

Institut de Formation La Musse



**L'identité professionnelle des ergothérapeutes diplômés sous
l'arrêté de 2010 et pratiquant avec le Modèle de l'Occupation
Humaine : des vecteurs dans leur reconnaissance identitaire au
sein d'une équipe pluridisciplinaire**

Mémoire d'initiation à la recherche

DEVRIENDT Suzie
Promotion 2019-2022

COCHÉ Clarisse
Maître de mémoire



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

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

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

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

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

Je soussigné-e . **DEVRIENDT Suzie**

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

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

Fait à Evreux

Le . 12/05/2022

. signature

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

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

Remerciements

Merci à Clarisse Coché de m'avoir accompagnée tout au long de ce mémoire, de m'avoir poussé au maximum de ma performance sur l'activité et de s'être montrée aussi encourageante ainsi que disponible.

Merci à mes formateurs et tuteurs de stage de m'avoir transmis leurs savoirs et d'avoir fait preuve de bienveillance durant ces 3 années.

Merci à Laurence et Hervé Devriendt, pour leurs relectures et leurs soutiens sans faille.

Merci à mes amis et mes camarades de promotion pour leurs soutiens et leurs conseils qui m'ont permis d'aboutir à ce travail.

*« Hâtez-vous lentement, et sans perdre courage,
Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage,
Polissez-le sans cesse, et le repolissez,
Ajoutez quelquefois, et souvent effacez. » (Boileau)*

« Je ne perds jamais, soit je gagne, soit j'apprends. » (Nelson Mandela)

Glossaire :

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OTIPM : Occupational Therapy Intervention Process Model

WFOT : World Federation of Occupational Therapy

ACIS : Assessment of Communication and Interaction Skills

OSA : Occupational Self-Assessment

MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool

VQ : Volitional Questionnaire

OPHI II : Occupational Performance History Interview-II

OQ : Occupational Questionnaire

OCAIRS : Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale

WRI : Worker Role Interview

MDH-PPH : Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap

Table des matières :

Introduction.....	1
Situation d'appel.....	2
Cadre conceptuel	3
I. Les identité(s).....	3
A. L'identité individuelle	3
B. La Socialisation.....	4
a. La socialisation primaire	4
b. La socialisation secondaire.....	4
C. L'identité professionnelle relative à l'identité de métier	5
D. La construction de l'identité professionnelle.....	5
II. Un historique de l'ergothérapie	7
A. Les différents paradigmes en ergothérapie.....	7
B. L'ère du paradigme de l'occupation	8
C. Qu'en est-il de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ?	10
III. Les modèles conceptuels.....	12
A. Le processus d'intervention en ergothérapie	13
a. L'OTIPM : Occupational Therapy Intervention Process Model	13
B. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....	15
a. L'Etre occupationnel	16
b. L'Agir	17
c. Les environnements	17
d. La dynamique du MOH.....	18
e. Les outils du MOH	19
f. Le MOH et l'écriture professionnel.....	20
IV. Problématique et hypothèses.....	22
V. Phase expérimentale.....	23

A.	Méthodologie	23
B.	La population étudiée	24
C.	L'entretien comme outil	24
D.	Critères d'analyse des résultats	25
E.	Résultats	26
a.	Les outils du MOH.....	27
b.	Le MOH pour approche occupation-centrée	28
c.	Le MOH, un vocabulaire spécifique centré sur l'occupation.....	29
d.	Le vécu au travail	30
e.	Les relations au travail	31
f.	Les trajectoires professionnelles et devenir de l'ergothérapie	33
VI.	Discussion	34
A.	Retour sur les hypothèses.....	34
a.	Réponse à l'hypothèse 1	34
b.	Réponse à l'hypothèse 2.....	35
c.	Perspective d'avenir pour l'ergothérapie	36
B.	Biais et limite de l'étude.....	37
	Conclusion	39
	Table des illustrations	41
	BIBLIOGRAPHIE	42
	ANNEXES.....	0

Introduction

En France l'ergothérapie est une profession qui a connu des mutations. Les ergothérapeutes français ont vu leurs identités professionnelles se modifier et s'affirmer au fur et à mesure du temps. « *Le sentiment d'identité, de valeur et d'appartenance des ergothérapeutes semble se constituer de plus en plus et de mieux en mieux dans une écriture et une réflexion collective, partagées* » (Launois, 2021, p.42).

Dans le postulat que l'activité est thérapeutique, l'ergothérapie émerge au XX^{ème} siècle dans un contexte d'entre deux guerres comprenant des enjeux politiques, sociaux et économiques. Depuis sa création, cette profession a traversé trois paradigmes qui ont influencé la façon de pratiquer et de penser des ergothérapeutes.

Le sujet est actuel car il amène de plus en plus de réflexions concernant la pratique occupation centrée des ergothérapeutes. Alors, comment faire valoir la place de ce concept central de la profession auprès d'équipes qui identifient peu l'approche et la pratique ergothérapique ? En quoi les modèles de référence, renforcent t-ils la reconnaissance de l'ergothérapeute dans les relations au travail ?

D'après la recension des écrits, il semblerait que ces modèles conceptuels spécifiques à l'ergothérapie auraient des bénéfices sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes. Dans le but d'éclairer ce postulat, nous nous intéresserons à un modèle en particulier : le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) élaboré par Kielhoffner. Apparemment, ce modèle orienterait le processus d'intervention en ergothérapie vers une approche Top-down et guiderait la pratique. Par ailleurs, il permettrait la reconnaissance des ergothérapeutes au sein de l'équipe pluridisciplinaire, en faisant ressortir la plus-value mais aussi la spécificité de leur intervention.

C'est pourquoi, dans un premier temps nous ferons état des écrits scientifiques, sur les sujets de l'identité et de l'ergothérapie. Dans un second temps, nous présenterons la phase expérimentale en lien avec la question de recherche : en quoi le MOH influence t-il la construction identitaire des ergothérapeutes auprès de l'équipe pluridisciplinaire ? Enfin, nous ferons part des résultats et de la perspective d'avenir pour l'ergothérapie.

Situation d'appel

Le choix de cette thématique m'est venue à la suite d'un cours « *Conduite d'une intervention en ergothérapie* ». Lors de cette intervention, nous avons pu échanger sur la vision, les valeurs et la philosophie de l'ergothérapie. « *Comment définiriez-vous l'ergothérapie ? Selon vous, qu'est-ce que la pratique en ergothérapie ? Comment expliqueriez-vous ce que fait l'ergothérapeute ?* ». Ces questions posées ont amené des réponses variées dans la promotion, elles ont mis en évidence la diversité de la pratique dans le métier mais également la difficulté des étudiants à poser des mots sur la pratique en ergothérapie.

En parallèle au cours de la formation initiale, il a été demandé durant nos études de transposer nos connaissances théoriques à la pratique notamment lors des expériences de stage. Cependant une fois sur le terrain, l'étudiant doit faire face à une réalité des équipes, à des perceptions/visions différentes du monde médical ou médico-social, à des contraintes institutionnelles et à la pratique ergothérapique factuelle. Tous ces éléments parfois, ne corrént pas avec ce qui nous a été enseigné en théorie ou à ce que nous avons pu appréhender en tant que futurs professionnels.

Par ailleurs, au fur et à mesure des années, des apports théoriques et des réflexions avec les camarades de promotion, il a été constaté que nous nous trouvions dans une période charnière de la profession amenant à un changement de paradigme : l'occupation comme moyen et objectif thérapeutique. Cependant, sur le terrain nous avons des difficultés à les retrouver tout comme la vision Top-Down dans l'analyse, l'évaluation du patient/ usager qui nous a été davantage enseigné durant nos cours. En effet, factuellement l'occupation était quasiment absente ou existante mais peu sous une forme significative pour la personne. Je prend par exemple, les d'exercices de types analytiques à visée de rééducation d'une fonction déficitaire, qui ne sont pas directement reliées à un objectif occupation centré et déterminé par le patient lors phase évaluative.

Par conséquent, nous posons cette question de départ : **En quoi le paradigme centré sur l'occupation influence t-il l'identité professionnelle des jeunes diplômés ergothérapeutes ?**

Cadre conceptuel

I. Les identités

Avant d'identifier les éléments pouvant influencer la construction identitaire des jeunes diplômés en ergothérapie. Il est important, de définir ce qu'est l'identité pour enfin définir de manière concise l'identité professionnelle. « *L'identité professionnelle commence avec sa propre identité...* ». (Fray et Picouveau, 2010)

A. L'identité individuelle

L'identité « *est une construction subjective, élaborée au cours d'interactions sociales, professionnelles, culturelles et autres.* » (Mucchielli, 2015, pp.101,114)

Lors d'une expérience qui consistait à sonder les représentations que les personnes avaient de leurs identités, deux éléments sont ressortis : le nom de l'individu car « *l'identité est d'abord un nom de famille, un prénom, une profession et une nationalité* » (Sellam et al., pp.35,42) ou un rôle affectif/familiale « *père de famille* », « *bon citoyen* » car se référer à un contexte social permet aux individus de donner un sens à leur identité (Mucchielli, 2015). Cela démontre que l'identité passe par une estime de Soi mais également d'une considération par l'Autre, « *le sentiment d'appartenance est fondamental dans la définition d'une identité personnelle ou groupale.* » (Mucchielli, 2015, pp.101,104). Dans une pensée similaire, Dubar affirme que l'identité se forge autour de trois dimensions qui interagissent entre elles : le Moi, le Nous, l'Autrui (cité dans Fray et Picouveau, 2010).

Par ailleurs, nombreux sont les auteurs qui affirment que l'identité n'est pas un processus figé, qu'elle change et qu'elle est en perpétuelle évolution. « *L'homme peut donc devenir une infinité de choses mais il est responsable, par ses choix, de son existence.* » (Fray et Picouveau, 2010, pp.72,88)

B. La Socialisation

D'après Dubar, l'identité est le résultat d'un processus de socialisation. La socialisation, met en évidence la relation entre « *les processus sociaux* » et « *les parcours individuels* » qui engagent la construction des individus dans leur propre identité (cité dans Sellam et al., 2011). Selon Lipiansky, « *l'identité oscille entre la similitude et la différence, entre ce qui fait de nous une individualité singulière et qui dans le même temps nous rend semblable aux autres* » (1998, p.22). Pour Riutort, « *la socialisation procède donc d'un apprentissage : l'individu, de par les multiples interactions qui le relie aux autres, apprend progressivement à adopter un comportement conforme aux attentes d'autrui.* » (2013, pp.63,74). Quant à Vinsonneau, il la désigne comme étant un processus se faisant en plusieurs étapes dans lequel l'individu intègre des normes, des codes de conduite et des valeurs. (2004, p.366). Deux formes de socialisation sont identifiées : la socialisation primaire et la socialisation secondaire.

a. La socialisation primaire

La socialisation « *primaire* » a lieu de la naissance jusqu'à l'enfance (Dubar cité dans Riutort, 2013). Dans son postulat, Zolesio met en évidence les instances primaires de cette socialisation : les parents, les groupes de pairs et l'école (2018). Ils permettront à l'individu d'apprendre à se comporter en société et d'avoir accès à l'éducation, ce qui « *structurera durablement les manières de penser et d'agir* » de celui-ci (Riutort, 2013, pp.63,74). Par conséquent, la socialisation primaire va impacter de manière durable la construction de la personnalité du jeune et de son identité d'adulte en devenir.

b. La socialisation secondaire

La socialisation « *secondaire* » vient dans la continuité, elle poursuit l'apprentissage de l'individu à l'âge adulte et cela durant toute l'existence de celui-ci. Elle consiste à poursuivre son intégration en société via des domaines plus spécifiques, qui lui donneront accès à de « *nouveaux rôles* » (Bolliet et Schmitt, 2008). Dans ces *nouveaux rôles* choisies, la profession prend une place majeure (Fray et Picouleau, 2010). D'ailleurs, « *si l'homme donne une telle importance au travail dans la définition*

de son Moi c'est parce que le travail lui procure une reconnaissance. » (Fray et Picouveau, 2010, pp.72,88)

C. L'identité professionnelle relative à l'identité de métier

« L'identité professionnelle est donc avant tout une composante de l'identité globale de la personne, et elle se développerait sur la base de l'identité personnelle ». (Fray et Picouveau, 2010). En outre, l'identité professionnelle est le résultat de trois facteurs principaux : *« le vécu du travail »* qui désigne les conditions de travail mais aussi le sens que l'individu accorde à sa profession ; *« les relations de travail »* soit le ressenti personnel des liens qu'a tissé l'individu au sein de l'équipe et son identification à celle-ci ; enfin *« les trajectoires professionnelles et la perception de l'avenir »* qui désignent les diverses modifications de la pratique professionnelle (Gohier, cité dans Fray et Picouveau, 2010). De plus, cette construction identitaire est également marquée par l'affirmation des connaissances et l'image qu'a l'individu dans sa profession (Dubar cité dans Fray et Picouveau, 2010). Finalement, en chaque individu existe des caractéristiques relationnelles spécifiques qui leur sont propres et celles-ci induisent leurs agir et prise de décisions. (Perrenoud et Sainsaulieu, 2018)

A la notion d'identité professionnelle est liée la notion *« d'identité de métier »* (Fray et Picouveau, 2010, pp.72,88). Selon Zarca, elle est définie comme étant *« l'adhésion à l'ensemble des façons d'être, de penser, de dire et de faire (Verdier, 1979) relatives à une activité particulière et transmises de manière largement informelle au sein du groupe professionnel. »* (cité dans Perrenoud et Sainsaulieu, 2018). Dans un registre similaire, les professions sont *« des identités à construire, des statuts à défendre, des territoires à protéger, des clientèles à rassurer... »* (Paradeise, 2004, p.189)

D. La construction de l'identité professionnelle

Le métier est choisi en fonction de plusieurs paramètres : ce sont les expériences vécues, les habiletés et l'attrance de l'individu pour un domaine spécifique qui l'orientent vers la profession désirée. D'ailleurs lors d'une étude, des résultats ont démontrés que *« 54% des actifs jugent que le travail est l'un des éléments qui permet de les définir le*

mieux » (Garnier et al., cité dans Fray et Picouveau, 2010). Ainsi, Osty et les auteurs du livre *Pourquoi j'irais travailler*, élaborent qu'auparavant le travail avait un but lucratif pour l'Homme, qu'aujourd'hui il permet à celui-ci une reconnaissance sociétale, des autres et de soi (cité dans Fray et Picouveau, 2010). En effet, l'individu apporte une contribution à la société en travaillant et celle-ci valorise cet acte. « *Une reconnaissance de soi par l'autre* » permet d'être compris par ses confrères et une équipe de travail. Enfin, « *une reconnaissance de soi par soi-même* » est l'aboutissement d'une autonomie et d'un savoir. (Fray et Picouveau, 2010, pp.72,88).

Chez Albert et Alii, l'identité professionnelle se construit autour de 3 axes : « *l'identité par le métier, l'identité par l'appartenance à un groupe, et l'identité par l'appartenance à une entreprise.* » (cité dans Fray et Picouveau, 2010).

Dans une autre réflexion sur le sujet, des auteurs comme Bourdoncle, Tardif et Lessard (2000) évoquent la professionnalisation ou la « *socialisation professionnelle* » (Dubar) comme processus de construction. Son fonctionnement est dynamique car premièrement, il permet à l'individu de se développer professionnellement en améliorant ses savoirs et ses habiletés face à une situation donnée (Bourdoncle). Deuxièmement, la formation habilite les individus à exercer leur activité professionnelle (Bourdoncle et al., cité dans Wittorski, 2008), via des apports théoriques et expériences de terrain.

Finalement, l'individu intègre plusieurs identités : une identité personnelle, une identité professionnelle et une identité de métier. Ces identités sont le produit d'un phénomène complexe : la socialisation. Elle se décline en plusieurs étapes et modifie les identités de l'individu durant toute son existence. Concernant l'identité personnelle, elle a une place primordiale chez l'individu, elle est la fondation de son identité professionnelle. Ainsi, les identités varient selon chaque personne et ne sont pas fixes « *l'identité est à la fois stable et provisoire.* » (Dubar, cité dans Fray et Picouveau, 2010).

Par ailleurs, la complexité de la construction identitaire est également évoquée par certains auteurs sous le phénomène de « *crise identitaire* » car l'Homme se modernise, s'affirme et évolue. Ce phénomène récurrent désigne une perturbation de ce qui caractérise et représente symboliquement l'individu, elle peut impacter soit l'identité individuelle, soit l'identité collective ou les deux. (Sellam et al., 2011)

II. Un historique de l'ergothérapie

Avant de comprendre ce qu'est l'ergothérapie actuelle, il est intéressant d'aborder son évolution et ses changements de pratiques en fonction des périodes. Cela permettra de comprendre davantage la pratique et d'identifier « *les idées centrales qui ont permis de définir le métier.* » (Morel-Bracq et al., 2021 p.8).

A. Les différents paradigmes en ergothérapie

Historiquement, l'ergothérapie s'est modelée à travers trois paradigmes. Un paradigme désigne « *une façon de penser l'ergothérapie et sa pratique pendant une période donnée* » (Morel-Bracq et al., 2021 p.8). Ainsi, le changement de paradigme est défini comme une « *conception théorique dominante ayant cours à une certaine époque dans une communauté scientifique donnée, qui fonde les types d'explication envisageables, et les types de faits à découvrir dans une science donnée.* » (CNRTL).

Dans leur article, Morel-Bracq et al. (2021) retracent et recontextualisent les dates clefs de l'évolution de l'ergothérapie à travers les différents paradigmes :

De 1950 à 1980 : Après la 2nd guerre mondiale, l'ergothérapie devient une nécessité. Les blessés sont nombreux et la France manque de main-d'œuvre. Les ergothérapeutes accompagnent alors, les patients dans une réinsertion sociale et professionnelle en utilisant les activités manuelles de divers métiers artisanaux.

De 1980 à 2000 : Le domaine médical subit des progrès techniques médicamenteux et la qualité de vie de la population est en hausse. Les ergothérapeutes déploient leurs compétences dans de nouveaux domaines en pratiquant hors des institutions. Par conséquent, ils interviennent davantage dans l'environnement de la personne.

Dans un registre plus théorique de la profession, c'est l'émergence des premiers écrits conceptuels en ergothérapie par Pibarot. (p.9)

De 2000 à 2020 : La pratique en ergothérapie s'affine, les activités manuelles artisanales laissent place à l'occupation. L'environnement, la personnes et les occupations sont au cœur de la pratique. De plus, les formations et les écrits sur la profession tendent à se développer. En juillet 2010, un arrêté relatif à l'obtention du

diplôme d'état stipule le remaniement de la formation initiale afin d'intégrer au programme les sciences de l'occupation.

B. L'ère du paradigme de l'occupation

L'Homme est un Être occupationnel : c'est par l'expérience de ses occupations qu'il développe et maintient ses compétences. La personne tend vers un « *équilibre occupationnel* » défini comme étant « *l'expérience subjective de l'individu d'avoir la bonne quantité d'occupations et la bonne variation entre celles-ci dans son profil occupationnel.* » (Wagman et al., cité dans Mignet, 2019, p.51). Peu importe l'occupation, l'individu qui la réalise se trouve forcément dans un environnement. L'agir dépendra de la personne, car chacun a une identité occupationnelle et des compétences différentes. L'environnement physique et social quant à lui va impacter l'agir en facilitant/ limitant les actes de la personne par le biais de ressources et/ou contraintes. (Mignet, 2019, p.50)

« *Les ergothérapeutes francophones en France, en Suisse, comme en Belgique peinent toujours à employer le terme occupation, surtout dans l'exercice professionnel* ». Effectivement, des difficultés demeurent quant à la compréhension et l'utilisation de ce terme pourtant au cœur de la profession. (Mignet citée dans Caire et al., 2019).

Dans le vocabulaire professionnel, le terme « *occupation* » est souvent remplacé par le terme « *activité* » mais selon la conférence ENOTHE de 2016, il s'agit d'une confusion « *car un même terme recouvre deux concepts différents dans un même univers de sens.* » (2016, p.1). De plus, les fondements de la pratique apportent l'occupation comme objectif thérapeutique mais ce terme a des difficultés à être intégré par la société française car il le réfère à des activités de détente. Cela « *rend le concept central de notre profession peu crédible.* » (Mignet, 2019, p.51)

Le code taxonomique de Polatajko et al., élaborent que l'utilisation de ce terme a longtemps posé problème au Canada parce qu'il était absent dans les écrits et souvent substitué par le terme « *activité* ». Dans leur postulat, l'activité est une composante de l'occupation, donc elle ne peut être considérée comme un synonyme du terme. De plus, intégrer le terme d'occupation dans le vocabulaire professionnelle des ergothérapeutes est nécessaire, « *l'occupation est un terme qui est utilisé depuis*

les origines de l'ergothérapie [...] nous pouvons nous identifier et préciser ce que nous faisons, tout en transmettant cette information à nos clients, à nos collègues et à la population » (2004, p.265). Ainsi, des auteurs français intègrent ce terme d'origine anglo-saxon signifiant « une hiérarchie allant des activités, des tâches aux occupations [...] l'individu s'engage afin de répondre à ses besoins de soins personnels, d'expression et de réalisation de soi. » (Morel-Bracq, 2017, p.57)

Nous considérerons alors, deux termes qui ne doivent pas être pris comme des synonymes:

- L'occupation désigne, « *un groupe d'activités qui a une signification personnelle et socioculturelle, qui est nommé au sein d'une culture et qui soutient la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en trois catégories : soins personnels, productivité/ travail et loisirs. »*
- L'activité désigne, « *une série structurée d'actions ou de tâches qui contribuent à des occupations. » (ENOTHE, 2016, p.6)*

C'est dans cette vision de la personne et de l'occupation qu'émerge de nouveaux concepts pour les ergothérapeutes. En effet, les Troisième Assises Nationales de l'ergothérapie abordait en 2015 l'activité humaine et son utilité pour la santé, aujourd'hui la 4^{ème} édition met lumière « *La participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive. » (Mignet, 2019, p.52). Certains parlent de « changement de paradigme qui positionne aujourd'hui, l'occupation comme intérêt central de l'ergothérapeute » (Robert, 2021, p.28) ou utilise le terme de « mutation » de l'ergothérapie (Mignet, 2019). Suite à ce changement de réflexion et de pratique, l'ergothérapie a pu être redéfinie en 2010 : les ergothérapeutes français placent au centre « *l'occupation comme objectif de l'intervention et non plus seulement comme moyen thérapeutique. » (Caire et al., 2019). De même, si on se réfère à la définition de la World Federation of Occupational Therapist (WFOT) elle désigne l'ergothérapie comme étant « une profession de la santé centrée sur le client et soucieuse de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. Le but premier de l'ergothérapie est de permettre aux gens de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes atteignent ce résultat en travaillant avec les gens et les communautés pour améliorer leur capacité à s'engager dans les occupations qu'ils veulent, doivent ou**

sont censés faire, ou en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux soutenir leur engagement occupationnel. » (2012)

C. Qu'en est-il de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ?

Après cet historique de l'ergothérapie et l'explication du paradigme de l'occupation, il est intéressant de se questionner sur comment les ergothérapeutes se définissent et se perçoivent dans ce nouveau paradigme. Par ailleurs, comment les autres professionnels perçoivent la pratique des ergothérapeutes.

Aujourd'hui concernant l'ergothérapie, « *la diversité des concepts sur lesquels elles s'appuient nous semblent constituer un frein à l'affirmation d'une identité professionnelle forte* ». De plus, l'étendue des domaines dans lesquels l'ergothérapeute peut exercer entraîne une multitude de pratiques, ce qui n'aide pas au développement de cette identité (Bodin et al., 2021 p.9). Il y a donc un « *fouillis entourant l'identité professionnelle de l'ergothérapeute* » au sein des valeurs, des concepts et des modèles. Cette conséquence provient d'une diversité de la pratique qui n'est pas toujours comprise par les institutions (Laurent, 2021, p.60). Dans de nombreux articles, notamment dans *La revue française de l'ergothérapie* (2021), il est affirmé par des études, qu'il est encore difficile de définir l'identité des ergothérapeutes, ainsi des problématiques sont élaborées autour de ce sujet. Les auteurs mettent en évidence la « *préoccupation relatives à l'identité professionnelle des ergothérapeutes* » (Drolet et al., 2021, p.18) et la présence de « *conflit de rôles et faible identité* ». (Robert, 2021, p.28).

De plus, lors d'une étude qualitative, l'identité des ergothérapeutes a été questionnée, les résultats ont démontré que les ergothérapeutes confirment avoir une identité peu claire et affirmée (Laurent, 2021). Cela entraîne parfois des « *tensions interprofessionnelles* » (Laurent, 2021) lorsque l'équipe éprouve des difficultés à identifier le rôle et les missions de l'ergothérapeute. Ces conflits apparaissent également sur « *la vision occupationnelle* » de la profession qui vient, par sa philosophie, contrarier la vision biomédicale (Drolet et al., 2021, p.23). En effet, d'après la conférence ENOTHE les structures de soins sont encore dominées par le modèle biomédical. (2016)

Concernant l'identité des ergothérapeutes novices, « *la plus grande transition qu'un professionnel effectue lors de sa carrière est la première : celle du jeune diplômé qui entre dans le monde du travail* » (Beauchamp et Thomas cités dans Robert, 2021, p.28). C'est pourquoi leur construction identitaire est abordée dans ce paradigme de l'occupation. Selon Robert, des divergences existent entre les attentes de ces jeunes diplômés et leur pratique réelle (Robert, 2021). Ajouté à cela, Poriel affirme que nous nous situons dans un « *virage* » de la pratique. Elle met en évidence l'importance de la formation initiale, qui contribue à transmettre les connaissances sur les sciences de l'occupation en développant l'intégration de ses concepts dans la pratique des futures ergothérapeutes. « *Former les futurs ergothérapeutes à l'ergothérapie contemporaine nécessite donc d'habiliter les étudiants à l'occupation* » (Townsend et Polatajko, cités dans Poriel, 2018, p.124). Par conséquent, Morel-Bracq élabore par exemple que l'OTIPM est un modèle conceptuel ayant le potentiel d'aider les étudiants et ergothérapeutes novices à comprendre davantage le processus d'intervention en ergothérapie (2017). D'ailleurs, dans le programme de formation l'U.E 3.5 « *Diagnostic et processus d'intervention en ergothérapie* » lui est consacré. (Ministère de la santé et des sports, Arrêté de 2010, art.12)

De plus, la formation est un précurseur dans le processus de professionnalisation pour la construction identitaire (Dubar, 1998) de l'ergothérapeute. Dubar dit qu'elle permet à l'individu d'obtenir un diplôme qui lui permettra de confirmer sa profession auprès d'autres groupes en faisant valoir ses connaissances (1998). Ainsi, l'arrêté du 5 juillet 2010 a modifié le référentiel de formation en y intégrant davantage l'occupation. Il encourage l'étudiant, soit le futur ergothérapeute à utiliser et à appliquer les modèles spécifiques à l'ergothérapie dans le processus d'intervention (Laurent, 2021, p.58). Finalement, « *les ergothérapeutes diplômés sous cette réforme sont donc formés et sensibilisés au paradigme occupationnel.* » (Da Costa, 2021, p.31). Pour Robert, « *les nouveaux diplômés sont porteurs de ces changements* » (2019, p.28), ils façonneront l'intervention en ergothérapie à l'avenir en y intégrant les concepts dominants du troisième paradigme.

Effectivement, « *le paradigme actuel a vu l'affirmation de concepts définis par les ergothérapeutes, ayant le potentiel de soutenir une identité professionnelle forte : l'activité/ occupation comme but et moyen de l'ergothérapie* » (Bodin et al., 2021, p.11). Néanmoins qu'est ce qu'un modèle conceptuel et comment l'intègre-t-on à la pratique ?

III. Les modèles conceptuels

Il peut y avoir plusieurs significations au terme « *concept* », il est défini comme étant soit une « *faculté, manière de se représenter une chose concrète ou abstraite* », soit une « *représentation mentale abstraite et générale, objective, stable, munie d'un support verbal.* » (CNRTL).

Un modèle est un « *système physique, mathématique ou logique représentant les structures essentielles d'une réalité et capable à son niveau d'en expliquer ou d'en reproduire dynamiquement le fonctionnement* » (CNRTL). Morel-Bracq l'élabore comme « *cadre de référence* » considérant qu'il n'est qu'un versant de la partie théorique, permettant la mise en œuvre de la pratique (2017, p.2). De plus, Kortman souligne qu'il existe trois types de modèles : « *les modèles généraux* », « *les modèles appliqués* » et « *les modèles de pratique* » en lien étroit avec les modèles appliqués. Parmi ces modèles, deux catégories peuvent être distinguées : les modèles interprofessionnels et les modèles spécifiques à l'ergothérapie (cité dans Morel-Bracq, 2017, p.3).

Pour l'étude, les modèles spécifiques à l'ergothérapie seront davantage décrit car dans l'intérêt de l'ergothérapeute et en prenant en compte les composantes de l'identité professionnelle, « *la nécessité d'expliquer ce que nous faisons en ergothérapie et d'argumenter son utilité et son originalité est facilitée par l'utilisation d'un modèle élaboré spécifiquement pour l'ergothérapie.* » (Morel-Bracq, cité dans Laurent, 2021, p.58)

Avant toute chose, un modèle conceptuel en ergothérapie est défini comme étant une « *représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* » (Morel-Bracq, 2017, p.2). D'après Mosey, il est une « *définition théorique d'une profession, plus concrète que sa philosophie [...] qui permet de guider la pratique et la mise en œuvre d'intervention* ». (cité par Laurent, 2021, p.58)

Par conséquent, l'utilisation de ces modèles conceptuels semblent impacter la manière de transmettre les informations aux autres professionnels. Ils permettent de munir les ergothérapeutes d'un support verbal spécifique à l'ergothérapie. (Laurent, 2021). Selon Watson et Brousseau, ils facilitent l'analyse du patient et la rédaction des bilans, « *cela permet de dresser un portrait holistique du client, d'avoir une terminologie*

propre à la profession, d'ajouter de la structure et de la clarté au rapport, enfin il diminue le temps consacré à la rédaction chez les ergothérapeutes novices et les étudiants. » (Jacob, 2016, p.12)

A. Le processus d'intervention en ergothérapie

Le processus d'intervention est défini comme « *un instrument qui aide un soignant à cerner un patient particulier.* » (Meyer, 1990, p16). Le processus d'intervention se fait en plusieurs étapes, il est la réflexion que le soignant doit avoir lorsqu'il évalue et analyse le patient afin de pouvoir par la suite, soulever les problématiques ou besoin de celui-ci. L'ergothérapeute pourra aussi structurer ses connaissances et sa pratique selon 4 phases : « *l'évaluation formative* », elle consiste à recueillir et analyser les données fournies par le patient ; « *l'élaboration du plan de traitement* », il se réfère à la formulation des objectifs et des moyens thérapeutiques utilisés pour les atteindre ; « *l'exécution du traitement* », il est la mise en pratique des moyens thérapeutiques définis dans la phase précédente ; enfin « *l'évaluation sommative* », elle consiste à qualifier l'impact de l'intervention et à analyser l'évolution du patient. (Meyer, 1990, p18)

Pour mettre en œuvre le processus, l'ergothérapeute choisit un type d'approche. L'approche « *Bottom-up* », qui évaluera principalement les déficits qu'engendre la pathologie ou l'approche « *Top-down* » qui évaluera principalement les occupations du patient (De Haerne, 2016, p.20). C'est le choix d'utiliser une des deux approche ou de les combiner « *Top to Bottom-up* » (De Haerne, 2016 p.20), qui induiront l'utilisation d'outils d'évaluations : des outils de type analytique ou des outils de type occupation centrée. Ainsi, c'est l'adoption d'une des approches par le soignant qui permettra une démarche de qualité. (Brown & Chi-Wen, 2010).

a. L'OTIPM : Occupational Therapy Intervention Process Model

L'OTIPM est un modèle conceptuel développé par Fisher (2009) qui oriente les ergothérapeutes sur une approche Top-Down. Ce processus d'intervention en ergothérapie est un modèle validé et reconnu sur le plan international. Pour Fisher, il intègre « *la vraie approche Top-Down* » c'est-à-dire une approche occupation –

centrée qui pourrait être un bon support dans l'unification des pratiques en ergothérapie. (2009)

L'OTIPM est schématisé en trois phases (Annexe 1) :

Phase 1 : « *L'évaluation et l'établissement des objectifs* » (De Haerne, 2016, p.19), qui consiste à comprendre le fonctionnement du patient, elle permet d'avoir une analyse de la personne multidimensionnelle autour de son histoire de vie et de ses occupations. Par la suite, l'ergothérapeute détermine les freins dans les environnements et/ ou dans la vie quotidienne de l'individu. L'établissement des objectifs vient après l'identification des besoins prioritaires (Baillargeon Desjardins, 2017).

Phase 2 : « *Le plan d'intervention* » (De Haerne, 2016, p.19) est expliqué selon quatre modèles de pratique : « *compensation* », « *acquisition* », « *restauration* » et « *éducation* » (Baillargeon Desjardins, 2017, p.26). Ces modèles seront choisis par l'ergothérapeute en fonction des objectifs déterminés dans la phase évaluative (phase 1).

Phase 3 : La « *réévaluation* », elle permet d'apprécier l'impact des interventions et de réévaluer la performance du patient relative à sa satisfaction et à la mobilisation de ses habiletés (De Haerne, 2016, p.19). Cette étape permettra également de vérifier l'atteinte ou non des objectifs thérapeutiques fixés.

Par conséquent, si l'ergothérapeute s'appuie sur le modèle de l'OTIPM alors il pourra dès le départ du processus d'intervention, structurer et appréhender ses actions. Il s'axera sur *une vraie approche Top-down*, centrée sur les occupations et la personne. (Fisher, 2009)

D'ailleurs, afin de conserver cette *vraie approche Top-Down* tout au long du processus d'intervention, l'ergothérapeute peut décider d'y intégrer le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) dans la phase d'évaluation mais également dans l'analyse de la personne afin de fixer les objectifs thérapeutiques. « *Un modèle peut être intégré à l'exercice professionnelle via la réflexion, l'évaluation et les écrits professionnels* » (Laurent, 2021, p.58).

B. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Le Modèle de l'Occupation Humaine a été élaboré par Kielhofner (1980), il est « *l'un des modèles de références les plus cités par les ergothérapeutes* » (Manidi cité dans Mignet, 2016). Par ailleurs, c'est grâce à la réflexion apportée par ce modèle conceptuel que Fisher a élaboré l'OTIPM (Morel-Bracq, 2017).

L'occupation humaine est définie par Kielhofner comme « *une large gamme d'activités réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel* ». Selon lui, elle est dynamique et est influencée par des paramètres environnementaux. (Kielhofner, cité dans Mignet, 2016). Le modèle consiste à diriger la pratique vers « *une vision détaillée et intégrative de la personne au moyen de l'occupation* » (Bélanger et al., 2006 p.8). Son application est facilitatrice à la mise en œuvre de la pratique et permet « *d'établir un plan d'intervention plus facilement, de rehausser l'identité professionnelle et d'augmenter la confiance des ergothérapeutes dans leur travail auprès des clients.* » (Jacob, 2016, p.13). En conséquence, l'appliquer dans sa pratique constitue un apport pour l'ergothérapeute dans l'analyse et l'évaluation de la personne ; pour le patient, elle l'aide sur la perception qu'il a de lui-même à un moment donné (Bélanger et al., 2006). Finalement, le Modèle de l'Occupation Humaine, « *synthétise et analyse, dans un ensemble cohérent, la variété des comportements occupationnels humains. Il permet d'accroître la compréhension du fonctionnement occupationnel en intégrant l'expérience subjective et objective de la personne. Enfin, il fait constamment le lien entre les concepts théoriques et la pratique clinique.* » (Forsyth et Kielhofner, cité dans Bélanger et al., 2006, p.8).

Ainsi, ce modèle de référence se concentre sur l'Être occupationnel (la personne), en prenant en considération ses différentes composantes qui seront abordées par la suite. De plus, il aide le patient à prendre conscience de ses difficultés dans les activités quotidiennes en explorant ce qui le pousse à agir dans ses environnements, afin de modifier ses compétences pour atteindre une qualité de vie satisfaisante et performante.

a. L'Être occupationnel

Trois composantes sont distinguées chez la personne :

La volition : c'est ce qui influence l'individu à prendre des décisions sur le devenir de ses occupations (Bélanger et al., 2006). Ce terme intègre, « *les valeurs : ce que la personne considère comme important et significatif pour elle* » sur le plan social et personnel ; « *les centres d'intérêts : ce que la personne trouve agréable et satisfaisant à réaliser, ce qui rend une activité plus attirante qu'une autre* » ; Enfin, « *la causalité personnelle : ce que la personne pense et connaît au sujet de son efficacité et de ses capacités à réaliser une activité (sentiment d'efficacité et de capacité personnelles).* » (Mignet, 2016)

L'habituation : désigne « *l'organisation des actions* ». Elle permet à l'individu d'adopter un comportement approprié dans l'action et de créer une routine, pour que celui-ci puisse se consacrer à d'autres occupations. (Bélanger et al., 2006, p.8). Effectivement, ce sont les habitudes de vie et les rôles soit « *un statut social et/ou personnel, d'un ensemble d'attitudes, de comportements en lien avec ce statut* » (Mignet, 2016), qui vont générer le devoir chez la personne de faire telle chose dans un temps donné.

Pour finir, **la capacité de performance** : c'est ce que la personne va mobiliser pour arriver à la finalité de son activité. Elle comprend, la capacité de rendement objective, c'est-à-dire les fonctions du corps incluant les systèmes comme le système nerveux ou le système musculosquelettique et « *l'expérience subjective* » du corps, qui désigne comment la personne se perçoit dans celui-ci. (Mignet, 2016)

La description de ces trois composantes sont des parties intégrantes de l'Être occupationnel, elles permettent d'avoir une analyse concise et détaillée de la personne. Selon Kielhofner, « *ces éléments forment un tout cohérent et unifié* ». (cité par Bélanger et al. 2006 p.8). Cependant, d'autres éléments sont à considérer afin d'établir le profil occupationnel de la personne selon le MOH : l'agir et les environnements.

b. L'Agir

Plusieurs niveaux sont définis et mesurables dans l'agir de l'Être occupationnel :

La participation occupationnelle, elle désigne l'engagement soit l'implication de la personne dans ses occupations (loisir, travail et soin personnel), qui doivent contribuer au bien-être et aux besoins de l'individu.

La performance occupationnelle, il s'agit « *des séquences d'actions orientées vers un but, caractérisées par des normes précises, culturellement reconnaissables* » (Bélanger et al., p.11). Elle permet à l'individu d'aboutir à une finalité de l'activité et d'obtenir un résultat.

Les habiletés, sont des actions directement observables de la personne, lorsqu'elle accomplit ses séquences d'actions. (Fisher, cité dans Bélanger et al., 2016, p.11). Elles sont différenciées en 3 catégories : communication/interaction, motrices et opératoires.

C'est en prenant en compte ces éléments de l'agir que l'individu développera des compétences et une identité occupationnelle tout en s'adaptant au contexte.

c. Les environnements

L'environnement, est un « *angle de possibilités, de ressources, de demandes et de contraintes* » pour la personne (Kielhofner cité dans Bélanger et al., 2006 p.8). Il fait partie d'une des clefs de la compréhension à l'occupation humaine, ainsi il est composé de : **l'environnement physique**, soit les « *objets et espaces physiques* », de **l'environnement social** soit « *humain et socioculturel* » (cité dans Mignet, 2016). Enfin, de **l'environnement occupationnel** qui est en lien avec la volition et les habitudes de vie. En parallèle, ces différents environnements englobent trois contextes selon le site Université Laval :

- *Le contexte immédiat*, milieu dans lequel la personne effectuera directement les occupations. Exemples : la maison, le lieu de travail.
- *Le contexte local* : si on reprend les deux exemples précédents, celui-ci sera donc le voisinage ou le réseau d'autres professionnels.

- *Le contexte globale* : lui, désigne les éléments environnementaux plus éloignés de la personne mais peuvent impacter ses occupations. Exemples : la crise économique d'un pays ou les décisions politiques.

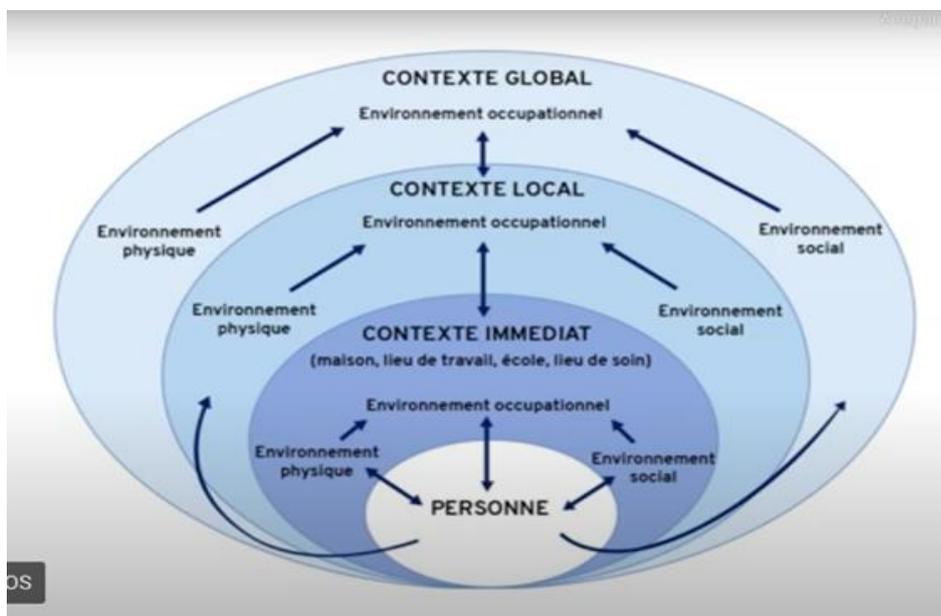


Figure 1 : Schéma de l'environnement selon Université de Laval.

d. La dynamique du MOH

Pour expliquer le fonctionnement du modèle, Kielhofner élabore dans son postulat la notion de système : Être occupationnel – Agir – Environnement. Ce système est le fruit d'une dynamique basée sur deux principes : le premier est que les composantes de l'Être occupationnel (volition, habitude et capacité de rendement), de l'Agir (participation occupationnelle, performance occupationnelle et habiletés) et des environnements (social et physique) s'influencent perpétuellement. Par conséquent, « toute modification à l'une des structures de ce modèle aura une incidence sur les autres ». Le deuxième principe, est que l'individu développe sa propre perception à partir de ses actes, « c'est en pratiquant une activité que l'on développe, que l'on maintient la capacité à la réaliser ». (cité dans Bélanger et al., 2006 p.10). Pour Marrière et Lachenal-Mokhtari (2020), ce sont les différentes expériences faites par l'individu qui créeront l'identité et les compétences occupationnelles. Cela influencera à l'avenir l'adaptation aux occupations.

Donc pour l'ergothérapeute, il est fondamental d'avoir un aperçut du fonctionnement de la personne, pour pouvoir respecter qui elle est, ce qu'elle fait et comment elle le fait. En effet, c'est son identité et ses compétences qui favoriseront son adaptation dans ses occupations à travers les environnements donnés.

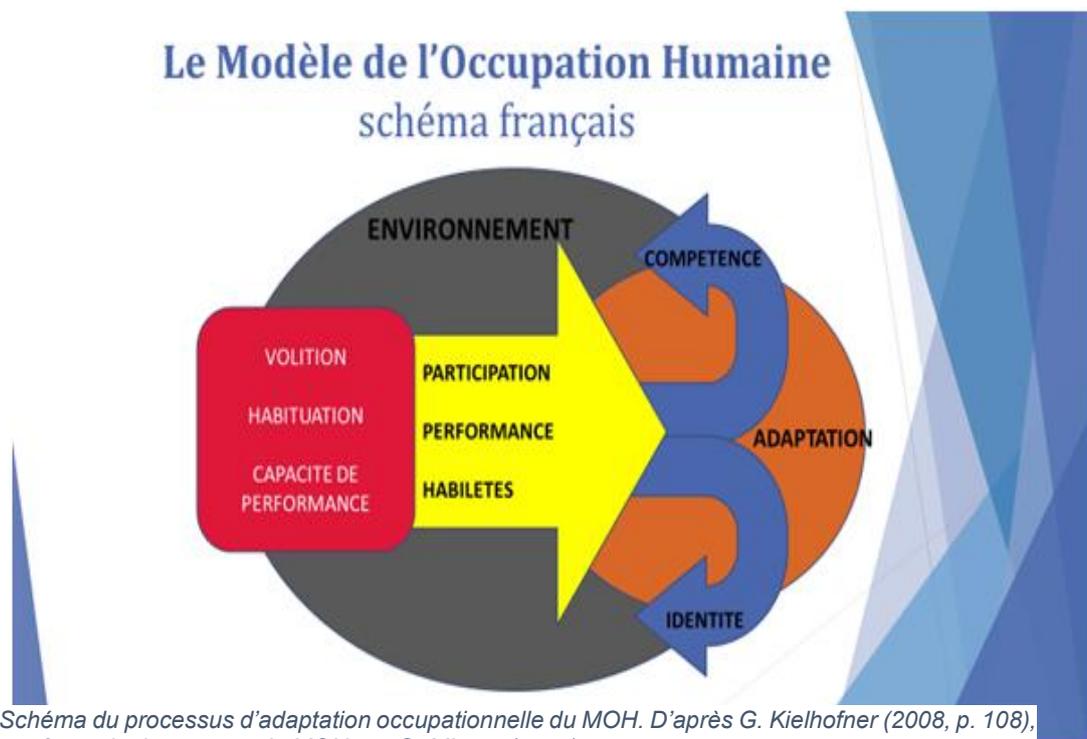


Figure 2 : Schéma du processus d'adaptation occupationnelle du MOH. D'après G. Kielhofner (2008, p. 108), traduction en français des termes du MOH par G. Mignet (2017).

e. Les outils du MOH

Pour avoir un aperçut du fonctionnement de la personne, l'ergothérapeute est amené à recueillir les plaintes et besoins occupationnelles de celle-ci (Fisher, 2019). Pour collecter des données précises sur le patient, l'ergothérapeute peut observer la personne dans un milieu, la questionner sur son contexte de vie et lui donner la possibilité d'auto-évaluer ses compétences. (Bélanger, 2006 ; Kielhofner, 2002 ; Taylor, 2017)

Pour cela, le MOH propose une vingtaine d'outils d'évaluations (Morel-Bracq, 2017 et Marrière et Lachenal-Mokhtari, 2020) permettant de sonder les différentes composantes de l'Être, de l'agir et des l'environnements. Il s'agit du modèle proposant le plus d'outils d'évaluations exploitables sur le terrain (2020). D'ailleurs, en 2017 Taylor propose une schématisation de ses outils en les classifiant dans deux grandes catégories (cité dans Université Laval) (Annexe 2 : Sélection des outils d'évaluation MOH) :

- *Les instruments de mesure*, qui dans leurs utilisations balayent toutes les composantes du MOH évoquées précédemment. Par exemple, l'OCAIRS, l'OSA, le MOHOST.
- *Les instruments de mesure*, qui dans leurs utilisations sont spécifiques à certaine situation. Pour cette catégorie, il y a différentes formes d'instruments : des listes à cocher comme la liste des rôles ou liste des intérêts ; des grilles d'observations comme le VQ, le AMPS ; des instruments ciblant des secteurs spécifiques comme le travail (WRI), le domicile (REIS) ou le statut d'étudiant (SSI).

Par conséquent, les instruments du Modèle de l'Occupation Humaine s'intègrent dans la phase d'évaluation et d'analyse de la personne. La diversité des outils que propose le modèle permet à l'ergothérapeute d'évaluer des problématiques et/ou un secteur spécifique identifié, grâce à l'individu. Par la suite, ces instruments aident l'ergothérapeute à établir un profil occupationnel de la personne en s'informant sur les facteurs qui l'influencent et qui la composent. De plus, ils seront des éléments dans l'argumentation écrite de la spécificité de l'ergothérapie lors des transmissions au sein de l'équipe.

f. Le MOH et l'écriture professionnel

Comme relaté précédemment, ce modèle conceptuel s'accompagne d'outils d'évaluations mais également d'un vocabulaire qui lui est propre. Il mène à la construction du raisonnement clinique de l'ergothérapeute. Cramm et White parlent « *d'application de connaissance en ergothérapie* ». Ainsi, l'écriture professionnelle est l'un des fruits du raisonnement clinique de l'ergothérapeute, lui permettant d'explicitier son analyse de la personne à l'équipe en faisant des liens entre l'Être – l'Agir – l'Environnement.

Dans son postulat, Jacob décrit qu'au Canada les écrits en ergothérapie doivent être structurés, concis, complets et de qualité. D'ailleurs, elle ajoute que les étudiants ont pour obligation de s'appuyer sur un modèle de référence. Cependant, l'auteur met en évidence la nécessité « *d'éviter le jargon professionnel* » afin que les comptes-rendus en ergothérapie soient considérés comme des supports de communication efficace dans la transmission de l'analyse du profil patient. En outre, dans son postulat, elle

affirme que les jeunes diplômés en ergothérapie éprouvent des difficultés à présenter des comptes-rendus d'évaluation à leur équipe. Ainsi, « *même si le jargon professionnel reflète la compétence et la profession d'ergothérapie, il faut l'utiliser à bon escient dans les rapports afin que ces derniers servent d'outil de communication efficace entre le lecteur et le thérapeute* ». Il en ressort alors, l'une des tâches les plus compliquées concernant la tenue du dossier patient : la structure des informations relatives à un modèle théorique conciliant l'appropriation du vocabulaire formel. (2016, pp.16,26)

Pour certains auteurs, bien que les jeunes diplômés en ergothérapie soient formés à l'occupation, le manque de vocabulaire en lien avec ce concept serait un frein dans l'expression d'une identité professionnelle spécifique, notamment dans la relation d'échanges interprofessionnels. (Meyer, 2020)

En France, l'écriture professionnelle comprend le diagnostic en ergothérapie, il est qualifié comme atout dans l'explicitation du raisonnement clinique. Effectivement, c'est en même temps « *un processus et un produit [...] qui définit les problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel de la personne/du groupe de personnes qui justifient l'intervention de l'ergothérapeute* ». Ainsi, lors d'une étude portant sur l'intérêt du diagnostic en ergothérapie, il a été démontré qu'il est un support facilitateur pour la reconnaissance professionnelle des ergothérapeutes. En effet, il permet la clarification des informations recueillies au cours des transmissions orales et écrites auprès de l'équipe (Coché, 2021). De même, il est possible d'appuyer sa rédaction par l'utilisation d'un modèle conceptuel, en y intégrant les termes que celui-ci mobilise (Dubois et al., cité dans Hernandez).

En conséquence, depuis l'arrêté du 5 juillet 2010 l'UE 3.5 : Diagnostic et processus d'intervention en ergothérapie est inclus dans la formation initiale (Ministère de la santé et des sports). Cette unité d'enseignement apprend aux étudiants à exploiter ce support en faisant référence aux modèles conceptuels utilisés, par exemple le Modèle de l'Occupation Humaine.

IV. Problématique et hypothèses

L'identité professionnelle des ergothérapeutes dans le paradigme de l'occupation est une thématique actuelle. La notion d'occupation a pu être davantage intégrée dans la formation initiale depuis la réforme de 2010. Les étudiants sont formés à l'occupation, par l'apprentissage de modèles conceptuels, par l'entraînement à la rédaction de diagnostic en ergothérapie et par le développement d'un raisonnement clinique centré sur les occupations, à travers des apports théoriques et des expériences pratiques. Donc théoriquement, les ergothérapeutes diplômés sous cette réforme devraient avoir une facilité pour expliciter la spécificité de l'ergothérapeute.

Cependant, il est constaté que l'étudiant rencontre durant ces années de formation des paradoxes lorsqu'il confronte les apports théoriques et la réalité de terrain. En effet, il se retrouve pris dans un carrefour entre une identité métier en pleine mutation et une identité professionnelle en pleine construction, se développant autour de trois dimensions : le vécu au travail, les relations au travail et les trajectoires/ perspectives d'avenir professionnelle. Ajouté à cela, l'ergothérapeute diplômé sous le paradigme de l'occupation à une pratique pouvant se heurter aux anciens référentiels ; à un contexte sanitaire où le champ médical est davantage orienté vers une vision pathocentrée, bien-que cela tende à changer. D'ailleurs, chez les ergothérapeutes diplômés sous les précédents paradigmes, ne pourrions nous pas évoquer une crise identitaire ? Un phénomène venant perturber ce qui caractérise leur pratique et leurs représentations de l'ergothérapie davantage fondée sur une vision plus analytique.

Ainsi, l'ergothérapeute novice doit faire face à un enjeu majeur dans le monde professionnel : la reconnaissance de son identité au sein de l'équipe afin de pouvoir travailler avec Autrui, en apportant son regard spécifique.

Néanmoins, la singularité et la spécificité de la pratique en ergothérapie pourrait être facilitée par l'utilisation de modèles conceptuels propres à la profession, notamment via l'utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine. En effet, il semblerait que ce modèle regroupe les concepts centraux de l'ergothérapie et impacterait la perception du rôle de l'ergothérapeute, auprès des autres en éclairant son savoir faire et son savoir être.

Suite à cela nous déduisons cette question de recherche : **En quoi l'utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine influence-t-il la construction identitaire des ergothérapeutes auprès d'une équipe pluridisciplinaire ?**

Hypothèse 1 : Les outils du MOH permettent de renforcer l'identité professionnelle des ergothérapeutes auprès de l'équipe pluridisciplinaire.

Hypothèse 2 : Le vocabulaire du MOH participe à la construction identitaire de l'ergothérapeute lors des échanges pluriprofessionnels.

V. Phase expérimentale

Dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche, il s'agira de mener une enquête exploratoire. L'objectif de cette phase est de mettre en lumière l'identité professionnelle des ergothérapeutes français formés davantage à l'occupation depuis la réforme de 2010. Aussi mais surtout, cette phase permettra de répondre aux hypothèses élaborées précédemment, donc de questionner l'impact du MOH sur leur construction identitaire.

A. Méthodologie

Deux méthodes peuvent être appliquées lorsqu'il s'agit de recueillir des données : la méthode quantitative ou la méthode qualitative. Paul Van Royen et al., élaborent les différences entre ces méthodes et affirment que celle quantitative renvoi à une mesure et quantifie des variables tandis que celle qualitative « *explore l'existence et la signification des phénomènes* » sociaux. (cité dans Aubin-Auger, Mercier et al.)

L'identité, étant un processus de construction complexe ayant une part de subjectivité, il semble donc pertinent d'adopter la méthode qualitative qui mobilise des outils d'entretiens et d'observations. En effet, dans le domaine du soin, cette technique permet de recueillir le ressenti et le vécu des individus. Elle permet également « *un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins* » (Aubin-Auger et al.)

B. La population étudiée

Pour cette étude, nous questionnerons des ergothérapeutes ayant les caractéristiques suivantes. D'abord, être diplômé sous le référentiel de juillet 2010 en France, car l'occupation est davantage intégrée à la formation et les étudiants y sont formés. Ensuite, qu'ils utilisent le MOH dans leur pratique parce-que nous souhaitons analyser l'impact de ce modèle sur Autrui. Enfin, que les participants travaillent en équipe pluridisciplinaire car comme élaboré précédemment l'une des résultantes de l'identité professionnelle est composée *des relations au travail*. (Fray et Picouleau, 2010)

Les critères d'inclusions sont volontairement peu restrictifs car l'étude explore l'identité professionnelle des ergothérapeutes au sens large. C'est pourquoi, le domaine de pratique que ce soit lieu de vie, rééducation, libéral ou encore santé mentale est indifférent.

Le recrutement des participants s'est effectué sur le réseau social Facebook, la publication d'un message pour mobiliser des professionnels volontaires a été posté sur 2 groupes privés dédiés aux ergothérapeutes. Afin d'optimiser le recrutement, nous avons également sollicité un réseau personnel de connaissance.

C. L'entretien comme outil

L'outil apprécié pour effectuer l'étude sera l'entretien semi-directif car le but est de sonder les représentations et perception de l'ergothérapeute sur sa pratique, dans son environnement social de travail. L'entretien donnera également l'opportunité à la personne « *d'exprimer et de mettre en mots sa compréhension de ce qu'elle vit* ». (Tétreault et Guillez cité dans Laurent, 2021, p.59).

La grille d'entretien s'est construite sur des questions relatives aux différents concepts abordés dans notre cadre conceptuel : le Modèle de l'Occupation Humaine et la construction identitaire professionnelle. Il paraît donc pertinent de questionner ce qui résulte de l'identité professionnelle c'est-à-dire : le vécu au travail, les relations de travail ainsi que les trajectoires professionnelles et perspectives d'avenir. Ajouté à cela, nous questionnerons l'utilisation du MOH donc l'apport de ses outils en pratique et la mobilisation de son support verbale dans les échanges pluriprofessionnels. Nous

avons donc élaboré ces sujets autour de sept questions ouvertes, présentes dans la trame d'entretien (Annexe III). Nous avons été vigilants à ne pas orienter les questions dans leurs formulations afin de ne pas influencer les réponses du participant.

Par ailleurs, le choix sur le nombre de questions est réfléchi car au plus il y a de question, au plus l'interviewé sera aussi orienté dans ses réponses. De plus, Imbert dit que « *l'entretien n'est donc pas l'application d'un questionnaire ou un interrogatoire au cours duquel on pose une série de questions sans laisser la personne libre de s'exprimer et de développer ses propres arguments* » (2010). Cependant, des questions optionnelles de relance pourront être posées au cours de l'entretien, afin détailler les propos et de supporter le participant dans ses réponses.

D. Critères d'analyse des résultats

A partir d'articles scientifiques, nous avons identifié les composantes de l'identité personnelle, professionnelle et la dynamique de celles-ci autour de trois dimensions distinctes. Nous avons constaté, au travers des études précédentes que l'affirmation d'une identité professionnelle forte chez les ergothérapeutes est difficile d'un point de vue relations sociales au travail. Aussi mais surtout, nous avons mis en évidence qu'un élément tel que l'utilisation des modèles conceptuels particulièrement du Modèle de l'Occupation Humaine, pouvait potentiellement renforcer la reconnaissance de l'ergothérapeute en tant qu'individu, en impactant « *ses façons d'être, de penser, de dire et de faire.* » (Verdier, cité dans Perrenoud et Sainsaulieu, 2018) dans ses relations pluriprofessionnelles .

Ainsi, grâce aux réponses recueillies durant les entretiens, nous avons analysé l'impact de l'utilisation du MOH dans la pratique ergothérapique et sondé son influence sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes. Afin que l'analyse soit au plus juste, nous traiterons les réponses en deux thématiques. La première thématique questionne l'utilisation du MOH et son impact dans la pratique ergothérapique (Tableau 1), elle permettrait alors à l'ergothérapeute d'être orienté vers une intervention occupation-centré (*Top-Down*), concept primordiale de l'ergothérapie ce qui renforcerait davantage l'identité professionnelle. La deuxième thématique, fait ressortir selon l'article de Fray et Picouleau, comment les composantes de l'identité professionnelle, s'articulent et s'influencent pour permettre la construction identitaire (Tableau 2).

Tableau 1 : la pratique occupation-centrée.

THEMATIQUES	DETERMINANTS
Le MOH	Intégration dans le processus d'intervention en ergothérapie. Utilisation de ses outils validés centrée sur la personne et ses occupations. Mobilisation du vocabulaire spécifique. Analyse le fonctionnement de la personne et ses occupations selon plusieurs composantes.
L'approche occupation-centrée	Les outils sont centrés sur l'occupation. L'intervention est selon une approche <i>Top-down</i> . Le plan d'intervention est significatif pour la personne.

Tableau 2 : l'identité professionnelle.

THEMATIQUES	DETERMINANTS
Le vécu au travail	Définition de l'ergothérapeute. Les tâches proposées. Leviers de la reconnaissance.
Les relations au travail (échanges formels/ informels)	L'équipe (collègues). La hiérarchie. Le patient.
Les trajectoires professionnelles et perspective d'avenir	Pratique déclarée et perception de l'ergothérapie. Modification de la pratique.

E. Résultats

Cinq ergothérapeutes ont répondu à l'appel pour l'étude. Les entretiens se sont effectués en visioconférence, sur une durée de trente minutes environ. Pour que leur profil soit lisible, nous les avons présentés sous la forme d'un tableau et dans une

volonté de préserver leur anonymat nous les avons nommé E1, E2, E3, E4, E5.
(Tableau 3)

Tableau 3 : Le profil des participants à l'étude.

	E1	E2	E3	E4	E5
Age	24 ans	23 ans	24 ans	25 ans	28 ans
Sexe	Femme	Homme	Femme	Femme	Femme
Années de pratique	1 ans	2 ans	3 ans	4 ans	4 ans
Structure	Psychiatrique	Psychiatrique	Réhabilitation psychosociale	*UEROS	Réhabilitation psychosociale

*Unité d'évaluation de réentraînement et d'orientation socio-professionnel

Parmi l'échantillonnage, nous pouvons d'emblée remarquer que E1 et E2 ont une pratique récente de l'ergothérapie, puis que E3, E4 et E5 ont une pratique plus expérimentée. Cette différence d'années d'expériences est un biais pour l'étude, étant donné que les ergothérapeutes confirmés peuvent avoir davantage de recul sur leur pratique. D'ailleurs, il est inscrit dans l'arrêté de 2010, relatif au diplôme d'état qu'un stage est reconnue comme « *qualifiant* » lorsque le tuteur à une expérience professionnelle d'au minimum trois ans. Cela justifierait donc, le statut plus expérimenté. (Ministère de la santé et des sports)

Pour exposer les résultats, nous commencerons par la thématique portant sur la pratique occupation-centrée, puis nous enchaînerons sur la thématique portant sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes.

a. Les outils du MOH

Globalement, les participants ont évoqué la mobilisation des outils du MOH lors de la phase pré-évaluative et évaluative. Pour les ergothérapeutes, ces outils permettent de recueillir des données centrées sur le patient et ses occupations. Ils permettent de trier et classer les informations car certains s'emploient pour des situations spécifiques,

comme l'ACIS pour évaluer la communication/ interaction ou encore le VQ pour évaluer la volition (E1). Par ailleurs, ils permettent de récolter « *un panel d'informations* » sur le fonctionnement de la personne et son quotidien (E3). Ils apportent de la précision sur les occupations, mais aussi sur ce que l'ergothérapeute va pouvoir apporter au patient (E4). Dans une autre idée, une ergothérapeute verbalise qu'ils cadrent la phase d'évaluation, car le champ de compétences de l'ergothérapeute est vaste et les informations recueillies sont qualifiées de subjectives, donc les outils les structurent (E3).

Pour la suite du processus d'intervention, les participants sont d'accord que les outils du MOH aident à l'écriture professionnelle notamment pour la rédaction du diagnostic. Par exemple, E2 utilise le MOHOST, « *ce qui est bien c'est qu'après ça permet de donner une trame de diagnostic avec les endroits où ça pêche [...] Ensuite ça te permet de le dire sous des termes purement ergo* ». Pour E1, ils apportent une argumentation dans l'écriture et permettent de justifier les observations.

b. Le MOH pour approche occupation-centrée

Au-delà des nombreux outils que le MOH propose, les ergothérapeutes affirment : il permet une pratique significative, « *ça m'a apporté pas mal de choses surtout pour justifier la pratique, ça permet vraiment de donner un sens* » (E3). Une ergothérapeute dit qu'il s'agit du modèle représentant le plus l'ensemble Personne – Environnement – Occupation. Effectivement, dès le départ le MOH oriente vers une approche *Top-Down*, ainsi les divers dimensions de l'Être, l'Agir et des environnements mettent en évidence la complexité de l'individu et apporte une vision holistique de la personne. D'ailleurs, sans modèle il est possible d'oublier certaines sphères ou détails qui ont leurs importances (E5).

Dans un autre registre, il est constaté que le modèle guide la pratique et sert de liant durant le processus d'intervention. D'abord, dans l'analyse des données recueillies, il permettra de faire des liens entre les informations en les rattachant à chaque dimension, « *on va avoir des liens qui vont se créer entre chaque sphère qui compose le quotidien de la personne* » (E1). Ensuite, il permet également la formulation d'objectif propre à l'ergothérapeute (E2). Enfin, sur le plan de l'intervention, il « *simplifie la transmission d'information et aide à faire des liens* » (E3). Cependant, la

transmission d'information pour les bilans écrits est complexe et dense. Trois ergothérapeutes sur quatre, évoquent que la rédaction des écrits en référence au modèle est une tâche chronophage. Elle demande une « *gymnastique cérébrale particulière* » car les termes sont nombreux (E5). Les ergothérapeutes qualifient la rédaction de conséquente (E4) et quantifient les bilans en 7 pages « *j'ai repris tout les items du MOH* » (E3).

Par ailleurs, il est évoqué que l'utilisation du modèle permet d'avoir un processus d'intervention significative auprès du patient. La dynamique du modèle et les moyens d'évaluation qui en découlent, l'aide à prendre conscience de sa situation à un instant t. Ainsi, chez certains patients il permet de visualiser ses ressources disponibles et ses difficultés présentes dans les activités quotidiennes (E3).

c. Le MOH, un vocabulaire spécifique centré sur l'occupation

L'ensemble des ergothérapeutes affirme qu'il mobilise de nombreux termes spécifiques comme la volition, l'habituatation, la capacité de rendement etc.

Dans les échanges professionnelles lors des réunions, un ergothérapeute exprime appréhender l'utilisation des termes, par peur de ne pas être compris auprès des collègues (E2). Par ailleurs et souvent, il est exprimé que les autres collègues ont des difficultés à différencier certains termes du modèle avec d'autres. Par exemple, la nuance entre la volition et la motivation (E4) ou comprendre la signification de capacité de rendement (E3). C'est pourquoi, redéfinir les termes et réexpliquer les dimensions que le MOH englobent, est une tâche récurrente pour les cinq ergothérapeutes. A ce sujet, E4 avoue parfois lors des transmissions orales, qu'elle substitue certains termes par d'autres plus courants ou simplifie les définitions, « *dans l'équipe ils n'ont pas besoin d'avoir autant de précisions parce qu'ils ne sont pas ergo et l'idée c'est qu'ils comprennent ce que je veux dire de façon générale pour le prendre après par rapport au bénéficiaire* ».

Lorsque E3 dit son ressenti concernant le vocabulaire du MOH, elle exprime que même au sein de son équipe d'ergothérapeutes, il y a une différence entre ceux qui exploitent le modèle ou non, « *on sent qu'on a pas le même vocabulaire, le même discours [...], c'est perturbant* ».

En revanche pour l'écriture professionnelle (diagnostics et bilans), les cinq ergothérapeutes mobilisent le vocabulaire. Pour cette tâche, aucun ne remplace les termes par d'autres pour simplifier la lecture, car selon E1 qui a effectué la formation du MOH elle dit : « *celle qui nous l'a faite nous a dit que tu ne peux pas remplacer les termes, ça n'est pas viable dans un écrit* ». Cependant, les ergothérapeutes s'accordent à dire que, s'ils n'apportent pas un support supplémentaire pour aider à la compréhension, l'équipe pluridisciplinaire ne comprendra pas le bilan. En conséquence, afin de concilier ces deux critères, la plupart des ergothérapeutes ont intégré un lexique expliquant chaque terme pour que le lecteur puisse s'y référer en cas d'incompréhension (E1).

d. Le vécu au travail

Dans la définition de l'ergothérapeute, les participants apportent des similitudes dans la description de leur pratique. Premièrement, ils verbalisent ceux qu'ils sont : l'ergothérapeute est un professionnel répondant aux problématiques occupationnelles du patient, en prenant en compte la personne avec ses besoins et ses activités quotidiennes dans ses environnements. Deuxièmement, ils décrivent ceux qu'ils font : leur processus d'intervention est structuré, il est composé d'une phase pré-évaluative (E4), d'une phase évaluative, qui a pour finalité la rédaction de bilan/ diagnostic en ergothérapie et l'élaboration d'un plan d'intervention.

Ensuite, les ergothérapeutes E4 et E5 affirment qu'au sein de leur structure, ils ressentent une reconnaissance de la part de l'équipe et des patients. Dans l'équipe, E5 dit : « *mes collègues ciblent bien ce qu'est l'ergothérapeute* ». Côté patient, E4 exprime, « *c'est le patient qui comprend le mieux ce que c'est l'ergothérapie* ». Néanmoins, E1, E3 et E2 verbalisent que bien qu'ils soient intégrés dans leur service, la reconnaissance nécessite du temps. E2 exprime qu'à plusieurs reprises, il a dû expliquer ce qu'il faisait au médecin ainsi il continue à faire valoir sa place dans l'équipe. E1, développe davantage l'interprofessionnalité lors de séances avec le patient, pour montrer l'analyse de l'ergothérapeute durant les observations. Pour E3, la reconnaissance auprès de l'équipe est partielle, elle évoque une restructuration du service qui a impacté le travail d'équipe. Cependant, sa reconnaissance d'ergothérapeute tend à évoluer chez les autres professionnels et les patients grâce à la mise en place des suivis individuels. Ainsi, E3 verbalise « *on est reconnu je pense*

par nos moyens d'interventions et non pas par rapport à la spécificité de nos interventions ».

En revanche, malgré les différents ressentis concernant leur reconnaissance, les participants identifient des leviers à celle-ci. Des interventions en interprofessionnalité sont facilitatrices, ensuite l'idée d'uniformiser les pratiques est récurrente, enfin l'utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine influence également la reconnaissance de l'ergothérapeute auprès des collègues « *en expliquant via le MOH, ça me permet vraiment de justifier un peu ma pratique et de savoir ce que tu fais vraiment* » (E2).

e. Les relations au travail

Tous les participants exploitent le MOH auprès des autres professionnels. Généralement, deux contextes ressortent des entretiens : 1^{er} contexte, l'ergothérapeute travaille seul au sein de l'équipe pluridisciplinaire ; 2^{ème} contexte, l'ergothérapeute travaille avec une équipe d'ergothérapeutes en plus d'une équipe pluridisciplinaire. Enfin, nous avons questionner d'autres sphères sociales, c'est-à-dire la hiérarchie et le patient. Effectivement cela entre également dans les relations au travail.

Le relation avec un équipe pluridisciplinaire uniquement

Pour E1 et E2, une formation sur le modèle est récente. D'ailleurs, auprès de leur équipe, ils sont dans la phase d'explication du modèle et de son fonctionnement. Factuellement, E1 avoue que pour certains collègues le MOH ne leur parlent pas malgré les explications et la mise en place de support pour aider à la compréhension : lexique dans les écrits, explication du modèle et de son schéma de façon orale. Néanmoins, E2 exprime que de plus en plus, il constate un intérêt de la part des collègues, qui veulent comprendre son analyse du patient. Cela se traduit par des demandes pour assister à la passation de bilan ou à des orientations de patient vers lui.

Dans une autre vision du travail d'équipe, E4 explique que dans son unité, l'équipe utilise le modèle interdisciplinaire MDH-PPH et que ses collègues mobilisent ses outils. Ce modèle est centré sur la personne et comme l'équipe travaille déjà sur la

dynamique d'un modèle cela a permis à l'ergothérapeute de présenter le MOH en le combinant au MDH-PPH. « *Justement le MOH ça permet d'articuler le travail d'équipe et l'ergothérapie parce qu'il y a beaucoup de concepts qui se rapprochent du MDH-PPH* ». (E4)

La relation avec l'équipe : d'ergothérapeutes et pluridisciplinaire

Les participantes E3 et E5 travaillent avec une équipe d'ergothérapeutes et une équipe pluridisciplinaire. Selon E5, les ergothérapeutes utilisent tous le MOH, « *on est plutôt sur la même ligne de conduite* ». Par contre, pour E3 il y a des différences de pratique au sein de l'équipe d'ergothérapeutes, elle verbalise d'une part une « *approche Top-down* » et d'autre part une « *approche Bottom-up* » mais qui sont identifiés comme étant complémentaires. D'ailleurs, elle argumente en mettant en évidence que cette différence d'approche provient de la formation, « *je suis la seule ergo à avoir eu des notions qui sont basées sur les sciences de l'occupation humaine* ».

En parallèle et en lien avec les équipes ergothérapeutes – pluridisciplinaire, trois ergothérapeutes sur cinq affirment que l'ergothérapeute prédécesseur a influencé la perception de l'ergothérapie dans l'équipe pluridisciplinaire. Que l'ergothérapeute précédent était diplômé avant la réforme de 2010 (E4). Par conséquent, les tâches déclarées qui sont proposées par l'ergothérapeute actuel peuvent semer le trouble et des incompréhensions chez les autres collègues au regard de leurs actions. (E1, E3 et E4)

Ensuite dans le travail d'équipe pluridisciplinaire, la pratique ergothérapique est assimilée et identifiée avec le temps ceci après de nombreux échanges (E5). Les ergothérapeutes expriment aussi, que le MOH a aidé dans la différenciation des tâches notamment entre les ergothérapeutes et les infirmiers. Selon elles, en psychiatrie la différence des tâches est fine entre ces deux professions (E3 et E5). En conséquence, cela a donc permis d'apporter la plus-value de l'ergothérapie dans le service et la spécificité de la profession (E5).

La relation avec la hiérarchie

Globalement au départ, il est identifié par les ergothérapeutes que la hiérarchie à une perception partielle de leurs compétences. Certains mettent en évidence que les tâches prescrites sont réduites à l'aménagement du domicile, à la mise en place

d'aides-techniques et à la proposition d'activités pour « occuper », « passer le temps » des patients durant leur hospitalisation. (E1, E3 et E4)

Néanmoins, elles affirment que cette vision tend à se modifier grâce à différents leviers, comme la verbalisation de tâches proposées par l'ergothérapeute au recruteur (E1), ou encore l'intégration des ergothérapeutes dans les projets d'établissements.

Concernant E2 et E5, ils expriment ne pas encore être au stade de collaboration avec la hiérarchie, ils ne se sont pas davantage exprimés sur ce sujet.

La relation avec le patient

Pour la relation avec le patient, les réponses apportées diffèrent. En effet, trois ergothérapeutes sur cinq, ont un avis favorable : le patient identifie ce qui est fait en ergothérapie (E3, E4 et E5). En revanche, E3 nuance que ce sont les séances en individuel qui ont vraiment permis au patient de distinguer l'infirmier de l'ergothérapeute.

Pour E1 et E2, deux situations sont rencontrées, soit le patient comprend l'ergothérapie ou soit il ne la comprend pas, « *c'est le flou artistique* » (E1). D'ailleurs, pour E1, elle explique sa pratique au patient en s'appuyant sur le schéma du MOH, « *selon moi si tu ne l'expliques pas au patient ça ne sert pas forcément à grand-chose de l'utiliser* ». E2, quant à lui, leur explique oralement ce qu'est l'ergothérapie. Au premier abord, c'est difficile pour eux de visualiser, par contre dès le commencement des évaluations et interventions, l'ergothérapeute verbalise que cela est plus concret pour le patient.

f. Les trajectoires professionnelles et devenir de l'ergothérapie

A l'avenir, trois ergothérapeutes sur cinq émettent l'idée de vouloir se rapprocher de l'environnement réel du patient (E4) car pour certaines de leurs mises en situations, ils simulent l'environnement de la personne. Dans une réflexion similaire, les ergothérapeutes désirent axer davantage leur moyens d'interventions vers des environnements extérieurs et réels (E5) mais également sur les occupations de la personne (E3).

Ensuite, E5 explique son désir de continuer à développer ses compétences et d'avoir des outils ergothérapeutiques supplémentaires au travers des formations, « *on sait que*

dès fois en ergothérapie il y a des outils auxquelles il faut qu'on soit formé pour pouvoir les utiliser mais aussi les analyser, je pense en AMPS par exemple», elle dit également vouloir se former à d'autres outils que le MOH qui sont aussi en lien avec la problématique de sa population.

Enfin, trois ergothérapeutes sur cinq affirment vouloir continuer à exploiter le MOH dans le but d'assimiler au mieux le modèle pour l'écriture professionnelle et pour le raisonnement clinique. En parallèle, il y a une volonté de continuer à promouvoir l'ergothérapie et sa pratique au sein de son service bien qu'actuellement les collègues identifient de mieux en mieux la plus-value de l'ergothérapeute (E2).

VI. Discussion

L'objectif de cette partie est de prendre en considération les réponses apportées durant les cinq entretiens. Le questionnement de la recherche a pour but d'évaluer l'impact du Modèle de l'Occupation Humaine sur la construction identitaire des ergothérapeutes auprès de l'équipe pluridisciplinaire. Afin de traiter les hypothèses de manière claire, concise et objective, nous les reprendrons une par une.

A. Retour sur les hypothèses

a. Réponse à l'hypothèse 1

La première hypothèse consistait à évaluer, si l'utilisation des outils du MOH permettaient de renforcer la construction identitaire des ergothérapeutes au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Nous pouvons valider cette hypothèse car d'après les ergothérapeutes, les outils du MOH permettent à l'équipe pluridisciplinaire, d'identifier leurs compétences dans l'évaluation du patient. L'équipe le traduit d'une part, en orientant les patients de plus en plus vers l'ergothérapeute, lorsqu'il s'agit de problématique occupationnelle ou d'insatisfaction de celui-ci, dans ses activités quotidiennes. D'autre part, cela se manifeste aussi par intérêt pour certains collègues, à vouloir participer à la passation

de bilan en ergothérapie (E2, E4). D'ailleurs, Caire et al. disent que les compétences d'observations/ évaluations de l'ergothérapeute ont leur importance pour appréhender l'accompagnement du patient dans ses projets (2012).

Au sujet de l'écriture professionnelle et d'après les assises théoriques posées précédemment, il est démontré que la rédaction de bilan/ diagnostic ergothérapeutique font parties intégrantes du dossier patient. Ils soutiennent la communication formelle auprès de l'équipe (Jacob, 2016, Morel-Bracq, 2017). En conséquence, les outils du MOH permettent à l'ergothérapeute d'argumenter, de justifier ses évaluations/ observations mais aussi ils lui permettront de faire des liens dans l'analyse de la personne auprès de l'équipe. Cela viendra préciser, étayer les bilans pluridisciplinaire. Ainsi, la plus-value et la spécificité de l'ergothérapeute concernant ses moyens d'évaluations n'en sera que plus reconnue.

En outre, E4 fait ressortir la possibilité de combiner les outils du MOH aux outils d'un modèle interdisciplinaire le MDH-PPH. Ce modèle propose également des outils centrés sur l'occupation de la personne comme la Mesure des Habitudes de Vie (MHAVIE). En proposant les outils du MOH, cela a permis à l'équipe de conserver l'approche occupation centrée, de comprendre mieux certains aspects de leur modèle de base et détailler leurs évaluations. Cet exemple peu confirmer l'idée qu'en pratique, il est possible de combiner un modèle interdisciplinaire et un modèle spécifique à l'ergothérapie (Laurent, 2019).

Finalement, l'utilisation des outils du Modèle de L'occupation Humaine par l'ergothérapeute renforcent son identité, en proposant de nombreux apports pour l'équipe. D'abord la plus-value de celui-ci dans l'accompagnement du patient. Ensuite, l'apport d'évaluations occupation centrées donc complémentaire aux évaluations analytiques qui sont davantage effectuées par d'autres collègues (ENOTHE, 2016). Enfin, la possibilité de combiner les outils du MOH à ceux des autres professionnels dans le but de préciser les observations.

b. Réponse à l'hypothèse 2

La deuxième hypothèse consistait à évaluer, si l'utilisation du vocabulaire du MOH pouvait participer à la construction identitaire de l'ergothérapeute lors des échanges pluriprofessionnels.

Nous pouvons valider cette hypothèse car « *le choix d'un modèle conceptuel ergothérapique s'accompagne [...] d'un vocabulaire qui lui est propre* » (Laurent, 2019). Effectivement d'après les résultats, les ergothérapeutes mobilisent forcément les termes du MOH auprès de l'équipe pluridisciplinaire, que ce soit dans leurs réflexions et dans leurs communications. Pour les ergothérapeutes interrogés, les termes sont surtout intégrés dans leur écrits lorsqu'ils décrivent la personne ou rédigent le diagnostic. Dans les bilans, beaucoup reprennent tous les items du MOH. Ainsi, bien que ses termes soient nombreux et complexes, qu'ils génèrent parfois des incompréhensions auprès de l'équipe, il est constaté qu'il y a une volonté voire une obligation en eux, de mobiliser le vocabulaire sans le substituer à un autre plus courant, « *ce n'est pas viable dans un écrit* » (E1). Néanmoins, les ergothérapeutes affirment que l'assimilation des termes auprès de l'équipe nécessite du temps. Or, au plus certains termes sont employés et expliqués, au plus ils sont intégrés (E3, E4, E5). D'ailleurs, Polatajko et al. élaborent dans leur code taxonomique : la première chose que l'ergothérapeute doit faire pour promouvoir l'ergothérapie auprès des autres, c'est d'expliquer et de préciser le langage utilisé relatif à l'occupation (2004). Donc, pour permettre la clarté et la compréhension des écrits puis favoriser l'assimilation des termes auprès des collègues, les ergothérapeutes ont mis en place un lexique reprenant tous les termes spécifiques du MOH auquel cas le lecteur peut s'y référer.

En définitive, nous pouvons affirmer que les outils et le vocabulaire du Modèle de l'Occupation Humaine, participent voire renforcent la construction identitaire de l'ergothérapeute auprès de l'équipe pluridisciplinaire. Ils font reconnaître sa plus value ainsi que sa spécificité au travers d'un langage propre à lui et au travers d'évaluations qui certes sont singulières mais qui inévitablement complètent les bilans pluridisciplinaires.

c. Perspective d'avenir pour l'ergothérapie

En plus d'avoir obtenu des réponses à la question de recherche élaborée précédemment, les entretiens ont mis en évidence d'autres apports du MOH mais cette fois-ci, axé sur une autre composante de l'identité professionnelle : le vécu au travail. Pour les ergothérapeutes, le modèle s'accompagne d'une philosophie, ce qui confirmerait le postulat de Mosey et Morel-Bracq dans leur définition d'un modèle conceptuel. D'ailleurs, « *l'acte soignant n'est pas simplement la juxtaposition de gestes*

techniques. Soigner demande une réflexion : pourquoi tel geste, tel acte plutôt qu'un autre, pourquoi le choix d'une activité, de la façon de la mener, etc. » (Caire, cité dans Laurent, 2019). Cependant, lors de l'analyse des résultats, les entretiens ont fait ressortir d'autres éléments de leur vécu au travail. Premièrement, dans la définition de l'ergothérapeute, deux des participants ont semblé faire une différence entre la définition théorique et la définition réelle, « *ça ne sera pas forcément la vraie définition de ce que je fais dans ma pratique.* » (E3). Deuxièmement, un paradoxe est présent sur la perception de leur pratique, d'un côté les ergothérapeutes s'accordent pour dire qu'ils répondent à des problématiques occupationnelles, d'ailleurs les résultats démontrent que leurs outils d'évaluations sont centrés sur les occupations. D'un autre côté, cela ne semble pas les satisfaire car certains expriment vouloir avoir une pratique qui tend beaucoup plus vers le Top-down ; quant à d'autres ils expriment vouloir davantage axer leur intervention dans le milieu réel de la personne (dit « *milieu écologique* » Caire et al.). Au vu des réponses, une réflexion émerge : malgré une meilleure reconnaissance de l'ergothérapeute auprès de l'équipe pluridisciplinaire grâce à l'utilisation d'un modèle, l'ergothérapeute ne possède pas de moyen satisfaisant pour mettre en place des interventions centrées sur l'occupation ? Donc le sens qu'il accorde à sa profession est partiellement impacté. Autrement dit, le modèle permet d'avoir une approche occupation centrée jusqu'à l'élaboration du plan d'intervention mais les conditions de travail limitent la mise en place de moyens d'interventions significatifs pour le patient donc pour l'ergothérapeute. Il serait intéressant de questionner l'influence des conditions de travail de l'ergothérapeute sur leur pratique. Cette réflexion a déjà pu être pensée dans une étude axée vers le domaine rééducatif où le réaménagement d'un plateau technique avait pour objectif de concevoir un environnement facilitant l'engagement à l'occupation (Marchalot, 2019).

B. Biais et limite de l'étude

Concernant la phase expérimentale, des biais sont identifiés. Le premier est que nous n'avons pas questionné l'ensemble des ergothérapeutes français car l'échantillon a été fixé à partir de la réforme de juillet 2010 en France. L'analyse est donc restreinte et ne représente pas tous les ergothérapeutes. Il aurait été aussi pertinent, de

questionner les ergothérapeutes diplômés sous d'autres référentiels de formation donc, soit avant la réforme 2010 ou soit diplômés dans un autre pays mais exerçant en France. Le deuxième, est que le temps accordé pour les entretiens était variable (E1 : 20 min, E2 : 23 min, E3 : 41 min, E4 et E5 : 24 min). Par conséquent, le recueil d'information ne s'est pas produit sur un temps égalitaire entre les participants.

Au sujet des limites de l'étude, nous pouvons remarquer qu'il y a une hétérogénéité dans l'échantillon au niveau des années de pratiques E1, E2 ont une pratique récente (de 1 à 2 ans) tandis que E3, E4 et E5 ont une pratique plus expérimenté (de 3 à 4 ans). Ensuite, les participants qui ont répondu favorablement à l'étude, exercent pour la plupart en santé mentale, il aurait été intéressant de recueillir le ressenti d'ergothérapeutes utilisant le MOH dans d'autres domaines comme le soin de suite et réadaptation, en lieu de vie ou encore en libéral. Enfin, notre peu d'expérience dans l'activité de recherche a pu impacter le recueil d'information et leur analyse.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche avait pour objet de questionner l'influence du Modèle de l'Occupation Humaine sur la construction identitaire des ergothérapeutes.

Tout d'abord dans le cadre conceptuel, il a été identifié d'une part que l'individu se construit avec plusieurs identités et d'autre part, que plusieurs composantes s'influencent pour aboutir aux identités. En conséquence, l'identité professionnelle se construit sur la base de l'identité personnelle et autour de trois déterminants : le vécu au travail, les relations au travail, les trajectoires professionnelles et perspective d'avenir. En France, depuis l'arrêté de 2010, la formation qui est un des précurseurs de la construction identitaire des futurs ergothérapeutes, intègre davantage les sciences de l'occupation. Ainsi le Modèle de l'Occupation Humaine, modèle conceptuel qui s'accompagne d'outils et d'un vocabulaire spécifique, tend à guider la pratique des ergothérapeutes, bien que ses fondements soient complexes et difficiles à s'approprier. Par la suite, après avoir explicité le modèle et sa dynamique, il a paru pertinent de questionner l'influence du MOH sur la construction identitaire des ergothérapeutes auprès de l'équipe pluridisciplinaire.

Les assises théoriques abordées dans le cadre conceptuel, ont fait ressortir les hypothèses suivantes : l'utilisation des outils du MOH renforcent l'identité professionnelle de l'ergothérapeute parmi l'équipe et l'utilisation du vocabulaire du modèle participe à la construction identitaire de l'ergothérapeute lors des échanges interprofessionnels.

La phase exploratoire, s'est basée sur l'étude qualitative avec comme technique l'entretien. Les réponses de cinq ergothérapeutes, ont permis de mettre en lumière l'apport du MOH dans leur reconnaissance identitaire sur l'aspect des relations au travail. Les résultats démontrent que des variabilités de représentation sur la profession existent chez les autres professionnels. En conséquence, l'emploi des outils du MOH facilite l'identification des compétences de l'ergothérapeute au sein de l'équipe. Ils apportent une plus-value dans le recueil d'informations et justifie la spécificité des évaluations en ergothérapie qui sont centrées sur les occupations.

Par ailleurs, le vocabulaire que mobilise le modèle, simplifie les échanges professionnels notamment dans l'écriture de bilans et diagnostics, malgré la densité

des termes. Ainsi, les ergothérapeutes expriment leur volonté de familiariser l'équipe à leur vocabulaire, qui une fois assimilé aide à la compréhension de la pratique occupation centrée.

Finalement, l'utilisation des outils et la mobilisation du vocabulaire durant les échanges professionnels, relatif au MOH, tendent à favoriser la reconnaissance des ergothérapeutes parmi les autres collègues. Aussi, mais surtout nous pouvons confirmer la validation des hypothèses élaborées.

En conclusion, dans une perspective d'avenir pour l'ergothérapie, il ressort des entretiens une réflexion concernant le vécu au travail des ergothérapeutes. En effet, il semblerait qu'il y ait une distinction entre la définition théorique et la définition factuelle de l'ergothérapeute. Cette distinction proviendrait des conditions de travail de l'ergothérapeute. Ainsi, les ergothérapeutes n'atteignent pas une satisfaction complète de leur approche Top-Down car parfois le manque de moyen pour les interventions inhibe l'intégration de l'occupation dans cette phase. Alors, comment pourrions-nous concevoir un environnement favorisant l'engagement de l'occupation en prenant en compte les contraintes institutionnelles ? Depuis 2015, ce sujet fait l'objet de nouvelles recherches (Marchalot, 2019) et celles-ci pourraient potentiellement être un autre élément de réponse dans l'amélioration de la construction identitaire des ergothérapeutes auprès de l'équipe pluridisciplinaire.

Table des illustrations

Figure 1 : Schéma de l'environnement selon Université de Laval.18

Figure 2 : Schéma du processus d'adaptation occupationnelle du MOH. D'après G. Kielhofner (2008, p. 108), traduction en français des termes du MOH par G. Mignet (2017)..... 25

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Dubar, C. (1998). Chapitre VII : Profession, organisations et relation professionnelles. *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles*. (p.165-175).

Marc, E. (2016). La construction identitaire de l'individu. *Éditions Sciences Humaines*.
<https://www.cairn.info/identites--9782361063283-page-28.htm?contenu=plan>

Marchalot, I. (2019). Chapitre 31 : Concevoir un environnement ergothérapeutique facilitant l'engagement dans l'occupation. Dans Trouvé, E. et al. (dir.), *Participation, occupation et pouvoir d'agir : Plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* (p. 443,454). ANFE.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux 2^e édition. *Louvain-La-Neuve : De Boek*.

Paradeise, C. (2004). Comprendre les professions : L'apport de la sociologie. Dans Halpern, C., Ruano-Borbalan, J.-C. (dir.), *Identité(s) : L'individu, le groupe, la société* (p. 189-198). *Éditions Sciences Humaines*.

Articles

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., & Imbert, P. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *La revue française de médecine général* 19 (84).

Bélangier, R., Briand, C., Marcoux, C. (2006). Le Modèle de l'Occupation Humaine. *Le Partenaire*, 13 (1). <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v13-n1.pdf>

Brown, T., & Chien, C.-W. (Will). (2010). Top-down or Bottom-up Occupational Therapy Assessment: Which Way Do We Go? *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 95-95. <https://doi.org/10.1080/030802210X12682330090334>

Coché, C. (2021). Le diagnostic en ergothérapie, un outil au service de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ? *La revue française de l'ergothérapie*, 81, p.70.

Cramm, H. et White, C. (2011) Un contexte pour l'application des connaissances en ergothérapie, *Actualités ergothérapeutiques*, 13.6, 24-26.

Dubar, C. (2015). Introduction. *La socialisation*. 15-16.
<https://doi.org/10.3917/arco.duba.2015.01.0015>

Fray, A.-M., & Picouveau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : Une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 38(8), 72-88.
<https://doi.org/10.3917/mav.038.0072>

Polatajko, H. J., Davis, J. A., Hobson, S. J. G., Landry, J. E., Mandich, A., Street, S. L., Whippey, E. et Yee, S. (2004). Assumer la responsabilité qui vient avec le privilège : Introduction d'un code taxonomique pour comprendre l'occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 71 (5), 265-269.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000841740407100504?journalCode=cjoc>

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3 (102), 23-34.
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm?1>

Launois, M. (2021). Être ou ne pas être ergothérapeute : un coup d'œil du côté « psy »., *ErgOThérapie*, 81, 37-43

Laurent, M. (2021). Les modèles conceptuels : Une réponse à la quête identitaire des ergothérapeutes. *ErgOThérapie*, 81, 57-64.

Lipiansky, E.-M. (1998). Les fondements de l'identité. *L'identité : L'individu, le groupe, la société* (p. 21,29).

Marrière, S., Lachenal-Mokhtari, F. (2020). Avec le MOH, « j'ergonne » toujours ! Ou comment les approches psychodynamiques et en science de l'occupation peuvent s'enrichir. *Ergothérapies*, 77, 57.

Meyer, S. (2020). L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *ErgOThérapies*, 77, 37.

Mignet, G. (2016). Le Modèle de l'Occupation Humaine : S'approprier les concepts théoriques grâce aux expériences cliniques. *Ergothérapies*, 62 (1), 25.

Morel-Bracq, M.C, Delaisse, A-C, Bodin, J.F, Charret, L., Hernandez, H. (2021). (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. *ErgOThérapie*, 81, 7-15.

Mucchielli, A. (2015). L'Identité individuelle et les contextualisations de soi. *Le Philosophoire*, 43(1), 101-114.

Poriel, G. (2018). Enseignement de la science de l'occupation : Retombées d'un dispositif pédagogique à l'Institut de formation en ergothérapie de Laval (France). *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 121-129. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.127>

Sahraouia, S., Sellam, N., Tegua, A. (2011). Fabrique de la crise et identité. *Specificites*, 4(1), 35-42.

Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17(2), 9-36.

Zolesio, E. (2018). Socialisations primaires / secondaires : Quels enjeux ? *Idées économiques et sociales*, 191(1), 15-21.

Caire, J.M, Morestin, F., Schabaille, A. (2012). Accompagner la transition épidémiologique. *Gérontologie et société* 142), 41-55.

Textes officiels

BO Santé – Protection sociale. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. [Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 7 du 15 août 2010 \(ecoledassas.com\)](http://ecoledassas.com)

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme. (2004). Arrêté du 23 septembre 2004 relatif au portfolio de l'étudiant en ergothérapie. [Présentation du portfolio \(sifef.fr\)](http://sifef.fr)

Autres

Baillargeon Desjardins, J. (2017). Les ergothérapeutes francophones ont-ils une pratique fondée sur les occupations ? *Université du Québec à Trois-Rivières*. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8501/1/032105209.pdf>

Bolliet, D, & Schmitt, S.-P. (2008).

https://www.apses.org/IMG/pdf/La_socialisation_D-Bolliet_et_S-P_Schmitt.pdf

CNRTL. Définition de CONCEPT. (s. d.). Consulté 10 janvier 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/concept>

CNRTL. Définition de CRISE. (s. d.). Consulté 8 janvier 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/crise>

CNRTL. Définition de PROTOCOLE. (s. d.). Consulté 12 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/protocole>

De Haerne, C. (2016). Perception de l'approche centrée sur la personne par des ergothérapeutes français. *Université du Québec Trois-Rivières*. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7882/1/031384508.pdf>

ENOTHE. (2016). Consulté 06 janvier 2022, à l'adresse http://enothe.eu/WordPress%20Documents/Galway/Conf%C3%A9rence%20ENOTH E2016_05_03%20french%20version.pdf

Fisher, A. G. (s. d.). *Powerful Practice: Planning and Implementing Authentic Occupational Therapy Services*. *Rush University*.
https://www.rushu.rush.edu/sites/default/files/Rush%20PDFs%20and%20Files/Marketing/OTIPM_Flier3.18.19.pdf

Jacob, C. (2016). Comment les étudiants en ergothérapie développent-ils leurs compétences à l'écriture professionnelle ? *Université du Québec à Trois-Rivières*.
<https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7884/1/031384918.pdf>

Leduc, K. (2018). La perception d'étudiants en ergothérapie de leur autonomie à déployer leurs compétences en écriture clinique. *Université du Québec à Trois-Rivières*.
<https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8521/1/032105302.pdf>

Perrenoud, M. & Sainsaulieu, I. (2018). Pour ne pas en finir avec l'identité au travail. *SociologieS. Dossiers*.
<https://doi.org/10.4000/sociologies.8750>

Taylor, R. R. (2017). Sélection des outils d'évaluation du MOH. *Université Laval*.
<https://crmoh.ulaval.ca/wp-content/uploads/2020/01/Se%CC%81lection-des-outils-de%CC%81valuation-MOH.pdf>

Laurent, M. (2019). Les modèles conceptuels une réponse à la quête identitaire des ergothérapeutes. *IFPEK Rennes*.

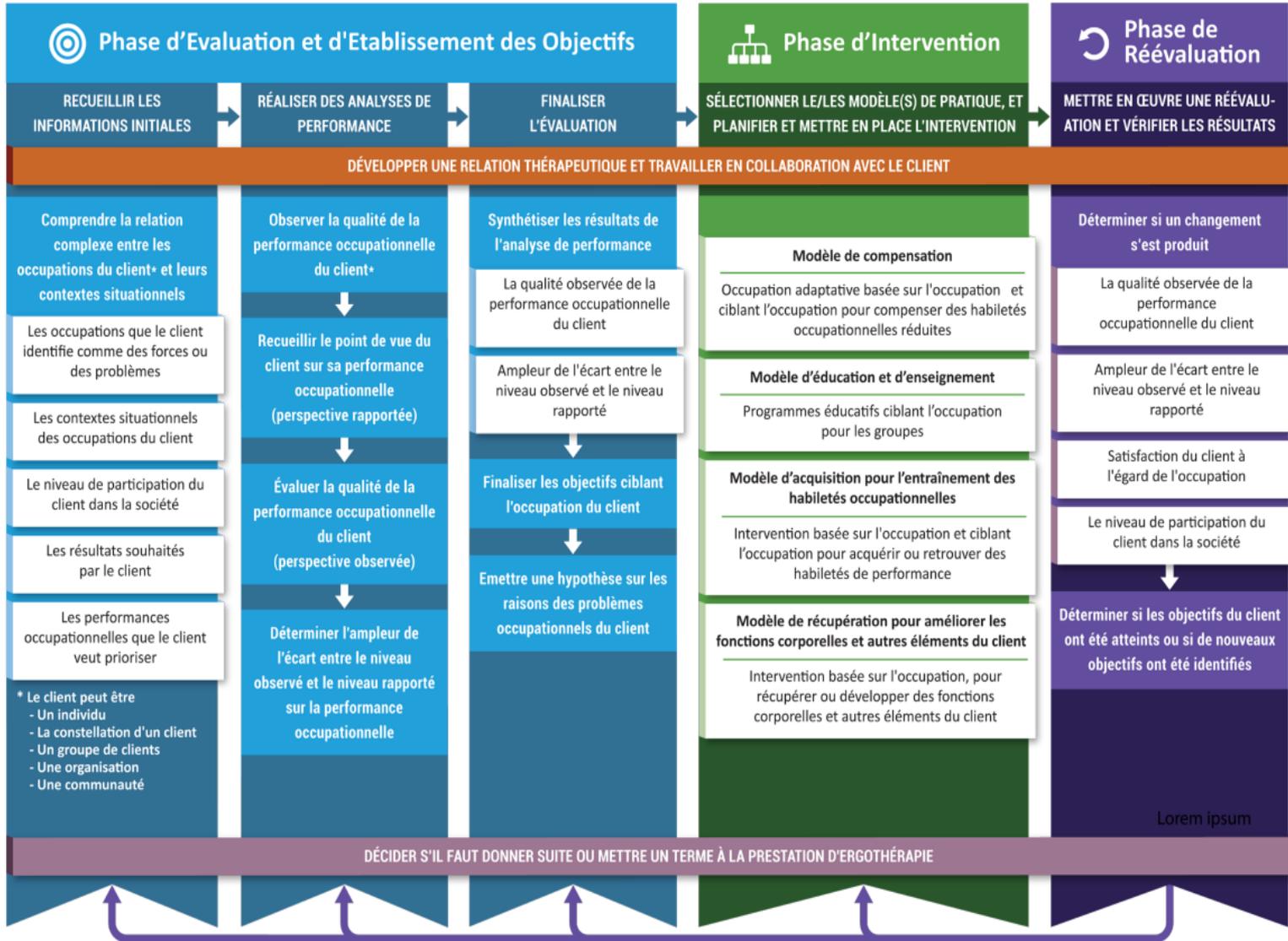
ANNEXES

Annexe I : Schéma de l'OTIPM.....	1
Annexe II : Les outils du MOH	2
Annexe III : Trame d'entretien.....	3
Annexe IV : Retranscription d'un d'entretien.....	5

Annexe I : Schéma de l'OTIPM

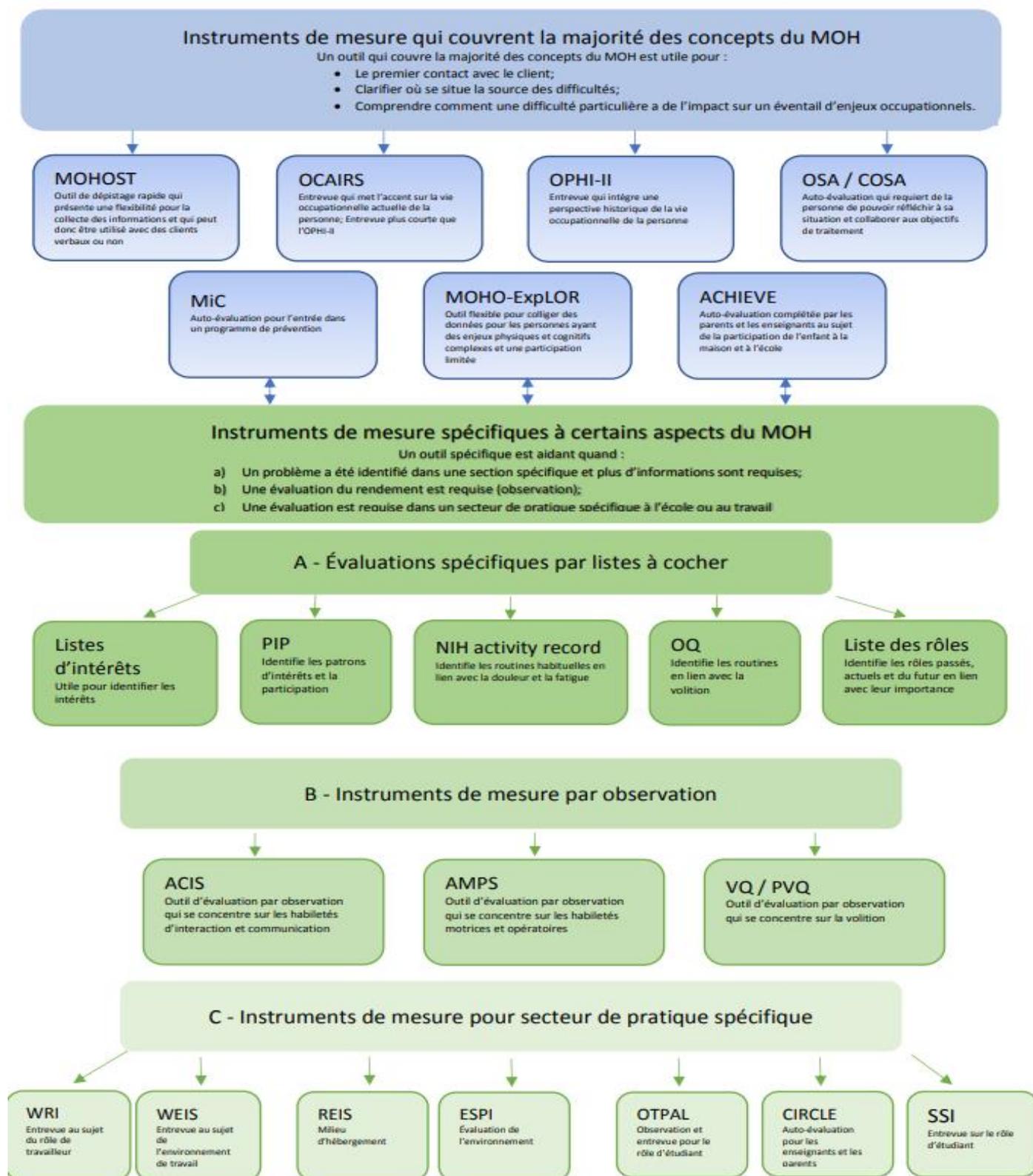


Représentation graphique du Modèle du Processus d'Intervention en Ergothérapie (OTIPM)



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

Annexe II : Les outils du MOH



Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application*, (5e éd.). Philadelphie, PA: Wolters and Kluwer (traduction (2018) des pages 183-184 par Marcoux, C. du Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

Annexe III : Trame d'entretien

Le vécu au travail :

Questions	Questions de relance (optionnelle)
Comment définissez-vous la profession d'ergothérapeute ?	Qu'entendez vous précisément par ... ?
Comment se déroule votre processus d'intervention en ergothérapie pour un patient en général ?	

Le MOH

Comment utilisez-vous le MOH et qu'apporte t-il à votre pratique ?	Y a-t-il des éléments précis que vous pouvez me citer ? A ce sujet, voyez vous d'autre chose à aborder ?
--	---

Les relations au travail :

Comment s'articule le travail en équipe entre ergothérapeutes et/ou avec les autres professionnelles ?	Pouvez me préciser ? Pouvez me donner des exemples ?
Comment articulez-vous l'ergothérapie avec le MOH et le travail d'équipe ?	Pouvez vous me donner des détails ?

Trajectoire professionnelle et perspective d'avenir

Quels changements souhaitez-vous effectuer dans votre pratique ?	Pouvez vous m'en dire plus ?
Si vous deviez faire un état des lieux de votre reconnaissance dans les différentes sphères sociales (direction, équipe et patient) qu'en diriez-vous. Avez-vous identifié des leviers dans votre reconnaissance ?	Y a-t-il d'autres réflexions à ce sujet ? C'est-à-dire ?

Annexe IV : Retranscription d'un d'entretien

Suzie : Alors, on va aborder ton vécu au travail. Comment tu définirais la profession d'ergothérapeute ?

E5 : Donc pour moi un ergothérapeute, c'est un professionnel qui met en place des activités et des actions auprès des patients qu'il peut rencontrer, pour favoriser le développement de leur autonomie au quotidien que ce soit dans la vie ou que ce soit sur le plan professionnel en utilisant ses compétences, en utilisant aussi ses besoins enfin tout ce qu'il va pouvoir exprimer au cours des entretiens. En favorisant le développement de compétences et ses objectifs aussi et en respectant toujours ses limites. Alors moi, à la différence de certains de mes collègues en rééducation j'ai pas forcément de limitation physique à respecter. Par exemple, s'il y a une luxation de l'épaule, il faut respecter 30°, pas travailler en infra douloureux etc., il y a certains principes en rééducation qui s'appliquent pas forcément en santé mentale mais toujours se servir des compétences de la personne, de ses besoins, de ses envies pour aller vers son objectif au plus près et que ce soit adapté à son quotidien, en se servant de son quotidien surtout de son environnement, de tout ce qui l'entoure que se soit socialement parlant ou physiquement parlant.

Suzie : D'accord. Comment se déroule ton processus d'intervention en ergothérapie pour un patient en général ?

E5 : Alors pour moi spécifiquement, j'ai une orientation qui est faite par le médecin, « il faudrait un bilan en ergothérapie », ensuite moi je prends rendez-vous avec la personne qui vient. Donc de l'extérieur. La personne vient sur l'unité, on se rencontre une première fois et moi mes premiers entretiens sont souvent très rapides parce que je ne fais pas passer de bilan en première intention, j'attends toujours un petit peu. Je préfère mettre la personne en confiance, qu'on discute un petit peu déjà de son quotidien rapidement, mettre à l'aise la personne pour créer vraiment un lien thérapeutique et un lien de confiance au début, +avant vraiment d'attaquer les bilans parce que pour moi ça peut être un petit peu particulier de commencer direct : « Bonjour on va commencer par des bilans, par une évaluation », ça peut être... Ca peut être pris de manière très particulière, ça peut être complexe surtout pour certains patients que je rencontre, qui sortent de l'école qui ont fait pour beaucoup dès fois une rupture scolaire, donc je préfère d'abord les mettre en confiance, c'est après dès la 2^{ème} séance, là je

commence les bilans. Ensuite, je fais des bilans qui sont tirés du MOH, donc en général je passe l'OSA et l'OCAIRS, après tout va dépendre du lien que j'ai avec le patient, de ses compétences d'élaboration, de son ressenti sur le moment etc., mais je fais passer ces 2 bilans là, en première intention et puis un petit peu plus tard, je ferai si c'est possible et si il y en a l'utilité une mise en situation par rapport aux besoins qui ont été exprimés par la personne, à ses activités du quotidien mais s'il y a pas d'expression particulière de problématique... Je prends un exemple, « je vais faire mes courses mais par contre, j'ai quand même un peu de mal à m'organiser, des fois je passe 2h à faire mes courses parce que je me perds dans le magasin». Je vais faire une mise en situation parce que j'ai besoin de voir en quoi le patient est perdu, pourquoi il est perdu, qu'est-ce qu'il utilise comme stratégie, qu'est-ce qui bloque à ce moment-là et qu'est-ce qui ne lui permet pas de réaliser son activité. Donc, à ce moment-là je fais une mise en situation, s'il a pas forcément de meilleures situations nécessaire j'en fais pas ou plus tard, une fois que la prise en charge a commencé. Mais les mises en situation, c'est un petit peu en fonction de la personne. Ensuite, une fois ces bilans fait, on fait une synthèse avec tout les professionnels qu'a pu rencontrer le patient et on élabore ensemble un plan d'intervention, un plan d'accompagnement, on va proposer aux patients une restitution, enfin lui expliquer un peu voilà les résultats des bilans, ce qui en a été tiré, les conclusions qui en ont été déduites et puis le plan d'intervention que nous on a imaginé, les ateliers qu'on peut lui proposer ici, les prises en charge individuelle et ensuite le patient nous donne ou non son accord et la prise en charge commence avec les différents accompagnements.

Suzie : Ok. Tu m'a parlé un peu d'outils du MOH : l'OSA et l'OCAIRS. Qu'est-ce qu'il t'apporte dans ta pratique, enfin les outils mais le MOH en général en fait ?

E5 : Alors, les outils j'avais jamais utilisé un modèle dans ma pratique au quotidien parce que mon environnement professionnel me le permettait pas, j'avais pas assez de temps, et puis j'avais pas à ce moment-là si tu veux une philosophie aussi professionnelle qui me permettait de choisir un modèle et j'étais pas forcément non plus dans une équipe qui me permettait de mettre en place un modèle, donc c'était compliqué pour moi et les modèles c'étaient encore un peu flou pour moi au tout début de l'exercice du métier. Après, quand je suis arrivée ici sur l'unité, j'ai vu qu'il y avait beaucoup de choses qui avaient commencé à être mis en place, beaucoup de choses qui on commençait à être réfléchis entre les collègues et du coup je me suis dit mais c'est vrai que le MOH c'est le modèle qui correspond le mieux à ce que l'on propose ici et

c'est le modèle qui correspond le mieux à la réhabilitation psychosociale donc pour moi c'était évident qu'on était sur la bonne voie en se dirigeant vers ce modèle là. C'est vrai qu'aujourd'hui, je trouve ça beaucoup plus rassurant dans ma pratique parce que je trouve que l'utilisation d'un modèle te donne un peu aussi ta ligne de conduite en terme d'accompagnement et te donne entre guillemets un petit peu ton plan d'accompagnement mais où tu vas pouvoir vraiment décrire la personne dans son ensemble, tu vas vraiment avoir la possibilité de vraiment tout balayer, alors que si des fois t'as pas de modèle bah tu peux éventuellement oublier certaines sphères et donc oublier certains détails, qui en fait, ont leur importances et qui sont liés les uns avec les autres. Moi, je remarque qu'avec le MOH, déjà ça structure mes écrits et je trouve que j'arrive à avoir beaucoup plus d'info sur la personne et du coup mon accompagnement il est beaucoup plus clair, ce qui en découle est beaucoup plus clair. Après par contre, ça prend beaucoup plus de temps dans la rédaction parce que ça demande quand même une gymnastique cérébrale un peu particulière, parce qu'il y a beaucoup de termes particuliers dans le MOH mais finalement même si ça prend beaucoup de temps sur l'écrit, après c'est vraiment un confort dans l'exercice au quotidien je trouve.

Suzie : Ca marche. Là on va aborder plus les relations au travail. Comment s'articule ton travail entre ergothérapeute et/ou avec les autres professionnels ?

E5 : Alors, moi j'ai la chance déjà d'avoir 2 collègues ergothérapeutes sur le service, donc au-delà ça en plus on entend très bien, on se parle très facilement, communique très facilement autour des situations, on échange en fait nos compétences finalement quand il y en a un qui est limité sur une certaine situation, qui est inquiet, qui a besoin de réponse, qui est dans le flou, on est vraiment 3 ergo où on se parle beaucoup avec des visions différentes parce qu'on est diplômé de 2 écoles différentes, parce qu'avec X on vient de la même école, donc on a peut-être un peu la même philosophie de réflexion, mais on est 2 personnes à part entière. Mais ça nous permet vraiment de discuter ensemble et de nous articuler sur nos visions des choses et de l'évolution de la profession, de notre métier d'ergo sur l'unité de réhab. Comment on veut faire évoluer les choses ? Qu'est-ce qu'on voudrait modifier ? Qu'est-ce qui va pas ? Pourquoi là ça pêche ? On se retrouve régulièrement pour pouvoir échanger autour de tout ça, c'est vraiment très riche et important car je trouve qu'on est continuellement dans la réflexion, dans le besoin de modifier des choses et de réajuster et de s'adapter finalement. Après, avec mes collègues ça se passe toujours très bien, sur les prises en

charges, on alterne en fait, on choisit pas nos patients, on met nos noms sur les prochains qui vont arriver et puis on voit. En fonction après de l'avancée des choses, peut être qu'il y a des patients avec qui ça va pas passer, du coup il va falloir faire un switch mais c'est pas souvent que ça arrive. Donc ça, c'est mon travail avec les collègues ergo. Pour ce qui est de mon travail en équipe, j'ai la chance d'être dans une équipe formidable, on communique beaucoup ensemble, on échange beaucoup, on se fait part de nos évolutions aussi, de nos doutes, des choses qui vont bien sur les suivis et les choses qui sont un peu plus complexes, où on y voit un peu plus de flou. Mais pour le coup, on se soutient vraiment les uns, les autres. On travaille aussi beaucoup en binôme donc ça permet de rendre l'accompagnement riche et complet pour aller vers dans la même direction et que le patient soit accompagné de la meilleure manière possible. Il y a vraiment une bonne communication, avec les médecins ça se passe très bien.

Suzie : Tu m'a parlé d'échanges, les échanges c'est sous quelles formes ?

E5 : On se retrouve en petite réunion quand on peut et quand nos agendas le permettent mais soit c'est du informel, soit c'est de l'officiel, on se prend un temps vraiment sur nos agendas et on discute mais c'est très régulier.

Suzie : Ok. Comment tu articules maintenant l'ergothérapie avec le MOH et le travail en équipe ?

E5 : Alors, bah le MOH et l'ergothérapie comme on utilise tout les 3 le même modèle, on est plutôt sur la même ligne de conduite en fait. Moi j'utilise le MOH dans ma pratique pure dans le sens où je vais utiliser les outils spécifiques, les bilans spécifiques, je vais m'y référer régulièrement, je vais avoir le livre du MOH pour pouvoir écrire mes bilans, parce qu'il y a des choses qui me paraissent encore des fois flou quand j'écris. Puis après les grands principes du MOH, j'ai envie de dire rejoindre les grands principes de réhab, donc ça se ressent dans ma pratique. Pas de manière officielle, pour moi ce qui est officiel dans ma pratique avec le MOH c'est mes écrits c'est les bilans et c'est les discussions qu'on a avec les collègues. Après on parle régulièrement aussi à nos collègues infirmiers, neuropsychologue, médecins de ce modèle là, que nous on se base sur un modèle parce qu'on utilise des outils spécifiques et c'est aussi pour ça qu'on a choisi le MOH pour se différencier vraiment des infirmiers, parce que c'est vrai que le métier d'infirmier spécifique en psychiatrie se rapproche beaucoup de ce que nous on peut faire. Donc c'est pour ça qu'on voulait vraiment se démarquer aussi et

amener notre plus-value. Qu'est-ce qui fait qu'on est différent des infirmiers, qu'est-ce que qu'on apporte en valeur supplémentaire à une équipe, qu'est-ce qu'on apporte comme regard différent, comme écrit, comme billes, comme compétences. On a beaucoup échangé avec nos collègues infirmiers là-dessus, parce que c'était aussi important pour nous qu'ils sentent que ok votre métier, c'est votre métier et notre métier, c'est le notre. On a des compétences transversales, mais par contre nous on a des outils spécifiques qui sont clairement les nôtres, donc on vous le présente : ça, ça s'appelle le MOH, c'est ça comme modèle, on leur décrit grossièrement parce qu'on aurait pas le temps si on devait faire un exposé sur le MOH, on peut pas mobiliser autant de temps. On leur en parle régulièrement, les mots qu'on utilise leurs sont pas inconnu, ils sont vraiment sensibilisés de plus en plus au MOH et puis ils s'y retrouvent aussi, donc on voit bien qu'on est pas déconnant dans ce qu'on propose et dans ce qu'on a choisi et ça nous met aussi en confiance par rapport à nos choix et à notre pratique.

Suzie : Donc il y a une utilisation du vocabulaire de MOH avec l'équipe ?

E5 : Oui. Pas par l'équipe mais pas nous du moins avec les collègues. Tout à fait.

Suzie : Ok avec les collègues, tu veux dire entre ergo ?

E5 : Ah non non, même avec les collègues infirmiers etc., on utilise les termes. Même si il y en a dès fois, ils froncent les sourcils mais voilà. Maintenant c'est régulier et ça revient régulièrement dans notre discours, donc ils sont beaucoup moins perdu. A la rigueur, on re précise certains termes s'il y a besoin mais c'est pas énorme.

Suzie : Ca marche. Dernière sphère que nous allons aborder, là ça va être tes trajectoires professionnelles et perspective d'avenir, quels changements tu souhaiterais effectuer dans ta pratique ?

E5 : Eh bah, aujourd'hui... J'aimerais bien me former un petit peu plus, avoir des outils encore supplémentaires, pour avoir vraiment une bille un peu plus importante sur certains outils, parce qu'on sait qu'en ergo dès fois il y a des outils auxquelles il faut qu'on soit formé pour pouvoir les utiliser mais aussi les analyser, je pense au AMPS par exemple. C'est pas forcément une perspective pour moi de me former au AMPS, pour l'instant je me laisse une marge pour pouvoir expérimenter le MOH. Pour prendre l'habitude d'écrire avec, de penser avec, de vraiment me l'approprier et je vois que ça fonctionne bien ici donc pour l'instant je reste sur cette lignée là. Par contre, moi là je

vais chercher à me former sur d'autres choses, une formation sur la remédiation cognitive parce-que c'est ce qui me manquait un petit peu, tout ce côté un petit peu plus cognitif accompagnement sur le plan cognitif, pour moi ça me manquait. Donc je vais avoir une formation bientôt sur la remédiation cognitive mais spécifique en ergothérapie, pas juste en remédiation cognitive pure voilà. J'envisage certaines autres formations et ça ce sera un peu plus loin, à l'avenir j'aimerais bien me former en musicothérapie parce que j'avais vu pleins de choses là-dessus, de là à savoir est-ce que je vais pouvoir le mettre en place ici ça c'est quand même autre chose parce-que la réhabilitation psychosociale c'est quand même plus particulier. Je trouve que la remédiation cognitive donc la CRT, va beaucoup plus coller avec le quotidien qu'on a ici et à la grande philosophie de la réhab, plutôt que la musicothérapie. Après moi j'ai des petites inquiétudes parce qu'à la base, j'ai été embauché ici pour le déploiement ou l'objectif c'était de se déployer sur le terrain, donc sur l'extérieur et donc au plus près du lieu de vie des patients parce que c'est ce que demande l'ARS, c'est pour ça que nous on axe aussi nos prises en charge sur l'extérieur quand ça le permet, on va travailler sur les déplacements, on va travailler sur les VAD, sur les actes de la vie quotidienne. Donc il faut vraiment qu'on axe nos accompagnements vers l'extérieur. Après on va toujours garder le MOH en axe de travail et en support surtout pour garder un cap. Mais là pour l'instant, en terme d'avenir je me trouve bien là où je suis, j'ai pas du tout envie de changer d'unité, au contraire je prend mes marques. Après ça sera toujours dans le développement de compétence et la recherche d'outils : CRT ou autre chose, en fonction des problématiques que je vais rencontrer.

Suzie : Ok. Maintenant si tu devais faire un état des lieux de ta reconnaissance en tant qu'ergothérapeute dans les différentes sphères sociales que ce soit ta direction, l'équipe et le patient, qu'est-ce que tu pourrais m'en dire ?

E5 : Alors, moi j'essaie toujours d'expliquer au patient ou au nouveau professionnel que je rencontre avec des mots très simples ce que c'est l'ergothérapie parce que souvent j'ai déjà eu plein de truc du genre : « tu travailles avec les poules ? » ou « ah oui tu travail avec les plantes ». Euh, non pas vraiment du coup. Donc faut remettre le contexte, ce qui bien avec l'ergothérapie c'est qu'on peut travailler partout. Alors je globalise je dis que c'est le professionnel qui axe vers l'autonomie par rapport aux activités du quotidien, par rapport à des activités signifiantes ou significative, par rapport aux compétences de la personne etc., et j'axe vraiment avec des mots simples

sur l'autonomie, l'indépendance, le développement de compétence, le bien-être. Aujourd'hui mes collègues ciblent bien ce qu'est l'ergothérapeute, ils savent très bien nous interpeller quand il y a une problématique qui va nous être plus spécifique. Les médecins dès fois c'est encore un peu plus compliqué, dans le sens où je pense qu'ils ont pas tous les tenants et aboutissants du coup il va manquer des billes et des éléments et on va être interpellés pour des choses ou finalement c'est pas notre rôle propre, je pense notamment aux orientations par rapport à la sphère professionnelle quand il y a que ça comme demande ou par rapport à la sphère scolaire, quand il y a que ça comme demande. Il manque des choses et on le sent, c'est pour ça que dès fois on se retrouve avec des orientations particulières, on se sent pas vu dans notre globalité, un peu comme le patient. Après, pour les patients en général ils comprennent plutôt bien, du moins le retour qu'on en a, enfin que moi j'en ai. Je les questionne régulièrement s'ils ont compris, si c'était compliqué, en général ça passe bien et derrière ils nous identifient bien, ils identifient bien aussi les autres professionnels.

Suzie : Ok et est-ce que tu as identifié des leviers qui t'ont permis d'avoir une reconnaissance en tant qu'ergothérapeute ?

E5 : Oui, le fait qu'il y avait déjà 2 collègues ici avant que j'arrive. Le fait qu'il y a eu un 1^{er} ergo qui a vraiment créé sa place, qui a vraiment appuyé sur ce que c'était l'ergo, le fait qu'il y a eu avant des stagiaires qu'il n'y avait pas d'ergo ici au départ et qu'il y avait que des stagiaires en co-tut qui ont créé aussi leur place et qui ont créé cette dynamique là. Il y a aussi les actions que mène Y sur La passerelle, elle est très axé sur la recherche etc., elle est vraiment ancré sur La passerelle. Aujourd'hui elle représente vraiment un tournant important pour les collègues de La passerelle. Donc je pense que ça a été aussi des gros leviers et puis aussi ce qui était intéressant c'est que quand je suis arrivée, j'avais des collègues qui pensait comme moi, qui réfléchissait comme moi et ça c'est super agréable et c'est beaucoup plus facilitant derrière pour les accompagnements.

Suzie : Ok, d'accord. Tu as autres choses à dire sur ça ?

E5 : Bah écoute non.

**L'identité professionnelle des ergothérapeutes diplômés sous l'arrêté de 2010 et
pratiquant avec le Modèle de l'Occupation Humaine : des vecteurs dans leur
reconnaissance identitaire au sein d'une équipe pluridisciplinaire**

DEVRIENDT Suzie

Résumé : Dans le paradigme ergothérapeutique actuel, les occupations sont estimées comme objectif et moyens d'intervention. Néanmoins, il est constaté chez les ergothérapeutes un flou identitaire, causé par des différences de modèle de pensée. D'ailleurs, au sein des relations socioprofessionnelles, leur rôle n'est pas toujours identifié, bien que cela tende à évoluer. Cette évolution s'explique grâce à l'émergence de modèles conceptuels spécifiques à l'ergothérapie comme le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) : il aurait un impact favorable dans l'identité professionnelle des ergothérapeutes. **Méthodologie :** Pour cette étude, il a donc été intéressant de questionner l'impact du MOH sur leur construction identitaire. **Résultats :** Cinq entretiens auprès d'ergothérapeutes ont été réalisés, les outils et le vocabulaire du MOH renforcent l'identité professionnelle des ergothérapeutes en modifiant les représentations d'autrui. **Conclusion :** Au-delà des outils et du vocabulaire, le MOH apporte une pratique significative pour l'ergothérapeute donc sa reconnaissance auprès des autres n'en est que favorisée. Cependant, la compréhension du modèle reste complexe et demande un temps d'assimilation.

Mots-clés : Ergothérapeute, Modèle de l'Occupation Humaine, Identité professionnelle, Equipe pluridisciplinaire.

Abstract : In the current occupational therapy (OT) paradigm, occupations are valued as the aim and the means of intervention. Nevertheless, there is a confusion of identity among OTs, caused by differences in thinking patterns. Moreover, within socio-professional relationships, their role is not yet identified, although this tends to change. This development is due to the rise of conceptual models specific to OT such as The Model of Human Occupation (MOHO) : it might have a favorable impact on the professional identity of OTs. **Methods:** For this study, it was therefore interesting to question the impact of the MOHO on their identity construction. **Results:** Five interviews with OTs were conducted. **Conclusion:** The tools and vocabulary of the MOHO enhance the professional identity of OTs by modifying their perception of others. Beyond the tools and the vocabulary, the MOH brings a meaningful practice for the OTs therefore its appreciation by the public is enhanced. However, understanding the model remains complicated and requires time to assimilate it.

Keywords: Occupational therapy, Model Of Human Occupation, Professional identity, Multidisciplinary team