://doi.org/10.7202/1008216ar>
- Ferreira, É., & Zawieja, P. (2012). Un « chez-soi » en ehpad ? *Cliniques*, N° 4(2), 164–179.
- Guay, P., Simard, G., & Tremblay, M. (2000). L'engagement organisationnel et les comportements discrétionnaires: L'influence des pratiques de gestion des ressources humaines. *CIRANO, CIRANO Working Papers*.
- Hernez-Broome, G., McLaughlin, C., & Trovas, S. (2009). *The truth about sucking up: how authentic self-promotion benefits you and your organization*. Greensboro, NC: Center for Creative Leadership.
- Jovelet, G. (2018). Penser l'Ehpad et son devenir. Pas sans la psychiatrie ! *L'information psychiatrique*, Volume 94(6), 437–442.
- Lapre, É., Postal, V., Bourdel-Marchasson, I., Boisson, C., & Mathey, S. (2012). Stimulation cognitive et fonctions exécutives dans la maladie d'Alzheimer : une étude pilote. *Revue de neuropsychologie*, Volume 4(2), 123–130.
- Laureau-Daull, É. (2012). *Le syndrome de glissement*. Paris: Arléa.
- Mallon, I. (2005). *Vivre en maison de retraite*.
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne: École d'études sociales et pédagogiques.
- Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 13–28. Retrieved from <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Morel-Bracq, M.-C., Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., & Hernandez, H. (2021). Une approche historique du développement de l'identité professionnelle des ergothérapeutes en France : l'évolution des valeurs et intérêts des ergothérapeutes à travers le temps. *Ergothérapies*, 81, 7.
- Morin, E. (1996), «L'efficacité organisationnelle et le sens du travail », dans Pauchant, T. (dir.), *La quête du sens : gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature*, Québec/Amérique / Presses HEC, 1996, p. 259-287.
- Morin, E. (2001), «Une approche humaniste dans les organisations», conférence et document du colloque en gestion de ressources humaines *Oser découvrir, transformer, créer : une vision humaniste de l'organisation du travail*, organisé par le CHUQ, Québec, 2001

- MOW International Research Team, *The Meaning of Working*, Academic Press, 1987
- Neyret-Chompre, V. (2002). Un groupe de parole en maison de retraite. *Empan*, no48(4), 52–56.
- Patten, M. L. (2017). *Questionnaire research: a practical guide*. London: Routledge. Retrieved 19 February 2021 from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1365262>
- Pierce, D. (2016). *la science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Superieur.
- Rowley, J. (2014). Designing and using research questionnaires. *Management Research Review*, 37(3), 308–330. Retrieved from <https://doi.org/10.1108/MRR-02-2013-0027>
- Villaumé, A. (2018). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(109), 30–38. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.09.002>
- Wagner, C. (2004). *L'ergothérapie dans le champ des professions paramédicales : positions, prises de position et représentations* (These de doctorat). Metz. Retrieved 4 January 2021 from <http://www.theses.fr/2004METZ005L>
- Wils, T., Labelle, C., Guerin, G., & Tremblay, M. (1998). *Qu'est-ce que la mobilisation des employes? Le point de vue des professionnels en ressources humaines* (Papers No. 98– 01). *Papers*. Retrieved 26 May 2021 from Quebec a Hull - Relations industrielles: <https://ideas.repec.org/p/fth/uqahri/98-01.html>

ANNEXES

Annexe 1 – Résultats du T-Test entre « le degré d'investissement dans le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie »

Independent Samples T-Test					
	t	df	p	Mean Difference	SE Difference
Score total Reco instit	-0.006	50	0.995	-0.003	0.487
Score total Reco coll.gues	-1.358	50	0.181	-0.462	0.340
Score total reco prescripteur	0.426	50	0.672	0.213	0.501
Score total Reconnaissance	-0.222	50	0.825	-0.252	1.136

Group Descriptives					
	Group	N	Mean	SD	SE
Score total Reco instit	Groupe B	25	4.960	1.904	0.381
	Groupe H	27	4.963	1.605	0.309
Score total Reco coll.gues	Groupe B	25	3.760	1.268	0.254
	Groupe H	27	4.222	1.188	0.229
Score total reco prescripteur	Groupe B	25	4.880	1.666	0.333
	Groupe H	27	4.667	1.922	0.370
Score total Reconnaissance	Groupe B	25	13.600	4.183	0.837
	Groupe H	27	13.852	4.007	0.771

Annexe 2 – Résultats du T-Test entre « la fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie »

Independent Samples T-Test					
	t	df	p	Mean Difference	SE Difference
Score total Reco instit	-1.293	50	0.202	-0.619	0.479
Score total Reco coll.gues	-2.085	50	0.042	-0.693	0.333
Score total reco prescripteur	-2.299	50	0.026	-1.096	0.477
Score total Reconnaissance	-2.222	50	0.031	-2.409	1.084

Group Descriptives						
	Group	N	Mean	SD	SE	
Score total Reco instit	Groupe B	25	4.640	1.890	0.378	
	Groupe H	27	5.259	1.559	0.300	
Score total Reco coll.gues	Groupe B	25	3.640	1.319	0.264	
	Groupe H	27	4.333	1.074	0.207	
Score total reco prescripteur	Groupe B	25	4.200	2.082	0.416	
	Groupe H	27	5.296	1.295	0.249	
Score total Reconnaissance	Groupe B	25	12.480	4.556	0.911	
	Groupe H	27	14.889	3.191	0.614	

Annexe 3 – Résultats du T-Test entre « la fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR » et « le degré de reconnaissance professionnelle externe ressentie »

Independent Samples T-Test					
	t	df	p	Mean Difference	SE Difference
Score total Reco instit	-1.452	50	0.153	-0.692	0.477
Score total Reco coll.gues	-2.603	50	0.012	-0.846	0.325
Score total reco prescripteur	-2.808	50	0.007	-1.308	0.466
Score total Reconnaissance	-2.680	50	0.010	-2.846	1.062

Group Descriptives						
	Group	N	Mean	SD	SE	
Score total Reco instit	Groupe B	26	4.615	1.651	0.324	
	Groupe H	26	5.308	1.784	0.350	
Score total Reco coll.gues	Groupe B	26	3.577	1.238	0.243	
	Groupe H	26	4.423	1.102	0.216	
Score total reco prescripteur	Groupe B	26	4.115	1.423	0.279	
	Groupe H	26	5.423	1.901	0.373	
Score total Reconnaissance	Groupe B	26	12.308	3.653	0.716	
	Groupe H	26	15.154	3.997	0.784	

Annexe 4 – Coefficients de corrélation entre D1, D2, D3 et D4

Variable	Outils	D1	D2	D3	D4
D1	Pearson's r	—			
	p-value	—			
D2	Pearson's r	0.145	—		
	p-value	0.306	—		
D3	Pearson's r	0.051	0.602	—	
	p-value	0.719	< .001	—	
D4	Pearson's r	0.056	0.328	0.292	—
	p-value	0.694	0.017	0.036	—

- D1= Le degré d'investissement dans le PPR
- D2= La fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR
- D3= La fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR
- D4= Le degré de reconnaissance professionnel externe ressentie

Annexe 5 – Coefficients de corrélation entre D1, D2, D3 et les sous dimensions de D4

Variable	Outils	D1	D2	D3
D1	Pearson's r	—		
	p-value	—		
D2	Pearson's r	0.145	—	
	p-value	0.306	—	
D3	Pearson's r	0.051	0.602	—
	p-value	0.719	< .001	—
Reco prescripteur	Pearson's r	-0.059	0.258	0.338
	p-value	0.676	0.065	0.014
Reco coll	Pearson's r	0.210	0.399	0.317
	p-value	0.134	0.003	0.022
Reco instit	Pearson's r	0.042	0.216	0.107
	p-value	0.769	0.123	0.449

- D1= Le degré d'investissement dans le PPR
- D2= La fréquence de mise en avant des compétences ergothérapeutiques via le PPR
- D3= La fréquence de mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents via le PPR
- D4= Le degré de reconnaissance professionnel externe ressentie

Annexe 6 – Coefficients de corrélation entre fréquence de mise en avant de C1, C2, C3, C4, C5, C6 et C7 via le PPR et la reconnaissance professionnelle externe ressentie

Variable	Outils	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
C1	Pearson's r	—						
	p-value	—						
C2	Pearson's r	0.738	—					
	p-value	< .001	—					
C3	Pearson's r	0.407	0.498	—				
	p-value	0.003	< .001	—				
C4	Pearson's r	0.575	0.678	0.210	—			
	p-value	< .001	< .001	0.136	—			
C5	Pearson's r	0.472	0.567	0.180	0.514	—		
	p-value	< .001	< .001	0.202	< .001	—		
C6	Pearson's r	0.564	0.579	0.461	0.393	0.543	—	
	p-value	< .001	< .001	< .001	0.004	< .001	—	
C7	Pearson's r	0.624	0.580	0.413	0.497	0.525	0.600	—
	p-value	< .001	< .001	0.002	< .001	< .001	< .001	—
Reco instit	Pearson's r	0.203	0.087	0.173	0.051	0.101	0.285	0.231
	p-value	0.149	0.539	0.219	0.718	0.476	0.041	0.100
Reco coll	Pearson's r	0.355	0.236	0.418	0.253	0.165	0.398	0.288
	p-value	0.010	0.092	0.002	0.070	0.242	0.003	0.039
reco prescripteur	Pearson's r	0.143	0.181	0.239	0.137	0.119	0.319	0.216
	p-value	0.311	0.200	0.087	0.334	0.400	0.021	0.124
Reco ext	Pearson's r	0.258	0.189	0.308	0.160	0.146	0.384	0.282
	p-value	0.064	0.179	0.027	0.259	0.301	0.005	0.043

- C1= Entretien ou développer l'autonomie et l'indépendance dans les activités de la vie quotidiennes
- C2= Entretien ou développer la capacité à se déplacer et réaliser ses transferts
- C3= Entretien ou développer l'autonomie en travaillant sur les différents troubles cognitifs
- C4= Travailler sur le positionnement des résidents en prenant en compte leurs troubles posturaux assis ou allongés
- C5= Préconiser et/ou réaliser des aides techniques
- C6= Proposer des aménagements de l'environnement
- C7= Aider les résidents à trouver et appliquer des stratégies de compensation

Annexe 7 – Coefficients de corrélation entre fréquence de mise en avant de PO1, PO2, PO3, PO4, PO5 et PO6 via le PPR et la reconnaissance professionnelle externe ressentie

Variable	Outils	PO1	PO2	PO3	PO4	PO5	PO6
PO1	Pearson's r	—					
	p-value	—					
PO2	Pearson's r	0.705	—				
	p-value	< .001	—				
PO3	Pearson's r	0.529	0.660	—			
	p-value	< .001	< .001	—			
PO4	Pearson's r	0.537	0.570	0.625	—		
	p-value	< .001	< .001	< .001	—		
PO5	Pearson's r	0.551	0.518	0.426	0.492	—	
	p-value	< .001	< .001	0.002	< .001	—	
PO6	Pearson's r	0.339	0.418	0.442	0.363	0.470	—
	p-value	0.014	0.002	0.001	0.008	< .001	—
Reco instit	Pearson's r	-0.010	0.247	0.079	0.111	-0.022	0.069
	p-value	0.942	0.077	0.576	0.432	0.874	0.629
Reco coll	Pearson's r	0.240	0.274	0.264	0.321	0.149	0.211
	p-value	0.087	0.049	0.059	0.020	0.291	0.134
Reco prescripteur	Pearson's r	0.119	0.294	0.147	0.328	0.205	0.466
	p-value	0.400	0.034	0.299	0.018	0.146	< .001
Reco ext	Pearson's r	0.121	0.319	0.179	0.290	0.126	0.299
	p-value	0.392	0.021	0.203	0.037	0.373	0.031

- PO1= Difficultés à pouvoir réaliser les activités qui font sens pour eux (Problématiques d'engagement occupationnel)
- PO2= Difficultés à être satisfaits de leur performance lorsqu'ils réalisent des activités qui font sens pour eux (Problématiques de rendement occupationnel)
- PO3= Difficultés à s'investir dans leurs loisirs
- PO4= Difficultés à s'investir dans les activités leur permettant de se reposer physiquement et mentalement
- PO5= Difficultés à s'investir dans les activités les amenant à prendre soin d'eux (se laver, s'habiller, se raser etc.)
- PO6= Difficultés à s'investir dans les activités relatives à leur rôle social (investissement associatif, rôle familial ...)

Annexe 8 – Questionnaire de pré-enquête

Bonjour,

Dans le cadre de ma dernière année de licence en ergothérapie, je suis amené à réaliser un mémoire de recherche autour de la profession d'ergothérapeute. J'ai décidé de m'intéresser à la reconnaissance de ce métier en EHPAD.

A ce titre, je souhaite réaliser une pré-enquête qui - je l'espère me - permettra de pouvoir mieux orienter mes futurs recherches. Ce questionnaire est destiné aux ergothérapeutes exerçant actuellement en EHPAD. Il porte sur le « projet personnalisé » prévu par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

Je vous remercie par avance de bien vouloir prendre le temps d'y répondre. Rassurez-vous, cela ne vous prendra pas plus de 3 minutes.

Merci

1. Avez-vous connaissance du projet personnalisé des résidents que vous accompagnez ?
 - a. Oui
 - b. non
2. Vous appuyez-vous sur le contenu de ces projets personnalisés pour définir le cadre de vos interventions ergothérapeutiques ?
 - a. Oui
 - b. Non
3. Contribuez-vous, avec le reste de l'équipe soignante, à la définition de ce projet personnalisé ?
 - a. Oui
 - b. Non
4. Accepteriez-vous que je puisse vous recontacter (d'ici quelques mois) afin de vous permettre de participer à la suite de mon enquête ? Si oui, veuillez me transmettre votre email
 - a. Réponse libre

Annexe 9 – Questionnaire de l'enquête

Texte introductif

Chère consœurs, cher confrères,

Je suis Adrien de Roux, étudiant en 3ème année d'ergothérapie.

Tout d'abord, je tiens à vous remercier de prendre le temps de répondre à mon questionnaire.

Comme je vous l'ai expliqué en préambule, dans le cadre de mon mémoire de recherche, j'ai choisi de m'intéresser à la reconnaissance de notre profession dans ce lieu si particulier qu'est l'EHPAD.

Dans cette dynamique, la population-cible de cette étude sera : les ergothérapeutes diplômés exerçant actuellement en EHPAD en France, en tant que salariés en CDI à temps plein ou à temps partiel (au minimum à mi-temps) et à qui il arrive de participer à la définition et à la mise en place de projets personnalisés de résidents.

Je souhaiterais que les répondants à cette étude qui évoluent au sein de plusieurs EHPAD ne se focalisent que sur l'établissement où leur expérience leur paraît la plus significative.

Les informations recueillies sur ce formulaire seront enregistrées dans un fichier informatisé par mes soins et seront utilisées uniquement pour mon étude. Les données collectées ne seront donc pas communiquées et votre anonymat sera respecté. Ces données seront conservées pendant la durée de mon étude (année scolaire 2020-2021).

Vous pourrez toujours accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Je suis joignable à l'adresse suivante: adrienderoux@gmail.com

Encore merci pour votre soutien!

Section 1 : Questions préliminaires

Afin de cibler le public concerné par cette enquête, merci de répondre aux questions préliminaires suivantes:

- 1) Acceptez-vous de répondre à ce questionnaire
 - Oui
 - Non

- 2) Travaillez- vous en EHPAD ?
 - Oui
 - Non

- 3) Vous arrive-t-il de participer à la définition des Projets Personnalisés (PPR) des résidents que vous accompagnez ?
- Oui
 - Non

Section 2 : Investissement dans les projets personnalisés des résidents

Sur une échelle de 1 à 4, à quelle fréquence...

- 4) ... avez-vous connaissance des PPR des résidents que vous accompagnez ?
Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)
- 5) ... participez-vous à la définition des PPR des résidents que vous accompagnez ?
Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)
- 6) ... l'accompagnement que vous proposez au résident s'appuie-t-il sur le PPR qui a été défini avec lui ?
Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)
- 7) ... vous arrive-t-il d'être référent du PPR de résidents que vous accompagnez ?
Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)
- 8) Lorsque vous participez à la définition des PPR, à quelles étapes participez-vous régulièrement :
(question à choix multiple)
- Rencontre préalable avec le futur résident et son entourage dans le but de réaliser des bilans, des mises en situation et un recueil d'informations
 - Mise en commun et partage interprofessionnels des informations recueillies
 - Co-construction du PPR avec l'équipe encadrante et le futur résident (et/ou ses représentants)
 - Réunion d'actualisation du PPR
 - Participation à la réalisation du bilan de conclusion du PPR

Section 3 : Mise en avant de vos compétences ergothérapeutiques

Sur une échelle de 1 à 4, lorsque vous participez à la définition des PPR des résidents que vous allez suivre, à quelle fréquence...

- 9) ... mettez-vous en avant votre capacité à entretenir ou développer l'autonomie et l'indépendance des résidents dans leurs activités de la vie quotidienne ?
Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)

10) ... mettez-vous en avant votre capacité à entretenir ou développer la capacité des résidents à se déplacer et réaliser leurs transferts ?

Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)

11) ... mettez-vous en avant votre capacité à entretenir ou développer l'autonomie des résidents en travaillant sur leurs différents troubles cognitifs ?

Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)

12) ... mettez-vous en avant votre capacité à travailler sur le positionnement des résidents en prenant en compte leurs troubles posturaux assis ou allongé ?

Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)

13) ... mettez-vous en avant votre capacité à préconiser et/ou réaliser des aides techniques ?

Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)

14) ... mettez-vous en avant votre capacité à proposer des aménagements de l'environnement ?

Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)

15) ... mettez-vous en avant votre capacité à aider les résidents à trouver et appliquer des stratégies de compensation ?

Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)

Section 4 : Mise en avant des problématiques occupationnelles des résidents accompagnés

Sur une échelle de 1 à 4, lorsque vous participez à la définition des PPR des résidents que vous allez suivre, à quelle fréquence...

16) ... mettez-vous en avant les difficultés des résidents à pouvoir réaliser les activités qui font sens pour eux ?

Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)

17) ... mettez-vous en avant les difficultés des résidents à être satisfaits de leur performance lorsqu'ils réalisent des activités qui font sens pour eux ?

Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)

18) ... mettez-vous en avant les difficultés des résidents à s'investir dans leurs loisirs ?

Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)

19) ... mettez-vous en avant les difficultés des résidents à s'investir dans les activités leur permettant de se reposer physiquement et mentalement ?

Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)

20) ... mettez-vous en avant les difficultés des résidents à s'investir dans les activités les amenant à prendre soin d'eux (se laver, s'habiller ...) ?
Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)

21) ... mettez-vous en avant les difficultés des résidents à s'investir dans les activités relatives à leur rôle social (investissement associatif, rôle familial ...) ?
Jamais (1) (2) (3) Toujours(4)

Section 5 : Reconnaissance professionnelle ressentie

L'institution dans laquelle vous travaillez (administration, cadre de santé ...)...

22) ... connaît le rôle et les missions de l'ergothérapeute en EHPAD.
Pas du tout d'accord (1) (2) (3) Tout à fait d'accord(5)

23) ... vous donne les moyens humains, matériels et financiers pour exercer l'ensemble de vos compétences.
Pas du tout d'accord (1) (2) (3) Tout à fait d'accord(5)

24) ... vous donne les moyens d'entretenir et de développer vos compétences.
Pas du tout d'accord (1) (2) (3) Tout à fait d'accord(5)

Les collègues avec lesquels vous travaillez...

25) ... connaissent le rôle et les missions de l'ergothérapeute en EHPAD.
Pas du tout d'accord (1) (2) (3) Tout à fait d'accord(5)

26) ... vous sollicitent pour avoir votre avis sur des sujets relatifs à vos domaines d'expertise.
Pas du tout d'accord (1) (2) (3) Tout à fait d'accord(5)

Votre/Vos médecin(s) prescripteur(s)...

27) ... connaissent le rôle et les missions de l'ergothérapeute en EHPAD.
Pas du tout d'accord (1) (2) (3) Tout à fait d'accord(5)

28) ... vous sollicitent via prescription médicale sur l'ensemble de vos compétences en fonction du besoin du résident.
Pas du tout d'accord (1) (2) (3) Tout à fait d'accord(5)

29) ... reconnaissent globalement l'apport de l'ergothérapie dans l'accompagnement global proposé par l'institution.
Pas du tout d'accord (1) (2) (3) Tout à fait d'accord(5)

Section 5 : Questions signalétique

30) Vous êtes

- Une femme
- Un homme

31) Quel âge avez-vous?

- Moins de 25 ans
- Entre 26 et 45 ans
- Entre 46 et 65 ans
- Plus de 65 ans

32) Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?

- Moins de 4 ans
- Entre 5 et 9 ans
- Entre 10 et 14 ans
- Entre 15 et 19 ans
- Plus de 20 ans

33) Au sein de combien d'EHPAD travaillez-vous actuellement ?

- Réponse libre

34) Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?

- Moins de 4 ans
- Entre 5 et 9 ans
- Entre 10 et 14 ans
- Entre 15 et 19 ans
- Plus de 20 ans

35) Depuis combien de temps travaillez-vous sur votre poste actuel en EHPAD?

- Moins de 4 ans
- Entre 5 et 9 ans
- Entre 10 et 14 ans
- Entre 15 et 19 ans
- Plus de 20 ans

36) Travaillez-vous à temps plein ou à temps partiel ?

- Temps plein
- Temps Partiel (entre 80 et 99%)
- Temps Partiel (entre 50 et 79%)
- Temps Partiel (- de 50%)

Résumé

Introduction : L'ergothérapie en France est une jeune profession qui peine encore aujourd'hui à bénéficier d'une pleine reconnaissance des compétences et des valeurs qui composent son identité professionnelle. Cette étude vise à se demander si les ergothérapeutes travaillant en EHPAD peuvent améliorer leur reconnaissance professionnelle externe en assurant une promotion de leur identité professionnelle via leur implication dans la définition et la mise en place des projets personnalisés des résidents (PPR).

Méthode : Pour tenter de vérifier cette hypothèse, une étude quantitative a été menée auprès de 52 ergothérapeutes travaillant en EHPAD.

Résultats : Il a été démontré que plus les ergothérapeutes participent au PPR en mettant en avant la diversité de leurs compétences et en ayant une pratique centrée sur la personne et ses occupations et plus ils se sentiront reconnus professionnellement.

Conclusion : Cette étude souligne l'importance de la responsabilité de tout ergothérapeute travaillant en EHPAD à être acteur de la promotion de son identité professionnelle s'il le peut. De plus elle permettra aux lecteurs de poursuivre cette réflexion pour vérifier si la reconnaissance professionnelle externe ressentie correspond bien à la reconnaissance professionnelle externe réellement exprimée sur le terrain.

Mots clefs : Identité professionnelle, ergothérapie, EHPAD, promotion de l'identité professionnelle, reconnaissance professionnelle externe ressentie.

Abstract

Introduction: French occupational therapy is a young profession that is still struggling to gain full recognition of the skills and values that make up its professional identity. This study aims to find out if occupational therapists working in nursing homes can improve their professional recognition by promoting their professional identity through their involvement in the definition and implementation of residents' personalized projects (RPP).

Method: To verify this hypothesis, a quantitative study was conducted with 52 occupational therapists working in nursing homes.

Results: It has been shown that the more occupational therapists participate in the RPP, by promoting the diversity of their skills and by having a person and occupations oriented practice, the more they will feel professionally recognized.

Conclusion: This study underlines the importance of the responsibility of every occupational therapist working in nursing homes to promote their professional identity. Moreover, it will allow other readers to continue this thought process to verify if the external professional recognition felt corresponds to the external professional recognition really expressed on the field.

Keywords: Professional identity, occupational therapy, nursing homes, professional identity promotion, external professional recognition.