



Institut de formation en Ergothérapie de Paris
Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en
Ergothérapie

L'identité professionnelle et les modèles ergothérapeutiques



*Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de
l'U.E. 6.5 sous la direction de Monsieur Sylvain Homé*

Note aux lecteurs : « Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné ».

Remerciements

Sous la direction de Sylvain Homé, maître de mémoire, que je remercie pour sa disponibilité et ses conseils. Je souhaite également remercier l'ensemble des professionnels ergothérapeutes ayant bien voulu participer à mes entretiens, leur expérience transmise a considérablement enrichi le contenu de cette étude. Merci à l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie ADERE de m'avoir guidé pour le choix de mon sujet de recherche. Enfin un grand merci à ma famille et mes amis pour leur soutien.

Table des matières

INTRODUCTION	5
PARTIE THEORIQUE	8
I - Concept de l'identité professionnelle	8
1 - De l'identité individuelle à l'identité groupale	8
2 - Qu'est-ce qu'une profession ?	9
3 - L'identité professionnelle	10
II - L'ergothérapie, l'essor d'une profession	11
1 - La naissance de la profession d'ergothérapeute	11
2 - Questionnement autour de l'identité professionnelle des ergothérapeutes	12
3 - Le rôle professionnel	15
4 - La formation, élément moteur de la reconnaissance sociale des ergothérapeutes	19
5 - Mémoire de fin d'études et identité professionnelle	21
6 - Conclusion de la partie II	22
III - Les modèles conceptuels généraux, élaborés par des ergothérapeutes en lien avec l'identité professionnelle	23
1 - Les modèles conceptuels au sein de la profession ergothérapeute	23
2 - Les modèles généraux dans la pratique des ergothérapeutes.	25
A - Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)	25
B - Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)	27
3 - Rôle des modèles conceptuels généraux ergothérapeutiques	29
A- La conceptualisation, une structuration de la pratique bénéfique	29
B - Élargir son champ de vision	30
C - Pratiques fondées sur des données probantes	31
D - Diagnostic ergothérapeutique	32
4- Conclusion partie III	33
IV - Hypothèse	33
PARTIE EXPÉRIMENTALE	34
I - Méthodologie de recherche	34
1 - L'outil utilisé	34
2 - La population interrogée	35
3 - Limite et problèmes rencontrés	35
II - Présentation des données et analyse	36
1 - Connaissance de la personne : Profil des ergothérapeutes	36

2 - Identité de l'ergothérapie	37
a - Représentation de la profession	37
b - Valorisation du rôle de l'ergothérapeute	38
c - Identification du rôle de l'ergothérapeute en lien avec le sentiment de valorisation	40
3 - Identification du rôle de l'ergothérapeute	41
a - Les raisons amenant à la difficulté de situer le rôle de l'ergothérapeute	41
b - Délimitation des compétences	42
4 - Apport théorique	43
5 - Les modèles conceptuels	44
a - Centrés sur notre pratique : sur la personne, sur l'activité, le quotidien	45
b - Connexion à l'identité ergothérapeutique	45
c - Bénéfice dans la transmission des informations aux autres professionnels	45
d - Cadre structurant, formalisation de la pratique	46
e - Uniformiser les pratiques entre les ergothérapeutes, meilleure collaboration	46
f - Intégratif : possibilité d'utiliser d'autres concepts	46
g - Limites et confrontations des idées	46
6 - Conclusion de l'analyse	48
DISCUSSION	49
1 – Vérification de l'hypothèse	49
2 – Limites de l'étude	51
3 – Recommandations	52
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXE	60
<i>Annexe 1 : Guide d'entretien</i>	60
<i>Annexe 2 : Troisième entretien</i>	65
Identité professionnelle et modèles ergothérapeutiques	71

INTRODUCTION

Le mémoire de fin d'études en ergothérapie est l'aboutissement de trois années, associé à la délivrance du diplôme d'Etat. Ce travail est donc fondamental pour les étudiants ergothérapeutes et constitue une étape décisive avant la fin de la formation. Le choix du thème de chacun résulte de la motivation personnelle et de l'expérience acquise au cours de la formation, ainsi chaque sujet de mémoire dépend de la multiplicité des profils des étudiants.

Le questionnement à l'origine de ce travail de recherche a débuté par la comparaison des différents stages effectués en santé mentale au sein de ma promotion. Lors du bilan de fin de stage, une élève témoigne d'une pratique en ergothérapie basée sur un modèle psychodynamique qui reposait sur l'utilisation de techniques psychocorporelles et de médiations expressives à visée thérapeutique. Ayant fait mon stage dans un centre référent de réhabilitation psychosocial et de remédiation cognitive, ma conception de la pratique ergothérapeutique en santé mentale semble tout à fait différente. Au regard de cette constatation, j'orienterai ma problématique sur l'importance des approches et des modèles conceptuels ainsi que l'influence qu'ils ont sur la pratique de l'ergothérapeute exerçant en santé mentale.

Depuis peu, le fondement de l'ergothérapie s'appuie sur des approches et des modèles conceptuels permettant à notre profession d'être davantage considérée par les autres corps de métier et d'avoir une représentation plus structurée de notre pratique. En effet, le diplôme d'Etat existe depuis 1970 mais le terme de modèle n'était jusque-là pas mentionné explicitement. C'est depuis le processus de Bologne en 1998 revu en 2010, visant au rapprochement des systèmes d'études supérieures européens, que les modèles sont alors stipulés et considérés comme fondamentaux dans l'enseignement des études en ergothérapie et donc dans notre pratique au quotidien.

Je me suis tout d'abord intéressée au mot "approche". D'après le dictionnaire Larousse l'approche est "une action, une manière d'aborder un sujet ou un problème". Le rapporter ensuite à l'ergothérapie était plus compliqué. Lorsque l'on s'intéresse à ce terme dans les écrits scientifiques ergothérapeutiques, beaucoup de données sont écrites mais peu sont en concordances. Ainsi les termes divergent, les mots "approche" et "modèle" se mélangent et une confusion règne ainsi chez les auteurs. Dans le livre de Marie-Chantal Morel Bracq

il est expliqué que ces différents termes “modèle”, “approche”, “cadre de référence” et “processus” ont été définis de façons très diverses et parfois contradictoires par les différents auteurs. Pour elle, la définition la plus parlante est celle de Brenton Kortman, datant de 1994, sur laquelle elle s'appuie pour le reste de son écrit.

Brenton Kortman regroupe “modèles”, “cadres de référence”, “paradigmes” et “approches” sous le nom de cadre théorique. Il explique dans un de ses articles, *The eye of the beholder : Models in occupational therapy*, que de nombreux théoriciens ont cherché à redéfinir ces termes pour enlever cette confusion chez les lecteurs. Dans les années 1980, Rachel Javetz et Noomie Katz, ergothérapeutes, répondant à une étude sur la connaissance qu'ont les cliniciens des aspects théoriques de la profession, n'avaient pas voulu répondre à cette question autour de ces mots théoriques affirmant qu'ils n'étaient pas compris de façon uniforme et acceptés dans la profession. Kortman tente alors de retracer l'histoire de ces mots. Il s'appuie uniquement sur l'utilisation anglaise, ici les termes “modèle”, “paradigme”, “approche” et “cadre de référence” ont été examinés à l'aide des classifications du thésaurus anglais de Roget. Un thésaurus est un outil linguistique qui permet de mettre en relation le langage ordinaire des utilisateurs, celui-ci évoluant avec le temps, et celui contenu dans les sources. Cette technique pallie les limites du langage naturel, très riche mais aussi souvent ambigu. Le thésaurus de Roget aligne les termes “modèle”, “cadre de référence” et “paradigme” sous le même mot clé de “prototype”. Le Macquarie Dictionary définit un prototype comme “l'original ou le modèle après lequel tout se forme”. Le Webster's Dictionary définit un paradigme comme un “modèle, exemple”. J'ai ensuite cherché des définitions comparables en français. Un paradigme est défini en épistémologie et dans les sciences humaines et sociales comme une représentation du monde, une manière de voir les choses, un modèle cohérent qui repose sur un fondement défini (matrice disciplinaire, modèle théorique, courant de pensée). Il est défini dans le Larousse comme un modèle théorique de pensée qui oriente la recherche et la réflexion scientifique. De cette même source, un modèle est défini comme ce qui est donné pour servir de référence, et l'approche comme la manière d'aborder un sujet. Ces définitions indiquent que ces termes sont tous synonymes, c'est-à-dire avec un sens grammatical analogue. En d'autres mots, ils sont interchangeables. De tous ces termes, plusieurs auteurs comme Brenton Kortman et Marie-Chantal Morel Bracq s'accordent pour dire que le terme “modèle” semble être le plus simple à utiliser par rapport à la théorie.

D'autres corps de métier utilisent ces mots. Dans l'enseignement par exemple, une

recherche de Geneviève Messier, doctorante en éducation, appuyée sur des réponses de l'AQPF (Association Québécoise des Professeurs de Français) a montré que les mots "approche" et "modèle" sont mélangés à d'autres comme "démarche, formule, méthode, procédé, pratique, procédure, stratégie, technique" et que la distinction de tous ces concepts est assez floue. En effet, la plupart des réponses recueillies témoignent de la méconnaissance et de l'incompréhension face à ces termes. Madame Messier évoque même le fait qu'il faut clarifier ces concepts pour comprendre la pratique enseignante. Pour près de 40 pourcents des participants, le fait de clarifier ces termes permettrait de favoriser la reconnaissance du métier, de légitimer l'éducation comme discipline.

Des témoignages affirment qu'il est essentiel d'avoir un langage commun afin d'avoir une rigueur dans la communication des actions.

Je me penche sur cet article qui me semble essentiel pour la suite de mon questionnement. Je me demande alors si cette difficulté de distinction de ces concepts, visibles également dans notre profession, a un impact sur notre pratique et si le fait d'exercer, avec, pour base un modèle défini, permet de favoriser l'essor de notre identité professionnelle.

Je me concentrerai donc sur les modèles conceptuels, plus clairs en ergothérapie, afin d'arriver à la question de recherche suivante :

Dans quelle mesure, l'utilisation de modèles conceptuels généraux ergothérapeutiques au sein de la pratique, participe-t-elle au renforcement de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ?

PARTIE THEORIQUE

I - Concept de l'identité professionnelle

I - De l'identité individuelle à l'identité groupale

L'identité fait partie des sujets de recherches sollicitant le plus d'intérêt à l'heure actuelle, expliquant la pléthore d'auteurs se penchant sur le sujet. Tout d'abord, si l'on recherche la racine étymologique du mot identité elle provient du latin "idem" qui signifie "le même". Cette définition partirait ainsi de l'idée que l'identité serait à la fois un concept d'identité propre, la relation que l'on a envers soi-même qui nous permet de se construire mais aussi d'identité groupale, ramenée à la ressemblance et la relation qui fait que "*deux réalités différentes sous de multiples aspects, sont cependant semblables et même équivalentes sous tel ou tel rapport.*" (Labarrière, 1990). L'identité s'élabore par rapport à l'autre, dans l'interaction, en relation avec l'image que l'on nous renvoie, on parlera de reconnaissance.

D'après la commission européenne "*L'identité d'un groupe d'individus est déterminée par les caractéristiques qui différencient ce groupe des autres groupes*". L'identité est donc ce qu'il y a de propre à un individu ou à un groupe, permettant de le distinguer des autres, ce qui amène à une notion de cohérence et d'unité. La fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada explique que cela peut entraîner une valorisation, un intérêt suscité par l'identité collective mais également un sentiment d'appartenance via l'esprit de groupe. Selon le sociologue Guy Rocher, "*Appartenir à une collectivité, c'est partager avec les autres membres assez d'idées ou de traits communs pour se reconnaître dans le « nous »*". Le sentiment d'appartenance est donc important dans l'élaboration d'un projet au sein d'un groupe, chacun d'entre nous désire être reconnu et accepté par les autres : il faisait d'ailleurs partie des cinq besoins vitaux dans la théorie d'Abraham Maslow au sein de sa pyramide élaborée en 1940. Cette idée est d'ailleurs reprise par Nicolas Sarrasin, président de l'Anima, centre de formation au Québec, qui ajoute que lorsque nous sommes rejetés ou que notre valeur est mise en doute par quelqu'un cela peut avoir des conséquences négatives sur l'estime de soi.

Pour conclure sur le concept de l'identité que l'on pourra ensuite rattacher à l'identité professionnelle, nous finirons par évoquer M. Alex Mucchielli, spécialiste des sciences de la communication. Sa définition, réunit parfaitement les différents axes que nous avons abordés ci-dessus et ajoute un point-clé, celui de la volonté d'existence, souvent évoqué dans l'identité professionnelle.

Selon lui, le sentiment d'identité serait composé de différents ressentis à la fois d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeurs, d'autonomie et de confiance, le tout organisé autour d'une volonté d'existence.

2 - Qu'est-ce qu'une profession ?

L'ergothérapie est définie par une profession du paramédical, nous nous intéressons tout d'abord au sens que cela apporte à notre identité. Au cours du temps, la vision du concept de la profession n'a cessé d'évoluer. Cette notion est tout d'abord arrivée au sein du modèle anglo-saxon, associée à un cursus particulier de formation, énoncée comme socialement nécessaire et avec un cadre de déontologie attribué. Puis le courant de sociologie française refusant le cadre jugé trop étroit de ce modèle s'est construit autrement, enlevant ce paramètre hiérarchique mais en privilégiant le côté plus structuré de la profession. Elle se distingue de nos jours du métier également dans le type de savoirs mis en jeu et leur mode d'acquisition.

Ici nous nous appuyerons sur la longue étude de Raymond Bourdoncle qui explique qu'une profession fait appel à une activité sollicitant des savoirs savants et qui se *“professe”*, autrement dit s'appuie sur des écrits et s'enseigne par la voie orale. A la suite de son écrit, il élabore une série de critères qui déterminent une formation professionnalisante. Il en retire 4 points essentiels : tout d'abord la sélection des entrants sur le plan quantitatif et qualitatif avec un *numerus clausus* attribué et décidé par la loi. En second, la formation d'une profession vise à la construction d'une identité professionnelle de l'étudiant et de l'adhésion à la culture professionnelle des praticiens en exercice formant ainsi un *“esprit-corps”*. Pour Ridha Ben Slama, auteur et politicien, *“l'esprit-corps est à créer et à conforter pour permettre à une profession qui recherche l'excellence des qualités, d'exister et à ses membres de travailler ensemble”*.

Ensuite, la formation est délivrée par des intervenants, professionnels en exercice et non des professeurs. La continuité de l'activité professionnelle permet aux intervenants des apprentissages de savoirs et savoir-faire de façon continue (adaptation aux évolutions dans le cadre des nouveautés techniques ou des nouvelles technologies par exemple), ce qui favorise l'insertion professionnelle des futurs diplômés. Enfin, la qualité de l'enseignement fait intervenir des critères d'évaluation utilisés par les apprenants, les élèves n'ont donc pas seulement un droit de regard sur leur formation, ils en sont acteurs et au centre du projet. La profession vise à ce que l'apprenant soit impliqué, *“Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends.”* (Benjamin

Franklin). Dans une revue spécialisée sur l'éducation et sur la construction des compétences d'un apprenant, il est expliqué qu'un élève doit être motivé par le motif d'agir. Ainsi son activité devient signifiante et porteuse de sens dans la mesure où il est à l'initiative de la construction de son projet. Nous pouvons d'ailleurs observer que cette dimension de l'apprentissage a une importante connotation ergothérapeutique par l'évocation des termes "agir" et "activité signifiante".

Ainsi toutes ces mesures reflètent bien nos études en ergothérapie et par conséquent notre entrée dans la profession.

3 - L'identité professionnelle

L'identité professionnelle est avant tout une identité sociale ancrée dans une profession. Elle est le résultat de l'incorporation de l'ensemble des savoirs professionnels et "*cela confère à l'individu une rationalité qui fait de lui un expert et lui permet d'exercer un certain travail interdit aux autres*" (thèse : Le rôle de l'identité professionnelle). C'est à dire que les savoirs et savoir-faire spécifiques qui sont mis en avant, singularisent les individus et ne sont pas partagés par d'autres car si tout le monde a les mêmes connaissances, les professions ne sont plus clairement identifiées. L'identité professionnelle est composée à la fois de valeurs communes, d'un sentiment d'appartenance, d'une représentation professionnelle, de reconnaissance et valorisation, et a essentiellement un rôle social permettant à ses membres d'évoluer dans un milieu sécurisant, un cadre structuré où des compétences communes sont validées et de se "reconnaître et se nommer, par-delà le contexte d'exercice". (Blin, p15).

Tout d'abord, la représentation professionnelle : elle permet une juste lecture de la réalité. Dans sa thèse, Jean-Bruno Bernard explique que plus l'inscription dans identité professionnelle est prégnante, plus les représentations professionnelles propres et spécifiques sont présentes et stables. De plus, c'est également grâce aux représentations professionnelles que l'identification et donc par conséquent la différenciation des professions est facilitée. Enfin, Abric explique en 1994 qu'elles ont des fonctions d'orientation et de justification des pratiques professionnelles.

Ensuite la reconnaissance ; Il est vrai que la plupart des personnes exerçant une activité professionnelle en éprouvent le besoin. Pour le philosophe Axel Honneth cela est même un élément clé de la construction identitaire. L'identité professionnelle permet une reconnaissance des individus et permet donc d'être actif, d'avoir une place dans la société. Elle assure également l'appartenance à un groupe social bien défini. Claude

Dubar et Sainsaulieu expliquent dans leur écrit que cette reconnaissance sociale en y ajoutant un aspect biographique, permet à chacun de s'identifier les uns par rapport aux autres. La reconnaissance répond donc à la question de la quête identitaire et permet ainsi la construction et la confirmation de sa profession. Regroupant ces deux idées, l'article de El Akremi, le rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail explique *“Nous postulons que non seulement le travail peut être appréhendé comme un cadre spatio-temporel d'une construction identitaire affirmée (ou infirmée) par la reconnaissance issue des relations professionnelles mais, comme activité, il devient l'ingrédient même de cette construction identitaire”*. Cela amène à la reconnaissance des qualifications professionnelles, des connaissances, des aptitudes et des compétences acquises. Pour qu'une profession soit reconnue, il faut dans un premier temps qu'elle se fasse connaître par les différents acteurs faisant partie de l'environnement professionnel puis par un cercle plus large par la suite. Dans notre profession, c'est d'ailleurs les étudiants qui sont souvent à l'origine de projets pour la promotion de l'ergothérapie.

Pour conclure sur l'identité professionnelle *“c'est un processus actif de maturation d'une profession, d'un corps social, qui se traduit par une progression constante. Ce processus se caractérise par la capacité de la profession à se structurer, à s'organiser, à se développer, à exister comme un tout indivisible.”* (Aballea, 1991).

II - L'ergothérapie, l'essor d'une profession

1 - La naissance de la profession d'ergothérapeute

C'est en 1918 qu'ont lieu les prémices de l'ergothérapie, la profession ayant pris naissance aux États-Unis par le biais d'une infirmière nommée Susan Tracy. Après avoir observé l'efficacité de la mise en activité sur les personnes souffrant de troubles psychiques, elle fut considérée par la suite comme étant la première ergothérapeute. Par la suite la profession élargit son champ d'intervention en médecine physique pendant les deux guerres mondiales et se développe en France par l'intervention des ergothérapeutes au sein des hôpitaux militaires. C'est à partir de l'année 1954 que l'ergothérapie se fait véritablement connaître en France, il n'existe alors aucun diplôme reconnu par l'État valorisant notre pratique thérapeutique. Il est expliqué dans la thèse de Claude Wagner, *“ergothérapie dans le champ des professions paramédicales : positions, prises de position et représentations”*, qu'à cette époque, alors que les kinésithérapeutes bénéficient de la reconnaissance de leur qualification par le diplôme d'État depuis 1946, les premiers ergothérapeutes, considérés comme ambassadeurs d'une nouvelle méthode, doivent

encore prouver leur efficacité. En effet, la reconnaissance passe alors uniquement par le regard des collègues et de la hiérarchie, l'ergothérapeute s'identifie plus à un groupe de professionnels paramédicaux que celui d'une réelle discipline à part entière, c'est le commencement d'une dynamique identitaire. Les ergothérapeutes revendiquent alors un titre précis, celui de professionnel de santé. Après la création des deux premières écoles d'ergothérapie en octobre 1954 à Nancy et à Paris, les représentants ergothérapeutes s'inscrivent dans une démarche plus précise, celle des professionnels paramédicaux. L'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) est ensuite créée en 1961 ce qui donne de l'ampleur à cette démarche. Elle est depuis plus de cinquante ans le principal organisme représentatif de la profession et fait partie du Haut Conseil des Professions Paramédicales. L'ergothérapie était à cette époque décrite dans le Grand Larousse Encyclopédique comme étant *“un mode de traitement destiné à la réadaptation des malades et des blessés au moyen de l'apprentissage de travaux thérapeutiques”*. Le diplôme d'État apparaît enfin en 1970, délivré par les services du ministère de la Santé : il est alors le vecteur premier de la légitimation de la profession et reconnaît les savoirs d'une technique subordonnée par le décret d'actes. Par la suite, un nouveau référentiel a été créé avec dix compétences définies permettant aux jeunes diplômés d'entrer dans une profession plus structurée, plus reconnue participant au sentiment d'appartenance. Ce nouveau programme, mis en place par le ministère de la santé et des sports, permet à la profession d'entrer dans le circuit d'étude LMD (Licence Master Doctorat) participant également à la reconnaissance de la profession. Comme l'explique Claude Wagner dans sa thèse, une telle réglementation participe à l'émergence d'un esprit corps et à un sentiment d'appartenance à la profession. Nonobstant, la quête de reconnaissance des ergothérapeutes continue : entre autres, nombre d'entre eux, soutenus par l'ANFE, revendiquent le droit au remboursement par la Sécurité sociale pour les cabinets libéraux. En effet, l'association explique que cela favoriserait la dynamique du maintien à domicile auprès des personnes vieillissantes.

2 - Questionnement autour de l'identité professionnelle des ergothérapeutes

Au-delà de cette légitimité bureaucratique acquise au fur et à mesure, les ergothérapeutes s'intéressent selon la notion Wébérienne à la légitimité, se rapportant à la reconnaissance sociale et faisant lien avec le besoin identitaire évoqué plus haut. La notion de reconnaissance sociale correspond à *“un processus d'identification où chaque membre du groupe pose un regard sur l'autre membre. Il s'agit d'un système d'interactions,*

d'échanges qui impliquent l'intériorisation ou l'assimilation de normes, de modèles"
d'après la socialisation et formation de M. Lesne et Y. Minvielle.

En France, la plupart ne connaissent pas le métier et les professionnels semblant plus concernés tels que les médecins ou les paramédicaux connaissent en général mal la profession. Cela complexifie le questionnement qu'un ergothérapeute peut se poser autour de son identité professionnelle. Une étude de Thierry Dorval a d'ailleurs montré qu'au sein d'un institut, la connaissance de l'autre reste vague et que cela participe au flou général des repères de chaque acteur. Dans l'article "qu'en est-il de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ?" (ErgOTHérapies, 68, page 19) il est question d'un colloque entre ergothérapeutes ayant eu lieu en 2015. Il est abordé le fait que la question "suis-je véritablement ergothérapeute ?" revient au moins une fois au cours de sa carrière, qualifiée d'inévitable".

Cette question est récurrente puisqu'une étude scientifique élaborée dans le cadre de l'ANFE montre qu'un grand nombre de professionnels ergothérapeutes rencontrent des difficultés à expliquer ce qu'est l'ergothérapie et à spécifier leur rôle au sein d'équipes interprofessionnelles. Comme C. Wagner l'a écrit il y a maintenant plus de 10 ans "*La question de la place de l'ergothérapie est une constante dans l'histoire de cette profession*". Une étude faite en 2017, portant sur 135 ergothérapeutes français exerçant en santé mentale a permis d'en savoir plus sur le sujet sensible de la reconnaissance que leur renvoie leur environnement professionnel (revue ErgOTHérapies, n°68). Les résultats montrent que la moitié d'entre eux ressentaient peu ou pas de reconnaissance. De plus, l'étude a également montré que les principales difficultés rencontrées par les ergothérapeutes au travail par rapport à leur identité professionnelle en santé mentale étaient :

- La méconnaissance de la fonction de l'ergothérapeute de la part des équipes, dirigeants et des patients (19,8 %),
- Le manque de valorisation du rôle de l'ergothérapeute en santé mentale avec pour conséquence d'être accessoire (17,4 %),
- La transformation du secteur de la psychiatrie notamment à cause de la politique d'austérité (15,7 %),
- L'absence d'ergothérapeute dans différents types de structures due à la méconnaissance du champ de compétences (13,2 %),
- La concurrence avec d'autres professionnels au niveau des postes et des réseaux (14,9 %).

Au milieu d'une équipe, le sentiment d'identité professionnelle de l'ergothérapeute semble donc bien souvent instable, il n'est cependant pas le seul professionnel dans cette situation, comme le fait remarquer Thierry Dorval dans son mémoire de cadre de santé : les psychomotriciens, les auxiliaires de puériculture et les aides-soignantes, les infirmières spécialisées en bloc opératoire travaillant de pair avec les infirmiers diplômés d'État autour du même champ opératoire, les infirmiers en psychiatrie ou encore les éducateurs spécialisés. Il est donc vraisemblablement normal qu'une équipe pluridisciplinaire soit régulièrement en difficulté pour gérer l'équilibre de collaboration entre les différents acteurs. Ce besoin de reconnaissance relève donc d'une crise identitaire dont nous cherchons à trouver l'origine. L'article cité plus haut a permis de déterminer certaines composantes de celle-ci. Par exemple, la première idée émise est le fait que certaines médiations utilisées en ergothérapie peuvent être communes à d'autres professionnels de santé. Les activités se ressemblent et il est alors difficile de reconnaître la spécificité de l'ergothérapie.

Ensuite, la coanimation de groupe, présente dans toutes institutions, peut également participer à l'effacement des spécificités de chaque profession. Thierry Dorval aborde également ce point en racontant une expérience de son vécu personnel au sein d'une institution en santé mentale. Un des axes forts de la prise en soin était basé sur la sociothérapie, avec comme moyen d'intervention un grand nombre d'ateliers médiatisés comme la peinture, la musique, l'expression corporelle, l'écriture, tout ceci encadré exclusivement par l'équipe infirmière. Seulement quelques ateliers comme "expression corporelle", "eau et thérapie", "écriture" et "terre" étaient animés par un binôme psychomot-infirmière ou ergo-infirmière. Il explique, qu'en observant le déroulement d'un tel groupe coanimé, il était alors impossible de déterminer les spécificités de chacune des professions, chaque acteur agissant de façon identique. Il parle alors de "confusion de positionnement" et de "perte de lisibilité des spécialités". De plus, certaines institutions ne favorisent pas la spécificité de l'ergothérapie. En l'occurrence certaines d'entre elles ne font pas la différence entre une salle dédiée aux activités thérapeutiques et l'ergothérapie en tant que profession. Des salles sont alors nommées "ergothérapie" sans même la présence d'un ergothérapeute.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'origine de la profession provient de celle d'infirmière ce qui ne facilite pas toujours la différenciation entre les deux, particulièrement en santé mentale *"difficile de faire reconnaître cette profession surtout en psychiatrie où l'on confond animation, occupation et thérapie du fait de nos activités supports [...] je pense*

que l'avenir de l'ergothérapie en psychiatrie est très compromis. La hiérarchie infirmière veut avoir la mainmise sur toutes les prises en charge et considère que les infirmières peuvent tout faire” (Wagner, 2005, page 88).

Il est vrai que la polyvalence de notre métier fait notre richesse mais elle trace également des lignes de faiblesse comme le souligne l'article de George, M. (ErgOTHérapies, 68, page 19). La suite de l'écrit explique un élément important, celui d'une "structure interne" de la profession, pouvant probablement être aidée par l'utilisation de conceptualisation, comme les modèles conceptuels. En effet, les ergothérapeutes utilisent souvent des cadres de référence et des outils créés par des psychologues ou d'autres corps de métier. Nous évoquerons notamment l'approche psychanalytique qui a fortement influencé la pratique des ergothérapeutes en santé mentale (Bowyer et al., 2008), l'approche cognitivo-comportementale de plus en plus utilisée (Sassolas, 2012 ; Guilé, 2016) ou encore le PPH, processus de production du handicap créé par Patrick Fougeyrollas, anthropologue. Les ergothérapeutes français demeurent donc peu habitués à l'utilisation de modèles conceptuels ergothérapeutiques, ainsi qu'aux évaluations standardisées (Bowyer et al., 2008 ; ANFE, 2016). Or une étude a récemment montré qu'en faisant le choix d'un modèle créé par des psychologues plutôt que par des ergothérapeutes, les actions de prise en soins apparaissent davantage fondées sur la psychologie que sur l'occupation (Ashby, Gray, Ryan & James, 2017). Dans d'autres professions de santé, comme celle d'infirmière, un cadre de référence est également utilisé pour uniformiser les pratiques et avoir un langage commun. *“Il s'agit d'un ensemble de valeurs et de normes, propres à un groupe professionnel, et qui précise en quelque sorte, les conditions de mise en œuvre du système d'expertise. Ce système de référence constitue l'univers moral de la profession en même temps qu'il participe à l'identification de son identité”*. (Michel Jouet Le Port, Infirmière métier ou profession).

3 - Le rôle professionnel

Définir l'ergothérapie n'est pas chose facile, notamment en raison de la multiplicité des champs d'interventions sollicités par cette profession, qualifiée même de "nature polymorphe" par certains auteurs. En général, l'ergothérapie s'apparente à un versant autant rééducatif que réadaptatif, cependant cette idée paraît insuffisante pour se rendre compte des possibilités d'interventions dans le cadre thérapeutique d'une prise en soin. Essayons donc de construire une définition complète pouvant établir les contours de notre profession. Tout d'abord l'étymologie du mot "ergothérapie" provient du grec *ergon*

signifiant l'activité ou le travail et *therapia*, thérapie en français. En étudiant la racine langagière du mot "ergothérapie" le principe fondamental serait donc l'élaboration d'une discipline thérapeutique par l'activité, le terme "occupational therapy" désignant la profession en anglais rejoint donc bien cette idée. Les bienfaits de l'activité sur la santé ont d'ailleurs été remarqué bien plus tôt puisque déjà à l'époque Hippocrate expliquait que cela "*maintient la mobilité articulaire, redonne de la puissance au muscle affaibli, accélère la convalescence et améliore le psychisme*" et les peuples Chinois et Égyptien en exprimaient déjà les vertus en 2000 avant J.-C. A partir de cette réflexion, de différents écrits scientifiques et principalement des connaissances acquises au cours de la formation nous allons essayer d'en élaborer une définition plus actuelle.

L'ergothérapeute s'occupe de patients atteints de troubles moteurs, psychiques ou mentaux se trouvant en situation de handicap lors de la réalisation d'activités de vie quotidienne. Les notions d'autonomie et d'indépendance y sont donc grandement associées puisque ce sont les objectifs principaux en ergothérapie. La distinction entre ces deux concepts est souvent négligée dans le langage courant mais mérite d'être clarifiée pour comprendre les différents actes de notre profession.

D'après le Larousse, l'autonomie répond à la capacité qu'a une personne à prendre ses décisions seule, la faculté de choisir et d'obéir à ses propres lois. Alors que l'indépendance résulte de l'action faite suite à cette décision, la capacité fonctionnelle à réaliser une tâche souhaitée. Pour cela l'ergothérapeute va proposer un projet de soin en collaboration avec le patient pour pallier à ses difficultés. Selon les incapacités évaluées au préalable, l'ergothérapeute sollicitera chez le patient, en fonctionnel : l'apprentissage gestuel, l'amélioration de la préhension en dextérité fine et dissociation des doigts, l'entraînement aux transferts, proposera des exercices favorisant l'utilisation des facultés cognitives, l'attention visuelle, en santé mentale : l'expression de soi à travers une médiation, le réinvestissement de l'occupation ou encore, un travail sur la contenance psychique, toujours dans le but de regagner de l'indépendance et de l'autonomie. Le deuxième versant est celui de la réadaptation, l'ergothérapeute peut proposer des aides de compensation comme des aides techniques, animalières ou humaines. Il peut également proposer des aménagements ou la réorganisation de l'environnement de la personne pour faciliter ses activités domestiques.

En ergothérapie la vision holistique est donc une des caractéristiques principales de la discipline : l'homme est considéré comme un tout qui interagit avec son environnement (Meyer, 1922). Dans sa thèse, Claude Wagner explique qu'après avoir procédé à un bilan

auprès de la personne en situation de handicap, l'ergothérapeute peut choisir différentes techniques aussi variées qu'inventives pour aider la personne à retrouver, en partie voire en totalité, ses capacités et une certaine indépendance. *“Parmi les techniques utilisées, il y a bien entendu le travail et l'occupation par des tâches très diverses qui vont de la vannerie, du tissage, en tant qu'activités de base traditionnelles par exemple, à des activités de la vie quotidienne comme le ménage, la conduite d'une voiture ; d'autres ergothérapeutes privilégieront des exercices plus élaborés parfois ludiques, etc. Les objectifs ou la finalité de l'activité est de rendre le patient le moins dépendant possible”.*

En France l'ergothérapie est réglementée par l'article R.4331-1 du Code de la Santé Publique et par le décret du 5 juillet 2010 pour la formation.

L'article dit : *“contribuer, aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.”*

Les actes que les ergothérapeutes peuvent effectuer, sur prescription médicale, sont :

- Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles ;
- La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction permettant d'accomplir les actes définis au 3°, à l'exclusion des actes mentionnés à l'article L. 4321-1 ;
- Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail :

a) La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel ;

b) La rééducation de la sensori-motricité ;

c) La rééducation des repères temporo-spatiaux ;

d) L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante ;

e) Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation ;

f) Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations ;

- g) La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création ;
- h) Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social ;
- i) L'expression des conflits internes ;
 - L'application d'appareillages et de matériels d'aide technique appropriés à l'ergothérapie. Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement.

Une telle réglementation participe au respect des champs d'intervention de chacune des professions réglementées en France. Cela contribue également à délimiter les contours de notre profession aux yeux de la loi.

Il est intéressant de voir la définition de l'ergothérapie abordée dans d'autres pays afin de se rendre compte du socle commun de la profession. Par exemple, l'association des ergothérapeutes suisses explique *“La profession d'ergothérapeute appartient au groupe des professions médicothérapeutiques. L'ergothérapie est indiquée chez les patients souffrant d'une limitation de leurs possibilités d'agir de manière autonome causée par un accident, par une maladie ou un handicap physique ou psychique, par des problèmes d'origine sociale ou par des troubles du développement ; cette limitation peut être passagère ou définitive. Le but de l'ergothérapie est de lutter contre les effets de la maladie ou du handicap et de promouvoir le maintien ou l'amélioration des capacités d'action du patient dans les activités de sa vie domestique, sociale, professionnelle.”* Sylvie Meyer explique que le but, la finalité de l'ergothérapie n'est pas expliquée de façon assez détaillée et y ajoute un point faisant partie de la définition construite par l'association canadienne des ergothérapeutes :

- Rétablir le fonctionnement. Il s'agit d'aider le client à recouvrer sa capacité fonctionnelle maximale.
- Maintenir le fonctionnement. Il s'agit d'aider la personne à conserver ce qui lui reste de sa capacité fonctionnelle.
- Développer la capacité fonctionnelle. Il s'agit de faciliter l'apprentissage graduel de nouvelles aptitudes ou l'organisation des aptitudes nécessaires à l'accomplissement d'une tâche donnée.
- Prévenir le dysfonctionnement. Il s'agit de rétablir, d'améliorer ou de développer les habitudes de santé.

En Belgique le même concept d'autonomie est repris par Adant, en 1995. Il énonce le texte suivant : L'ergothérapie est une discipline paramédicale qui vise à maintenir ou à développer l'indépendance et l'autonomie des personnes qui présentent une déficience, une incapacité ou un handicap dans le secteur des activités de la vie journalière, des activités scolaires, professionnelles et ménagères et de loisirs.

Ainsi même s'il existe des disparités du métier au niveau mondial, notamment dans le nombre d'années d'études ou la considération du métier, il y a une réelle définition commune structurant la profession. Depuis 2010, est instaurée une journée mondiale de l'ergothérapie, le 27 octobre, confortant ce sentiment de cohésion.

4 - La formation, élément moteur de la reconnaissance sociale des ergothérapeutes

La formation professionnelle nous permet d'acquérir des connaissances spécifiques, des nouvelles techniques avec un savoir-faire particulier, ainsi que savoir identifier et défendre nos compétences. Tout cela dans le but d'obtenir un diplôme, signant la finalité du cursus et permettant d'exercer la profession souhaitée. La durée de la formation est constituée de trois années d'études, mais la plupart des étudiants effectuent une année au préalable en PACES, en étude de biologie ou en prépa spécifique, afin de préparer le concours d'entrée. En effet le Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français qualifie la formation de très sélective. En effet, sur une promotion, plus de 95 pourcents des élèves sortent d'un baccalauréat général scientifique (Bac S), avec par la suite, l'intégration dans un Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) pouvant se faire selon certaines modalités énoncées par la loi.

- La réussite aux épreuves d'admissions directes organisées par les IFE ; l'étudiant doit être âgé de 17 ans minimum et titulaire d'un baccalauréat ou équivalent. Cependant, à cause de la sélection, ce cas est réduit à 2%. Les étudiants effectuent en général une, voire deux années de préparation.

- Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES). Les étudiants peuvent poursuivre leurs cursus en deuxième année en entrant dans les instituts de formation en ergothérapie qui dépendent de cette université.

- Accès aux sportifs de haut niveau. Chaque année les Instituts de Formation en Ergothérapie proposent un certain nombre de places aux Sportifs de Haut Niveau retenus par la Commission Nationale convoquée par le Ministère en charge des sports.

- Être titulaire d'un diplôme d'ergothérapeute extracommunautaire.

- Les titulaires du diplôme d'État d'infirmier obtenu avant 2012 ou du diplôme d'État de sage-femme, d'une licence et les personnes ayant accompli et validé le premier cycle des études médicales peuvent se voir dispensées des épreuves d'admission et de la validation d'une partie des unités d'enseignement de la 1ère année, selon l'article 31 de l'Arrêté du 5 juillet.

Suite à cela, une formation initiale est dispensée en institut de formation spécialisé en ergothérapie. Une telle sélection apparaît comme une volonté de la part de la profession à élever le niveau des candidats, une dynamique qui, comme l'écrit dans son livre Anne Perrault, participe à une élévation du niveau du diplôme d'État et donc à une reconnaissance statutaire. L'organisation des études s'effectue en deux parties distinctes mais intimement liées, comme en parle Claude Wagner dans sa thèse : les connaissances théoriques, dispensées dans les instituts, s'enrichissent des connaissances pratiques apprises en situations professionnelles lors des stages essentiellement. Au terme de cette formation initiale, les étudiants disposent des compétences et des savoirs requis pour exercer la profession. Actuellement, le lien étroit entre les Unités d'Enseignements et les compétences permet la professionnalisation des savoirs. Au sein de la formation de nombreuses Unités d'Enseignements sont étudiées, comme les sciences humaines et sociales (psychologie, philosophie, sociologie, ethnologie, anthropologie, droit), les sciences médicales (rhumatologie, neurophysiologie, arthrologie, myologie, psychiatrie, cardiologie, traumatologie), les fondements et processus de l'ergothérapie ou encore les méthodes, techniques et outils d'intervention de l'ergothérapeute par exemple. Tant de matières qui constituent un large champ d'études, exposant bien la polyvalence de notre champ d'action. Pour autant, cela peut également suggérer la raison d'une telle difficulté à discerner les contours de la profession.

De plus, comme nous l'avons abordé dans la partie II.2, Raymond Bourdoncle a, dans un de ses écrits, définit les caractéristiques d'une profession professionnalisante. Nous allons donc les reprendre une par une et en faire le lien avec les études d'ergothérapie.

- o Le recrutement et la sélection à l'entrée : Le nombre limité de places ainsi que la sélection qualitative des étudiants en ergothérapie témoignent du respect de ce fonctionnement.

- o Le dispositif de formation doit favoriser la construction d'une identité professionnelle de l'individu : L'esprit de promotion, de travail d'équipe, est une notion centrale de la formation. Les apprentissages théoriques et pratiques sont réalisés dans une dynamique pédagogique où l'étudiant a le sentiment d'être impliqué dans l'évolution de la pratique

professionnelle et ainsi appartient déjà à l'unité d'un esprit-corps. De plus, il y a des liens forts avec le milieu professionnel, particulièrement par la réalisation de cinq stages, le premier d'un mois et les autres de deux mois chacun.

o Les modes d'attribution et de reconnaissance sociale des diplômes : Comme le dit Raymond Bourdoncle, la formation en ergothérapie est "extéro-référencée", les intervenants ont donc une formation continue, les savoirs et savoir-faire sont donc actualisés ce qui permet aux élèves une insertion plus aisée dans le milieu professionnel. Le diplôme est quant à lui délivré à la fin de la formation avec le mémoire de fin d'étude. Le jury de la soutenance est composé de professionnels de santé donnant une valeur qualitative à l'évaluation.

o La qualité de l'enseignement fait intervenir des critères d'évaluation par les étudiants : A titre d'exemple, à l'institut de formation de l'ADERE, à la fin de chaque semestre, les étudiants ergothérapeutes attribuent différentes notes anonymes à chaque unités d'enseignement, dans le but de faire évoluer positivement la formation pour les promotions futures.

Ces critères justifient donc la professionnalisation des ergothérapeutes et permettent donc de qualifier l'ergothérapie de socialement organisée et reconnue, comme l'indique le courant sociologique français que nous avons abordé au début.

Enfin, la formation s'inscrit, depuis 2010, dans le processus de réforme des études paramédicales, faisant maintenant partie du parcours Licence-Master-Doctorat. Ce changement permet aux étudiants d'avoir en même temps que leur diplôme un titre de licence, correspondant à la licence des "Sciences de l'éducation" et celle des "Sciences sanitaires", la poursuite d'études est donc possible. Certains ergothérapeutes français sont maintenant reconnus comme doctorant, permettant désormais de nombreuses recherches scientifiques dans le domaine de l'ergothérapie, ce qui met en valeur l'ensemble de la profession.

5 - Mémoire de fin d'études et identité professionnelle

Le terme "mémoire" fait la plupart du temps référence à une production argumentative écrite et une soutenance à contenu scientifique, complétée par une exigence institutionnelle évaluative, associée, pour l'étudiant, à la délivrance du diplôme de fin d'étude. Pour autant, le mémoire n'est en vérité pas cantonné à cette fonction scolaire mais va au-delà de cette notion de cadre pédagogique et de ces critères d'évaluation. En effet, l'étymologie suggère qu'ils méritent d'être conservés et feuilletés puisque ce mot

vient du latin "memoria" signifiant aptitude à se souvenir ou recueil de souvenirs. Les mémoires de fin d'étude sont liés à l'expérience professionnelle de l'étudiant ; il est donc obligé de se référer au passé et en même temps porte son regard sur l'avenir. Les mémoires participent donc activement à faire enrichir les connaissances intellectuelles et à faire évoluer l'analyse de la pratique professionnelle. Le questionnement des futurs diplômés reflète les préoccupations actuelles et donc illustre l'évolution de la profession. Comme le dit l'article de Brigitte Bouquet et Marcel Jaeger, cette réflexivité est ouverte et questionnante. Il existe d'ailleurs un collège de recherches ayant pour mission de favoriser et promouvoir la recherche en ergothérapie et certains articles scientifiques sont inspirés de questionnements et de données établies dans les mémoires. La diffusion de ces travaux effectués dans le cadre des formations professionnelles initiales a donc parfois un retentissement dans le milieu professionnel. L'écrit participe dans ce cas à la mise en place de nouveau processus et joue un rôle d'agent du changement.

De plus, les mémoires peuvent être lus par des personnes extérieures à la formation ainsi que le jury qui ne fait pas forcément parti du cercle restreint de la profession, ce qui participe à la promotion et à la reconnaissance de l'ergothérapie. *“C'est aussi une composante importante dans l'affirmation d'une identité professionnelle et expliciter le champ des compétences”* (DEA sur le travail des diplômés et de l'identité professionnelle, 1997).

6 - Conclusion de la partie II

Il semble important de conclure cette partie sur la dynamique actuelle de la profession et sa potentielle évolution dans le futur. Nous avons commencé par la naissance de l'ergothérapie, continué par l'essor d'une profession qui se développe et prend progressivement sa place au sein des paramédicaux. Aujourd'hui, nous assistons à une montée en puissance de l'ergothérapie, avec un nombre d'instituts de formation croissant, (une augmentation de 15 IFE depuis 2012, recensés cette année au nombre de 25) ainsi qu'un nombre important d'ergothérapeutes qui s'élève maintenant à 12 000 en France. Le besoin en ergothérapie s'accroît. Il est notamment lié au vieillissement de la population et à la politique de renforcement du maintien à domicile.

De plus, la domotique permet d'imaginer un avenir prometteur pour la profession, avec le développement des outils numériques pour la communication, des systèmes de téléalarmes et des commandes domotiques permettant de gérer son environnement, par exemple. Cependant cette question autour de l'identité professionnelle ergothérapeutique

reste à défendre. Cela se ressent notamment dans certains écrits, où l'ergothérapie aspire à une volonté de se distinguer davantage. Par exemple l'UNAEE (Union Nationale des Associations des Etudiants en Ergothérapie) s'est exprimée à propos de la nouvelle réforme d'étude prévue pour 2020 qui prévoit un changement sur les modalités de sélection en Institut de Formation en Ergothérapie. Plusieurs propositions de réforme du système d'études ont été proposées, toutes présentant des avantages et des inconvénients. Suite à cette découverte, l'association essaie d'éclairer les ergothérapeutes sur le sujet ; pour elle, l'importance d'en prendre connaissance et d'avoir un avis précis sur la question est essentiel.

L'UNAEE se questionne si les modalités de sélection par "Parcoursup" seront assez satisfaisantes pour réguler le nombre d'étudiants. Deuxièmement, est-ce qu'une sélection au niveau des licences n'amènera pas le même problème qu'en médecine, à savoir des choix par défaut, réduisant le sentiment d'esprit corps de promotion et donc de la profession. Enfin, presque en tant que "militantisme" pour une reconnaissance de l'ergothérapie, l'UNAEE aborde une modalité d'inscription qui permettrait *"de favoriser l'interprofessionnalité entre les différents métiers du paramédical ainsi que de promouvoir l'ergothérapie."* Ainsi que *"il est à noter que ce passage de 3 à 5 ans permettrait une revalorisation du métier d'ergothérapeute"*. Pour faire le lien avec l'identité de la profession, ces citations peuvent rappeler l'approche interactionniste qui explique que l'identité est une relation entre l'assignation par les autres et la revendication de soi.

Nous avons évoqué plusieurs fois l'utilisation de modèles, permettant peut-être de structurer la pratique et donc probablement de favoriser une meilleure vision plus globale de l'ergothérapie par les autres professionnels de santé. Mais qu'est-ce que l'utilisation des modèles conceptuels généraux ergothérapeutiques peut apporter de plus ?

[III - Les modèles conceptuels généraux, élaborés par des ergothérapeutes en lien avec l'identité professionnelle](#)

1 - Les modèles conceptuels au sein de la profession ergothérapeute

Comme nous l'avons vu au début, les modèles ne sont pas faciles à définir. Marie-Chantal Morel Bracq explique qu'ils sont en perpétuelle évolution suite à leur mise en pratique et aux recherches associées et que cela rend leur présentation générale compliquée.

C'est pourquoi nous nous appuyerons sur plusieurs définitions pour clarifier ce concept.

D'après Brenton Kortman, il y a quatre grands types de modèles, dont le dernier est à part. Les modèles dits professionnels, aussi appelés "appliqués" par M. C. Morel Bracq, qui couvrent un domaine particulier comme le modèle ludique qui ne s'applique qu'en pédiatrie en ergothérapie.

Les modèles de délimitation, aussi appelés "généraux" par M. C. Morel Bracq, sont ceux que l'on aborde le plus en formation c'est à dire les modèles qui donnent une direction à notre plan d'intervention auprès des patients, comme les modèles biomécanique, psychanalytique ou comportemental.

Les modèles d'application, aussi appelés "de pratique" par M. C. Morel Bracq, s'apparentent plutôt à des techniques spécifiques souvent liées à un modèle de délimitation, comme le modèle Bobath ou Perfetti.

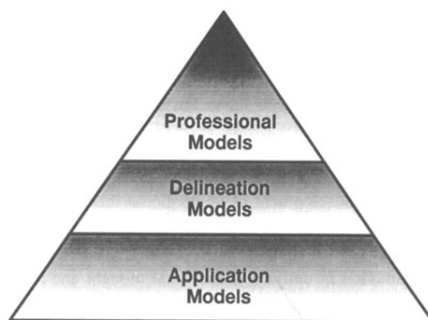


Figure 1. A hierarchy of occupational therapy models.

Enfin, les modèles personnels sont à classer séparément et ne sont pas pris en compte dans la version de M. C. Morel Bracq. Ils sont expliqués comme la façon dont chaque thérapeute essaie, à sa propre façon, de suivre un modèle. En effet chacun d'entre nous peut interpréter les modèles, filtrer inconsciemment ou consciemment certaines parties et ainsi les utiliser en les adaptant tout en gardant les éléments fondamentaux.

Marie-Chantal Morel Bracq ajoute à cette définition qu'un modèle est nécessairement schématisable. Ainsi ce qui ne l'est pas serait plus justement appelé cadre de référence ou schème de référence. *"En fait, tous ces termes sont le reflet de la complexité des modèles."* (Marie-Chantal Morel Bracq, 2009)

Nous nous appuyerons donc sur cette définition pour la suite. Dans son ouvrage, elle explique qu'utiliser un modèle conceptuel serait comme prendre un instrument pour regarder. Une paire de lunettes grossissantes ou colorées, mettant en évidence certains aspects plutôt que d'autres. Elle définit un modèle conceptuel comme étant *"une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées*

philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique.”

2 - Les modèles généraux dans la pratique des ergothérapeutes.

La nouvelle édition du livre “les modèles conceptuels en ergothérapie” donne une place encore plus importante à la catégorie des modèles généraux pouvant s'adapter à de nombreuses situations, de nombreux contextes. Ils peuvent être interprofessionnels et utilisés par des ergothérapeutes ou bien, élaborés par des ergothérapeutes et donc plus spécifiques à notre profession. Marie-Chantal Morel Bracq insiste sur le fait que cette dernière catégorie est essentielle pour comprendre, argumenter et spécifier notre profession au sein des autres professionnels. C'est un outil supplémentaire afin d'exercer la pratique de façon originale auprès des personnes bénéficiaires de nos compétences. Nous nous concentrerons donc sur deux modèles généraux élaborés par des ergothérapeutes et donc spécifiques à notre profession qui sont le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) de Gary Kielhofner et le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) de l'Association Canadienne des Ergothérapeutes.

A - Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Ce modèle a été publié dans les années 80, il est à ce jour le modèle le plus largement répandu en ergothérapie à l'échelle internationale. Il s'agit du premier modèle à être centré sur l'occupation dans une pratique et favorise l'idée que l'interaction dynamique entre celle-ci, l'individu et son environnement est essentielle pour comprendre de façon plus juste le comportement humain.

Dans ce modèle, Gary Kielhofner étudie l'être humain selon trois axes : l'être, l'agir et le devenir. Les mots repris dans la représentation schématique du modèle seront écrits en gras.



L'être : Il identifie trois composantes chez la personne qu'il nomme la **volition**, l'**habituat**ion et la **capacité de rendement**. La personne est donc au centre, avec en premier ses motivations à agir et tout ce qui contribue à ses choix d'activités, que ce soit l'intérêt personnel porté sur l'activité, l'expérience ou encore le sentiment d'efficacité. Le principe est que sans la motivation, l'être humain a tendance à perdre toutes les opportunités lui étant offertes par son environnement. Ensuite les habitudes de vie, permettant un terrain de confort et une organisation dans son quotidien avec une certaine routine, également présente dans les rôles sociaux. Et enfin, ses capacités, liées au système organique. Les capacités étudiées sont à la fois objectives mais surtout subjectives en prenant en compte le vécu de la personne. Ces trois composantes expliquent les choix des activités et l'intérêt qu'elles apportent.

L'agir : Il est composé par trois niveaux d'actions. Tout d'abord la **participation occupationnelle**, qui fait référence à l'engagement d'une personne par rapport à son occupation. Ensuite la **performance occupationnelle** qui correspond à la réalisation de ses activités, on peut ainsi dire qu'elle soutient la participation. Et enfin, lorsque la personne exécute les différentes actions elle mobilise des **habiletés** qui peuvent être motrices ou de communication par exemple.

Le devenir : Les conséquences de ces interactions sont l'**identité** occupationnelle et les **compétences** occupationnelles qui vont permettre l'**adaptation** occupationnelle des nouvelles façons de faire et des nouvelles activités quotidiennes de la personne. L'identité c'est notre rôle, nos valeurs, nos relations, c'est un mélange de ce que l'on est et de ce que nous souhaitons être par la suite. La compétence est assimilée à la capacité de la personne à réaliser son identité occupationnelle, l'action qu'elle va mettre en place pour maintenir une participation satisfaisante dans son quotidien.

Toutes ces interactions sont liées et interdépendantes de l'**environnement** de la personne. L'environnement ici ne se réduit pas à la description de ses caractéristiques mais correspond plutôt à l'analyse de l'interaction de chaque système, entre l'environnement matériel ou social.

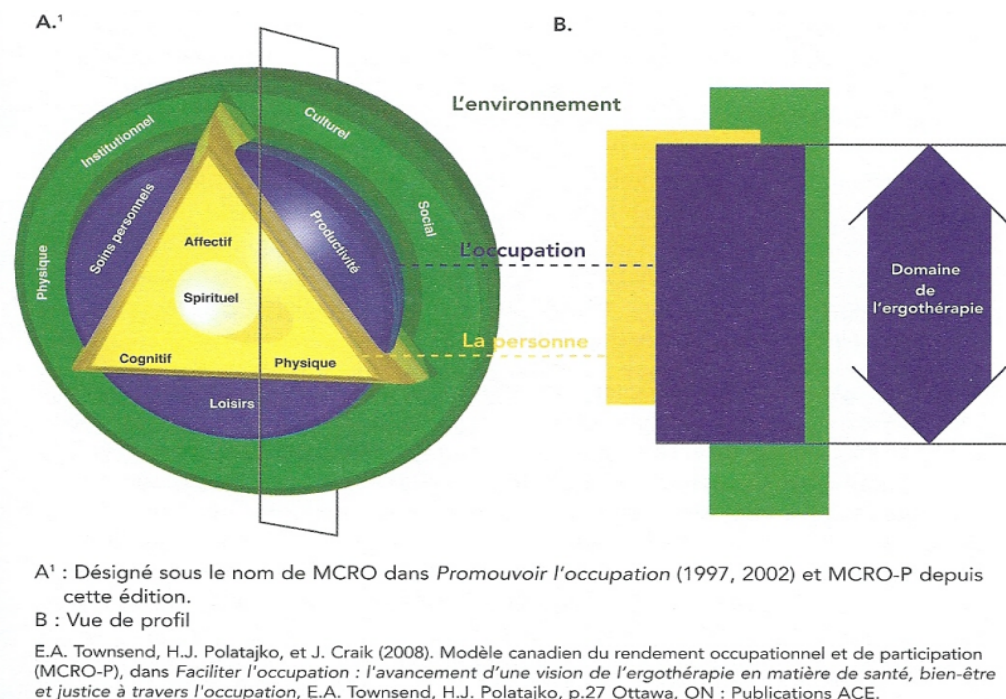
Le modèle du MOH est un modèle de référence solide en ergothérapie qui met en lumière la nature occupationnelle de l'être humain. Il est basé sur des données probantes en réadaptation psychosociale et constitue une base importante pour la création d'outils

cliniques ainsi que la réalisation de parcours de soin au plus proche du projet de la personne. (article janvier 2019, ergo-psycho).

B - Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)

Ce modèle a été élaboré par l'Association Canadienne des ergothérapeutes et a été publié pour la première fois en 1997 en Français et en Anglais. L'objectif de sa création était de faire comprendre la spécificité de l'ergothérapie aux autres professionnels.

Ce modèle est, comme le MOH, axé autour d'une interaction dynamique entre le patient au centre, ses occupations, son environnement et intègre d'autres concepts tel que la spiritualité au cœur de la personne et le rendement occupationnel.



Dans ce modèle chaque catégorie regroupe plusieurs composantes.

Tout d'abord, la personne. Elle est représentée par :

- La **dimension affective**, qui regroupe les sentiments et leur gestion (comportement social).
- La **dimension cognitive**, qui regroupe les fonctions cérébrales (perception, concentration, mémoire, compréhension, jugement et raisonnement.) Mais aussi l'organisation de la pensée (idée délirante, discours désorganisé, incohérence dans le discours)
- La **dimension physique**, qui regroupe toutes les fonctions sensorielles, motrices et

sensori-motrices.

- La **spiritualité**, qui répond à la quête de sens de l'être humain, ses valeurs fondamentales ainsi que ses objectifs de vie.

Ensuite l'environnement. Il est représenté par :

- L'environnement **social** : liens formels et informels entre les personnes
- L'environnement **culturel** : En lien avec des questions ethniques, raciales, cérémonieuses dans une vie en communauté
- L'environnement **institutionnel** : les règles et politiques de vie en communauté, système légal, politique, économique
- L'environnement **physique** : ce qui est présent dans la nature et ce qui a été construit (routes, jardins, véhicules de transport)

Dans tout cela, le rendement occupationnel est une notion plus complexe ; tout d'abord les occupations ont été classées suivant plusieurs catégories qui sont les **soins personnels** (comment la personne s'occupe d'elle-même, sa capacité à prendre soin d'elle), la **productivité** (qui contribue à l'épanouissement social et économique et engendre la plupart du temps des revenus) et enfin les **loisirs** (activités liées au divertissement). Promouvoir l'occupation signifie guider la personne tout au long de la démarche qui lui permettra de choisir, d'organiser et d'accomplir les activités significatives pour elle. Une fois que le terme occupation est plus clair, le rendement occupationnel peut être évoqué comme *“La capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations, définies sur le plan culturel et correspondant à son groupe d'âge, lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté.”* (ACE, 1997, page 34). Ainsi il est expliqué qu'une difficulté rencontrée dans une dimension pourrait être compensée dans une autre, ce qui n'affecterait donc pas forcément le rendement occupationnel. L'évaluation liée à ce modèle est basée sur une cotation subjective du patient de sa performance et de sa satisfaction par rapport à celle-ci.

L'outil associé à ce modèle est appelé la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnelle), elle permet au patient de classer par ordre de priorité ses situations problématiques actuelles et de coter sa satisfaction par rapport à celles-ci.

3 - Rôle des modèles conceptuels généraux ergothérapeutiques

Marie-Chantal Morel Bracq fait un constat simple : en France, les ergothérapeutes ont longtemps fonctionné avec des modèles implicites, peu structurés ou empruntés à d'autres professions. Malheureusement ce fonctionnement complique parfois l'expression de ce qui est fait dans la pratique et ne permet pas de distinguer facilement la spécificité de l'ergothérapie. Il faut dire que, comme le souligne la SIFEF (Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français) la spécificité de son intervention place l'ergothérapeute en interface du médical et du social, ce qui ne favorise pas non plus l'adoption d'un modèle. De plus, les modèles ergothérapeutiques ont été élaborés à l'étranger et une acculturation est parfois ressentie. Par exemple, les traductions de certains termes, pourtant essentiels en ergothérapie, comme le mot "occupation" qui peut avoir un sens péjoratif en français, sera donc rapidement remplacé par négligence ou volontairement en "activité" dans les écrits. Cependant plusieurs études montrent l'importance qu'ils ont au sein de notre profession. Une étude présentée par l'ANFE en 2012 visant à percevoir les représentations des ergothérapeutes sur leurs professions rapporte que 70 pourcents des personnes interrogées ont le souhait de poursuivre et compléter leur formation initiale, afin d'aller chercher des bases conceptuelles sur lesquelles s'appuyer pour étayer la compréhension qu'elles ont de leur profession. En effet, l'étude montre également la grande difficulté qu'ont les ergothérapeutes n'ayant pas eu de notion sur les modèles conceptuels dans leur formation initiale à définir clairement ce qui relève de leur pratique. *"Ce constat signant bien là, pour les auteurs, une identité professionnelle des ergothérapeutes qui, faute de pouvoir s'appuyer sur un référentiel fondateur commun, n'est pour l'instant qu'explicative."* (Thierry Dorval).

A- La conceptualisation, une structuration de la pratique bénéfique

D'après Marie Chantal Morel Bracq, l'intérêt initial est de procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention plus structuré et argumenté avec des outils d'évaluation cohérents ainsi que des résultats de recherche solides garantissant une démarche de qualité. Par exemple, les modèles comme le MOH ou le MCREO ont été élaborés en Amérique du nord, spécifiquement pour guider la pratique ergothérapeutique. Thierry Dorval, ergothérapeute et cadre de santé, s'appuie également sur cette théorie. Il explique que l'intérêt de l'utilisation de ces concepts est de permettre d'aider l'ergothérapeute dans sa méthodologie.

L'Association Canadienne des Ergothérapeutes précise avoir élaboré le MCREO *"dans un souci de clarification des rôles"*. On ressent donc bien, dans la création de ces modèles, la volonté d'une dynamique identitaire. De plus, une étude a été faite au Royaume-Unis en

2012, sur 429 ergothérapeutes. 262 ont répondu au sondage, la majorité exerçant leur profession en santé mentale. Une grande partie des ergothérapeutes ont indiqué qu'ils utilisaient le MOH afin d'améliorer considérablement leur évaluation, la fixation d'objectifs, la conduite de leurs interventions, ainsi que leur identité professionnelle en tant qu'ergothérapeute dans leur pratique. Les résultats montrent que l'utilisation du MOH augmente la qualité de soin pour les patients et renforce la stature professionnelle et l'identité des thérapeutes.

Etude parue au Royaume-Uni en 2012 :

Le modèle du MOH a :	Pas eu d'impact	Légèrement amélioré	Modérément amélioré	Très amélioré
Mon identité en tant que professionnel ergothérapeute	8.6 %	21.3%	34.8%	35.3%

Ainsi on peut voir ici grâce à ce sondage que la clarification des rôles et la structuration de la pratique ont une influence sur l'identité professionnelle et que l'utilisation d'un modèle spécifiquement ergothérapeutique peut l'améliorer.

Enfin comme l'explique Destailats, ergothérapeute, la démarche de conceptualisation est fortement impliquée dans le processus de construction de l'identité professionnelle étant donné que les situations de handicap sont expliquées et analysées selon le jargon professionnel spécifique, mettant en lien l'importance d'un langage commun.

B - Élargir son champ de vision

Ce qui fait la spécificité des modèles ergothérapeutiques c'est le fait qu'ils soient centrés sur l'action, l'agir ou encore la performance occupationnelle. Cela va permettre à l'ergothérapeute de mettre en place une intervention ergothérapeutique en fonction de la personne et de ses activités signifiantes et significatives dans son environnement, le tout dans un processus de changement thérapeutique.

Les modèles conceptuels ergothérapeutiques vont donc permettre d'établir une vision globale sur la situation de la personne. L'ergothérapeute ne cible pas seulement la pathologie ; d'après l'ordre des ergothérapeutes du Québec, il établit l'ensemble des liens qu'il peut repérer entre les dimensions de la personne, les facteurs environnementaux et le rendement occupationnel du client et grâce aux modèles conceptuels ergothérapeutiques, cette spécificité

est mise en avant. Cette spécificité fait donc partie de notre identité car elle est originale à notre pratique et notre profession.

Par exemple avec le MCREO, l'ergothérapeute sait qu'il doit documenter autant les dimensions de la personne que son environnement et les domaines associés au rendement occupationnel. *“Ainsi, outre les facteurs liés à la dimension physique, le MCREO l'enjoint également à documenter les autres dimensions (affective, cognitive et spirituelle) pouvant avoir un impact sur le suivi ergothérapeutique, les facteurs environnementaux pouvant influencer la situation du client (environnements institutionnel, culturel, physique et social) et, finalement, au cœur de sa collecte de données, l'ergothérapeute cherche à cerner les domaines de rendement actuels ou éventuellement perturbés du client dans ses soins personnels, sa productivité et ses loisirs”*. M. C. Morel Bracq explique que plus la situation est complexe plus l'ergothérapeute sera amené à diversifier ses points de vue pour appréhender le cas du patient de façon adéquate.

C - Pratiques fondées sur des données probantes

De nombreuses études internationales permettent aujourd'hui d'établir l'efficacité de l'ergothérapie, il s'agit aujourd'hui d'un service de santé essentiel (ANFE, 2017). L'appui des modèles conceptuels permet de fonder sa pratique sur des données probantes, étant donné que des recherches soutenues ont été réalisées et que ces projets ont été élaborés avec un certain recul. J. M. Caire explique que la pratique fondée sur les données probantes permet également d'optimiser les moyens et de légitimer les pratiques des ergothérapeutes aux yeux du système de santé, dans le contexte socio-économique actuel et que ce serait également un moyen de promouvoir le développement de l'ergothérapie, car *“la lecture scientifique objective notre pratique pour lui permettre d'évoluer”* (Caire, 2011). De plus, comme l'affirme Meyer, la rationalisation de nos pratiques permettrait une plus forte reconnaissance de la part du corps médical.

Or nous avons vu que la reconnaissance et la légitimité de la pratique aux yeux des autres professionnels influence notre représentation de la profession et donc par conséquent notre identité professionnelle.

La dynamique actuelle incite les ergothérapeutes à s'appuyer dorénavant sur des modèles conceptuels, afin de rendre plus scientifique et donc plus crédible leur pratique étant jusqu'alors développée sur un mode plutôt empirique. Cela peut être en effet un premier pas amenant les ergothérapeutes sur le chemin de la recherche. Car, sans celle-ci, il ne peut y avoir de véritable reconnaissance par la communauté scientifique.

D - Diagnostic ergothérapeutique

En 2017, Brousseau, Gauthier et Morel-Bracq mettent en évidence l'intérêt de recourir à des modèles centrés sur l'occupation pour fonder le raisonnement de l'ergothérapeute, n'excluant en aucun cas le recours à d'autres schèmes de références utilisés de manière complémentaire, notamment dans le raisonnement et l'énoncé du diagnostic.

En effet, ces dernières années ont été marquées par l'arrivée du diagnostic ergothérapeutique. D'après l'ANFE, *“Il devenait urgent que ce concept puisse être défini dans notre champ professionnel afin de clarifier la pratique des cliniciens et positionner les ergothérapeutes vis-à-vis des autres professions.”* L'arrivée du diagnostic ergothérapeutique a commencé en Amérique. Line constate en 1969 que les ergothérapeutes auraient du mal à faire développer leur profession tant que la définition des situations problématiques de la personne ne se ferait pas dans leurs propres termes. Le diagnostic ergothérapeutique est défini par *“un processus d'évaluation et d'analyse des symptômes d'une personne et de sa situation de handicap dans l'objectif de la mise en place d'un accompagnement personnalisé en ergothérapie”* (Sève-Ferrieu, revue ergOTHérapies numéro 40, 2010, page 51). Dans le guide du diagnostic en ergothérapie il est écrit qu'en décrivant le processus de pensée qui amène à poser un diagnostic ergothérapeutique, les auteurs apportent un éclairage fondamental à l'exercice et, à l'identité de la profession d'ergothérapeute. Ainsi quel que soit leur domaine d'activité, lorsque les ergothérapeutes communiquent, ils utilisent un langage spécifique commun et *“au-delà du choix des mots, ils se comprennent et se reconnaissent dans ce qui se révèle comme une identité professionnelle”* (guide du diagnostic en ergothérapie, Bernard Devin, Président du SIFEF, avant-propos, page X).

De plus, le diagnostic est également défini par un processus, guidé par un modèle conceptuel ergothérapeutique qui aboutit à la construction d'une image clinique de la personne permettant de concevoir le plan d'intervention en ergothérapie (guide du diagnostic en ergothérapie, G. Mignet, 2015, page 10). Les définitions du diagnostic divergent sur certains points, notamment dans les termes employés. Dans le guide du diagnostic en ergothérapie, il est dit que cette diversité tient aux différents cadres conceptuels qui sous-tendent la pensée et l'expression de ces auteurs. *“Définir ce qu'est le diagnostic ergothérapeutique implique donc un choix conceptuel en référence à des modèles généraux, du fait même des termes employés et des critères retenus.”* (guide du diagnostic en ergothérapie, 2017, page 12). De plus, l'outil du MOHOST (Outil d'évaluation de la participation occupationnelle), basé sur le modèle du MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) a spécialement été conçu afin de

structurer le recueil de données et pouvant donc faciliter l'élaboration du diagnostic ergothérapeutique.

4- Conclusion partie III

Finalement le rôle des modèles apparaît comme essentiel, que ce soit à travers les écrits, les différentes études parues, les sondages basés sur l'expérience des professionnels, il semblerait que l'on puisse faire un lien entre l'utilisation des modèles généraux ergothérapeutiques et l'identité professionnelle des ergothérapeutes. Comme Destailats l'explique, c'est en se différenciant dans son épistémologie que l'ergothérapie arrivera à construire une identité plus grande et plus forte, en ne se limitant pas aux critères définis par les autres professions. Pour conclure cette partie je m'appuierai sur cette citation *“La technicité ne suffit pas à identifier le professionnel, il est nécessaire qu'il puisse s'appuyer sur un modèle conceptuel commun bien défini afin de construire son identité professionnelle, celle qui rassemble et qui le rapproche de tous les ergothérapeutes.”* (Richard C, Colvez A et Blanchard N, 2012, page 42).

IV - Hypothèse

Pour rappel, notre problématique était *“Dans quelle mesure, l'utilisation de modèles conceptuels généraux ergothérapeutiques au sein de la pratique, participe-t-elle au renforcement de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ?”*

Pour répondre à celle-ci, nous proposons l'hypothèse suivante :

- **Les modèles généraux ergothérapeutiques font le lien entre la théorie et la pratique, ce qui permet de clarifier le champ de compétences de l'ergothérapeute et favorise une meilleure communication des actions auprès des interlocuteurs hors de la profession ; Ces facteurs participent au renforcement de l'identité professionnelle ergothérapeutique.**

PARTIE EXPÉRIMENTALE

I - Méthodologie de recherche

I - L'outil utilisé

Pour mon enquête, j'ai choisi d'utiliser un entretien semi-directif. D'après Imbert G. (2010), *“l'entretien semi-directif ou l'entrevue semi-dirigée est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives”*. L'entretien permet également d'avoir une expression plus spontanée et libre de la part des participants. Il est possible d'annoncer ou non notre sujet de mémoire (Romelaer P. 2005) : j'ai fait le choix d'écrire mon thème afin que les ergothérapeutes intéressés par ma démarche puissent me contacter. Cependant, ma problématique et mes hypothèses n'ont pas été révélées. Avant chaque entretien j'ai demandé si la mise en place d'un enregistrement était possible, ce à quoi les participants ont tous accepté. Les questions ont par la suite été construites afin de répondre à mes objectifs d'enquête en lien avec mes hypothèses.

L'objectif de mes entretiens était tout d'abord de questionner les composantes de l'identité professionnelle des ergothérapeutes. C'est-à-dire, avoir une idée de leur représentation professionnelle, leur vision de la reconnaissance de la profession, le vocabulaire employé, le sentiment de compréhension de la profession par les autres professionnels. Selon les réponses j'espère percevoir une différence entre les professionnels utilisant un modèle ou non mais aussi une différence entre les ergothérapeutes utilisant un modèle ergothérapeutique plutôt qu'interprofessionnel. Ensuite l'idée était de recueillir le ressenti de chaque professionnel sur la question des modèles, sur l'impact qu'ils pourraient avoir sur notre pratique, les plus-values mais aussi les freins que peuvent rencontrer les ergothérapeutes par rapport aux modèles ergothérapeutiques.

La réalisation des entretiens comprend plusieurs étapes (Imbert G., 2010) :

- La partie préalable au terrain : Dans cette étape il faut déterminer la population interrogée.
- Le pré-test et la validation du guide d'entretien : J'ai tout d'abord testé l'entretien semi-directif auprès d'un ami ergothérapeute, puis j'ai par la suite envoyé plusieurs versions d'entretiens à mon maître de mémoire pour avoir ses retours et ses conseils afin de pouvoir l'améliorer.
- L'accord d'une date et d'un lieu : Enfin, j'ai échangé par mail et via des réseaux

sociaux avec les ergothérapeutes afin de trouver une date et une heure qui pourrait convenir à chacun. Le lieu de l'entretien était soit sur le lieu de travail de l'ergothérapeute, soit par téléphone lorsque le lieu était trop éloigné. Ainsi sur les cinq entretiens réalisés, un seul s'est fait sur le lieu de travail de l'ergothérapeute, et les quatre autres par téléphone. Les entretiens ont une durée moyenne de 30 minutes.

2 - La population interrogée

J'ai choisi d'interroger des ergothérapeutes ayant un certain intérêt pour la question de l'identité professionnelle étant donné que mon appel à entretiens via les réseaux sociaux, évoquait déjà le sujet traité. Je n'ai pour autant mis aucune limite concernant l'utilisation ou non de modèles conceptuels. Les ergothérapeutes interrogés sont donc utilisateurs ou non de modèles : interprofessionnels, ergothérapeutiques ou aucun. Cette variation de profils m'a permis de recevoir des réponses à la fois variables et complémentaires quant aux enjeux de l'intégration de modèles ergothérapeutiques au sein de la pratique. Bien que certains ergothérapeutes n'en utilisent pas dans leur pratique professionnelle, cela a permis de recueillir leur avis sur l'intérêt à intégrer ce type de concept ainsi que d'en percevoir les limites que chacun peut rencontrer. Le répondant doit être un professionnel ergothérapeute, exerçant sa profession depuis au moins trois ans. Cela est important que le professionnel ait un recul suffisant étant donné que l'identité professionnelle se construit et est influencée selon le parcours de la personne. Cela fut mon seul critère d'exclusion : étant donné que le sujet porte sur l'identité professionnelle, malgré le fait qu'il y ait une forte diversité de domaines, entre la psychiatrie et le fonctionnel, il y a pour autant une seule ergothérapie. Tout ergothérapeute intéressé par la question pouvait donc participer.

J'ai commencé par publier un message sur plusieurs pages professionnelles de réseaux sociaux, puis contacté deux de mes anciens stages où les ergothérapeutes utilisent des modèles conceptuels ergothérapeutiques. Par la suite j'ai demandé à mes collègues de promotion si les ergothérapeutes de leur lieu de stage seraient éventuellement intéressés. Grâce à cela j'ai réussi à m'entretenir avec cinq ergothérapeutes.

3 - Limite et problèmes rencontrés

Malgré de nombreuses relances j'ai tout de même eu du mal à trouver des volontaires pour mes entretiens. Les deux stages auxquels j'ai pensé m'ont répondu positivement assez vite. J'avais donc deux entretiens avec des ergothérapeutes utilisant des modèles conceptuels ergothérapeutiques, il était cependant nécessaire d'avoir le ressenti d'ergothérapeutes n'en

utilisant pas.

Mais ce qui m'a pour autant mis en grande difficulté a été de trouver une date par la suite. Même si la réponse de mes précédents stages était positive, il fallait ensuite que les ergothérapeutes se mettent d'accord par rapport à l'équipe, que cela s'organise à un moment de leur journée de travail mais en dehors des prises en soin. De mon côté, il fallait que cela ne se déroule pas lors d'un événement important de mon stage. Le délai entre le mail de confirmation de l'entretien et la réalisation de celui-ci a pu mettre jusqu'à un mois. Cela m'a donc limité dans la réalisation de mes actions et m'a fortement ralenti étant donné que pour l'analyse il est nécessaire que tous les entretiens soient réalisés.

II - Présentation des données et analyse

1 - Connaissance de la personne : Profil des ergothérapeutes

Pour débiter l'analyse de mes entretiens je vais tout d'abord présenter à l'aide d'un tableau, le profil des quatre ergothérapeutes ayant participé à mon enquête.

Leur identité reste anonyme, je décide de les nommer E1, E2, E3, E4 et E5.

	Nombre d'années d'expérience	Domaine d'intervention	Type de structure	Type de modèle utilisé
E1	3 ans	rééducation/réadaptation auprès d'enfants autistes, présentant des troubles dys.	cabinet libéral	N'utilise pas de modèle conceptuel
E2	25 ans	santé mentale : Adulte	hôpital public, mi-temps intra hospitalier/CATTP	Modèle interprofessionnel psychodynamique
E3	9 ans	santé mentale : Adulte	centre référent de réhabilitation psychosociale et de remédiation	Modèle ergothérapeutique MOH

			cognitive	
E4	3 ans	rééducation/réadaptation, auprès de personne ayant subi un AVC, traumatisme crânien.	Association à but non lucratif, centre de rééducation	Modèle ergothérapeutique MCREO
E5	4 ans	rééducation/réadaptation, auprès de personne ayant subi un AVC, traumatisme crânien.	Clinique privé	Modèle ergothérapeutique MCREO

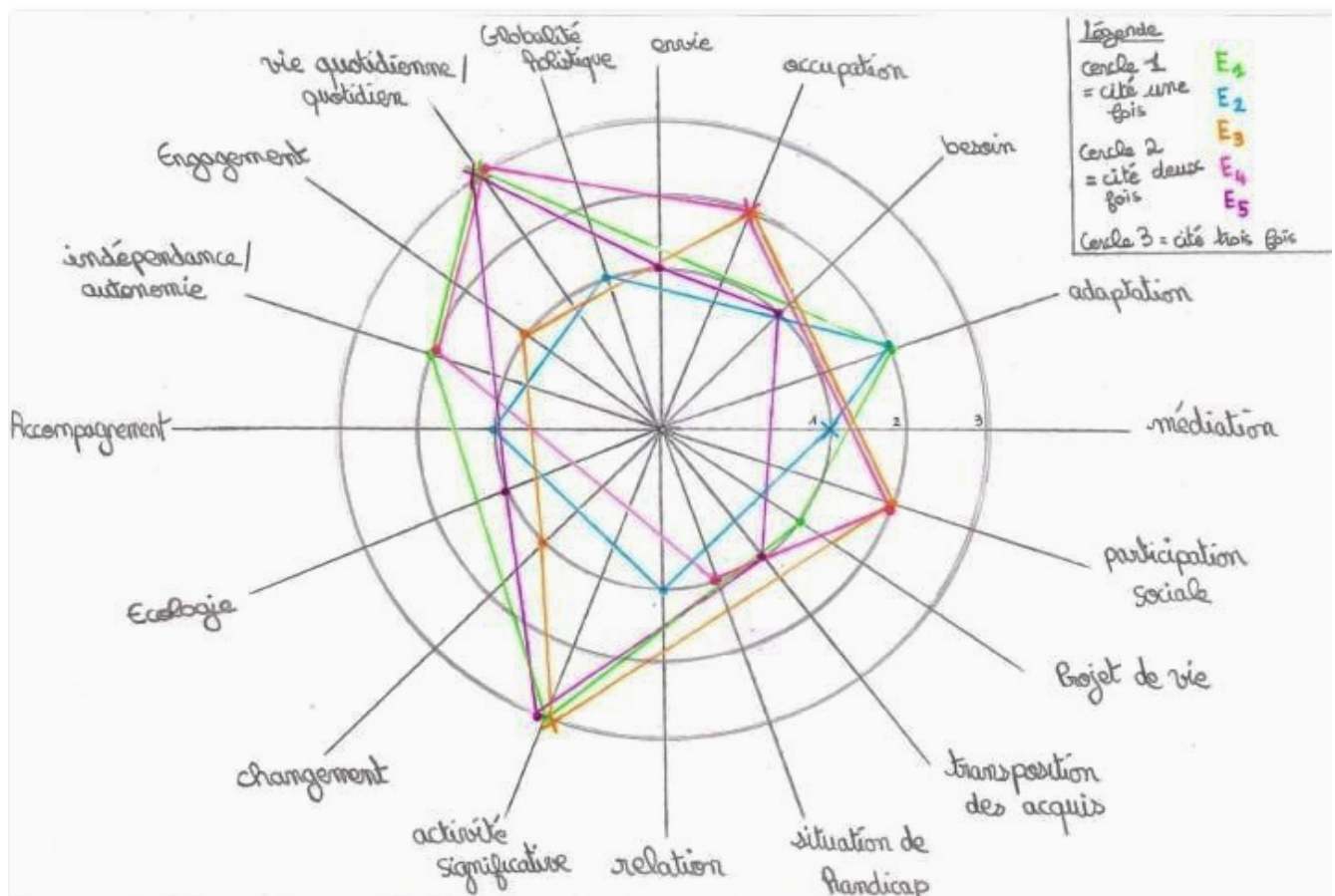
On peut observer que les profils des ergothérapeutes sont assez différents : certains ont plus d'expérience que d'autres et tous travaillent dans des structures différentes. Cette diversité de la population interrogée était souhaitée afin d'avoir un panel d'avis le plus large possible sur mon sujet de recherche. E2 a eu auparavant une expérience dans le domaine de la santé en tant qu'assistante dentaire. A savoir également que E2, E3 et E5 habitent dans des régions différentes.

2 - Identité de l'ergothérapie

a - Représentation de la profession

J'ai tout d'abord voulu voir la représentation qu'avait le professionnel ergothérapeute de sa profession. Un total de 18 mots représentatifs de la profession a été recueilli, les mots revenant le plus souvent ont été cités 3 fois au maximum sur 5 ergothérapeutes interrogés (*quotidien/vie quotidienne* par E1, E4, E5 et *activité significative* par E1, E3, E5). Quatre mots ont été cités 2 fois (*occupation* et *participation sociale* par E3, E4 ; *adaptation* par E1, E2 ; *indépendance/autonomie* par E1, E4). Les croix montrent le point de l'ergothérapie mis en avant par chacun des ergothérapeutes lors de l'entretien. Nous pouvons observer que plusieurs mots reviennent et que la définition de l'ergothérapie se recoupe, pour autant il y a tout de même une forte diversité de

vocabulaire pouvant expliquer la difficulté que les autres professionnels de santé peuvent avoir à situer notre profession. E4 *“l’ergothérapie c’est un métier qui est difficile à expliquer [...] parce que c’est tellement varié, tellement riche, que c’est difficile de le restreindre à une définition.”* De plus, certains mots sont issus du vocabulaire inter professionnel.

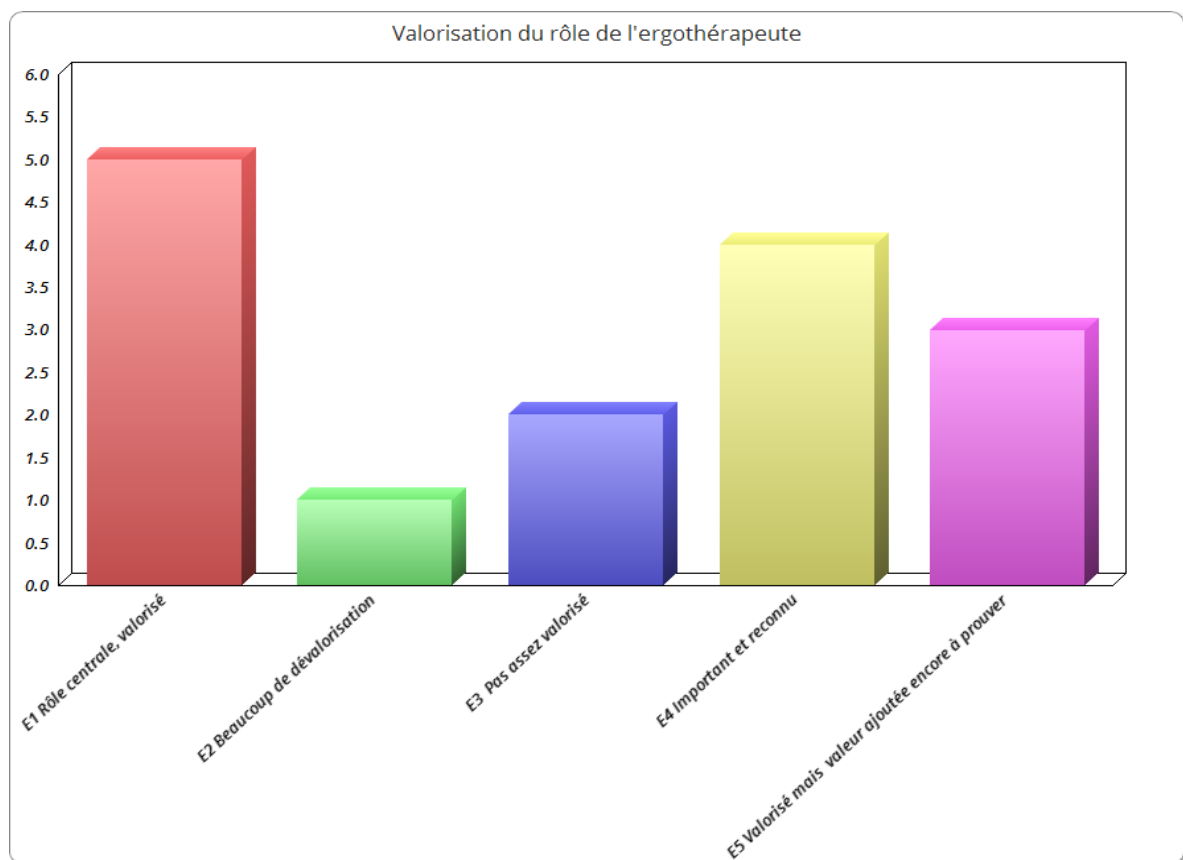


J’ai ensuite abordé le point de la spécificité de la prise en charge ergothérapeutique par rapport aux autres professions. L’idée générale évoquée est le côté global et holistique de la profession. E2 *“toute la vision globale, le lien que l’on est capable de faire entre heu... (rire) nous on dit en psy, on dit “entre la tête et les jambes””* E3 *“ J’ai envie de dire tout domaine car c’est assez global”* E4 *“l’essence même de l’ergothérapie c’est que l’on balaye vraiment toutes les sphères de la vie quotidienne et de la vie privée de la personne”*, ainsi la plupart des témoignages vont dans ce sens.

b - Valorisation du rôle de l’ergothérapeute

J’ai ensuite questionné les ergothérapeutes autour de la valorisation de leur rôle, de leur

place dans l'équipe ainsi que la place de l'ergothérapie au sein de l'institution. Nous avons vu dans la partie théorique que la valorisation a un rôle important dans la construction de l'identité professionnelle. Cette question est personnelle et est de l'ordre du ressenti de chacun, selon les ergothérapeutes interrogés, ceux-ci sont bien différents, également au sein d'un domaine partagé. J'ai représenté les différents ressentis sous forme de graphique en barres afin de mieux les visualiser et les classer de 1 à 5. 1 faisant référence à la dévalorisation ressentie par E2, et 5 à l'inverse faisant référence à l'avis très positif de E1 sur la valorisation de son rôle.



E1 *“l'ergothérapeute est la personne la plus écoutée donc ça c'est vachement positif. En tout cas c'est une des personnes les plus écoutées”*

E2 *“valorisation il n'y en a pas, de la dévalorisation beaucoup “ ; “c'est excessivement compliqué et même pour tous les collègues qui composent l'équipe d'ergo, il y a 4 ergothérapeutes et on a la même difficulté” ; “Faut vraiment batailler très très très très fort pour avoir une place”*

E3 *“J'en pense que ce n'est pas assez valorisé” ; “c'est un peu à nous d'aller rappeler qu'il y a des besoins et que c'est complémentaire” ; “j'ai l'impression qu'il faut pouvoir le rappeler, pour préciser quelle est la plus-value, la différence et la complémentarité dans*

l'accompagnement.”

E4 *“il n'y a pas de corps de métier qui est plus valorisé qu'un autre” ; “notre rôle est important et reconnu, en tout cas dans la structure” ; “tous sur le même piédestal”*

E5 *“la place de l'ergo est peut-être plus valorisée qu'il fut un temps, après je pense qu'il faut quand même encore aujourd'hui prouver notre valeur ajoutée”*

Le ressenti est exprimé différemment selon les ergothérapeutes, cela vient en partie du fonctionnement des structures et des acteurs avec qui ils travaillent. Cela impact différemment chaque professionnel, par exemple E2 qui se sent très dévalorisée explique *“ça nous oblige à être très, comment dire... très pointu sur ce qu'on fait, savoir exactement pourquoi et comment et être capable de le défendre à tout moment. Donc c'est triste, c'est lourd, mais en même temps je pense que c'est aussi ce qui fait qu'on va parfois très loin dans nos prises en charge ou dans la connaissance de notre travail. Donc, je ne vais pas dire que c'est un atout mais de temps en temps quand c'est très compliqué c'est ce... c'est ce à quoi je me rattache pour ne pas lâcher.”*

c - Identification du rôle de l'ergothérapeute en lien avec le sentiment de valorisation

Après avoir interrogé les ergothérapeutes sur le ressenti de leur valorisation je me suis interrogée sur le lien avec l'identification qu'ils ont au sein de leur structure. Les résultats montrent de façon claire que les ergothérapeutes se sentant moins valorisés évoquent également une représentation professionnelle aux yeux de leurs collègues fragile. Au contraire les ergothérapeutes qui ont le sentiment que leur profession est plutôt reconnue et comprise se sentent bien identifiés.

E1 explique qu'il se sent bien identifié par rapport aux autres professionnels qui lui adressent des patients même si cela est parfois un peu réducteur. Pour E4 *“l'ensemble du plateau technique connaît nos actions, nos objectifs, qui sont bien sûr individualisés, mais voilà ils savent quels sont nos champs d'intervention ici dans la structure”* même si les ordonnances des médecins ne sont pas toujours ergothérapeutiques et que l'équipe soignante ne connaît pas très bien leur rôle. E5 pense que l'identification de son rôle est plutôt bonne même s'il y a toujours des incompréhensions. Au contraire E2 explique que les autres professionnels de santé identifient les ergothérapeutes mais pas dans leur bon rôle, souvent associé aux *“faiseurs de pompons ou ceux qui font passer le temps”*. Et pour E3 *“non je pense que ce n'est pas assez identifié, tout comme ce n'est pas assez valorisé. Je pense que ce n'est pas assez clair.”*

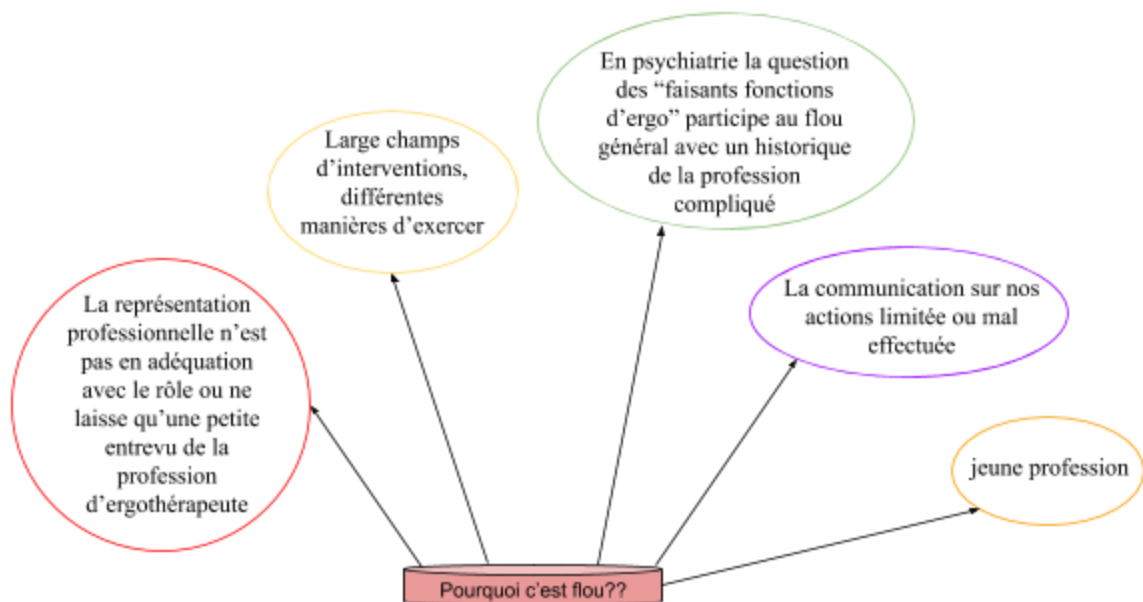
Nous ne pouvons pas faire de généralité mais en ce qui concerne les entretiens réalisés dans ce cadre de recherche, l'identification professionnelle de l'ergothérapeute en santé mentale semble tout de même plus fragile que dans les autres domaines de pratique, ce qui se retrouve également dans le ressenti de la valorisation.

3 - Identification du rôle de l'ergothérapeute

a - Les raisons amenant à la difficulté de situer le rôle de l'ergothérapeute

Les ergothérapeutes ont cité différentes causes pouvant être à l'origine d'une certaine méconnaissance ou incompréhension du rôle de l'ergothérapeute par les autres paramédicaux, médicaux ou soignants.

Sont retrouvés :



E1 *"nous encore on est juste caractérisé par fauteuil roulant, ordinateur, jeu" "encore une très jeune profession" "après c'est à nous aussi d'expliquer que l'on n'est pas juste des "pros" de l'ordinateur, qu'on peut faire autre chose."*

E2 *"elle est très très large en fait, déjà de par ses domaines d'action en général il y a tellement de domaines entre la rééducation, la réadaptation, l'aménagement" "en psychiatrie on porte le poids des "faisant fonction d'ergo" c'est-à-dire qu'il y a toujours eu des activités qui se sont faites pour faire fonctionner l'hôpital et du coup les gens ont l'impression que l'on est encore ça." "bin nous on a bataillé... Enfin moi ça fait 15 ans que je travaille sur cet hôpital, quand je suis arrivée il y avait des activités d'ergothérapie sans ergothérapeute. (rire en commun) Donc heu voilà et il y a que 3 ans que l'on a réussi à faire"*

changer de nom. Donc c'est très symbolique, et pourtant c'était une grosse bataille, à l'époque nous étions 6 ergos à batailler (rire) donc heu voilà, oui je pense que, enfin moi en tout cas je l'analyse beaucoup sur l'historique de notre profession et du travail des infirmiers."

E3 *"pouvoir justement informer et de pouvoir montrer concrètement, d'avoir un minimum de liberté d'action"*

E4 *"ça paraît flou parce que c'est difficile... c'est hyper vaste et du coup je pense que c'est difficile de définir le métier" ; "moi-même dans mes explications ça m'arrive de ne pas être forcément clair pour tout le monde" ; "un champ d'intervention qui est très, très vaste"*

E5 *"c'est une profession qui est encore jeune" "en tant qu'ergothérapeutes il faut qu'on arrive de manière générale à mieux identifier notre champ de compétences" "il y a beaucoup de manières d'exercer l'ergothérapie de manières différentes"*

En effet l'ergothérapie est encore une profession jeune datant du début du 20ème siècle. De plus, le fait que l'ergothérapie ait un large champ de compétences montre la polyvalence de la profession faisant notre richesse mais trace également certaines lignes de faiblesse comme le montre cette partie de l'entretien sur l'identification du rôle ergothérapeutique. Un point sur la communication de nos actions et de notre rôle revient plusieurs fois, E2 explique que parfois certaines institutions ne permettent pas de pouvoir expliquer clairement le rôle de l'ergothérapeute, ou de montrer les actions à mettre en place. Et E1, E4, E5 émettent l'idée que c'est parce que la profession d'ergothérapeute est trop vaste, il peut parfois manquer de clarté dans certaines de nos explications.

Je finirais par la difficulté abordée par E2, présente en psychiatrie. Il est vrai que l'origine de la profession étant étroitement liée avec la profession d'infirmière en santé mentale, la collaboration avec ce corps de métier peut parfois paraître compliquée, s'ajoute à cela les choix des activités supports pouvant être les mêmes comme l'évoquait Claude Wagner dans sa thèse.

b - Délimitation des compétences

Suite à la discussion sur le rôle de l'ergothérapeute qui n'est pas toujours clair au sein des équipes, j'ai voulu interroger la manière dont les ergothérapeutes s'y prenaient pour délimiter leur champ de compétences. Les ergothérapeutes pour qui l'identification de leur rôle semble globalement comprise par les intervenants avec qui ils travaillent, expliquent ne pas avoir besoin de délimiter leur champ de compétences. Il persiste tout de même quelques

incompréhensions et lorsque cela arrive, ils échangent avec les autres professionnels. A préciser que ces ergothérapeutes ont expliqué être en contact avec des intervenants ouverts au dialogue et ayant pris le temps de comprendre le fonctionnement ou du moins l'intérêt de la pratique ergothérapeutique. Même si les explications mettent parfois du temps à être intégré, le dialogue suffit.

Pour les ergothérapeutes évoquant plus de difficultés à se faire comprendre dans la délimitation de leur champ de compétences, différents moyens sont mis en place. E2 explique s'appuyer sur le décret de compétences, soit au profil de poste, à des articles scientifiques qui sont publiés parlant des modes de prises en charge ergothérapeutiques ou encore certaines publications de l'ARS *“je l'ai sorti et voilà je sais que ça va m'aider à m'appuyer pour certaines prises en charge.”* E3 utilisant un modèle ergothérapeutique explique que pour elle, s'appuyer dessus est un outil important dans la communication afin que ses collègues comprennent mieux son champ d'actions *“le MOHO m'a bien aidé pour avoir une vision plus claire de mon rôle et pouvoir l'expliquer aux autres, la délimitation.”*

Le chevauchement des compétences est vécu différemment selon les professionnels, E3 explique que ce chevauchement de compétences peut parfois la déstabiliser, *“c'est flou donc ça peut me remettre en question. De pas trop savoir... ça perturbe un peu j'ai envie de dire. Ça peut amener de la frustration.”*

E1 et E5 au contraire s'accordent à dire qu'il y a un chevauchement de compétences mais que cela n'a pas vraiment d'impact étant donné qu'après explications de leur rôle, le but est de montrer l'intérêt de la complémentarité des professions.

E2 va encore plus loin dans cette démarche, elle explique que cela renforce son identité professionnelle. Comme E3, en début de carrière cela avait des conséquences négatives *“je me sentais limitée agressive”*, mais avec l'expérience, elle explique avoir identifié ces domaines partagés et qu'elle peut maintenant s'appuyer dessus afin de faire comprendre aux autres acteurs l'intérêt de la pluridisciplinarité, de croiser les regards. *“Et du coup ça ne redéfinit pas enfin, ça renforce mon identité presque, parce que même sur un domaine partagé je me rends compte qu'on n'envisage pas la personne de la même manière, on ne note pas les mêmes choses, on ne relève pas les mêmes choses et du coup c'est encore plus riche et ça renforce mon idée que le métier d'ergo est un métier riche et intéressant”*.

4 - Apport théorique

J'ai tout d'abord questionné les ergothérapeutes sur l'intérêt qu'ils portaient à la formation continue. Il était intéressant de savoir quelle implication chaque ergothérapeute avait par

rapport à la théorie et de plus l'impact que cela avait au sein de leur pratique.

E1 explique que de par son statut en libéral il bénéficie de peu de formations. Il doit lui-même les payer et en plus perd ce temps de travail, il ne peut donc pas en faire souvent. Cela amène de la frustration car il considère l'apport théorique comme nécessaire, particulièrement pour rencontrer d'autres professionnels et échanger sur les pratiques.

E2 pense que la théorie, que ce soit des modèles conceptuels ou des concepts théoriques, lui permet d'avoir une analyse plus fine. Elle illustre cela avec un exemple assez parlant *“c'est comme si c'était des décodeurs ou des grilles, pour moi c'est comme si c'était une passoire, puis une autre passoire avec pas les mêmes trous au même endroit et on va les mettre les unes sur les autres et ce qui va ressortir du trou unique, si je peux dire, ça sera ce qui sera probablement au plus juste de la personne.”*

E3 utilisant un modèle ergothérapeutique, explique que la formation sur le MOHO, lui a permis de se recentrer et d'échanger avec d'autres ergothérapeutes notamment sur son identité professionnelle, de cas clinique et de rédaction sur des bilans. E4 qui utilise également un modèle ergothérapeutique et explique que cette formation lui a beaucoup apporté notamment pour la mise en place de ses axes de travail pour rester centré sur le patient et ses besoins au quotidien. Finalement E5 rejoint également l'avis d'E1 et E3 sur le fait que rencontrer d'autres professionnels, afin d'échanger et de se mettre à jour sur les nouvelles pratiques est très important. Finalement, au-delà de l'acquisition de connaissance théorique, la rencontre et l'échange autour de la pratique apparaissent comme tout aussi nécessaires lors des sessions de formation pour les professionnels. Pour guider leur démarche clinique les ergothérapeutes s'accordent à dire qu'un des points les plus importants est donc l'échange avec les collègues, d'autres ergothérapeutes ou encore pluridisciplinaire.

5 - Les modèles conceptuels

Le but de cette partie était de recueillir des informations sur l'idée que les ergothérapeutes se faisaient des modèles conceptuels, leur intérêt pour le sujet, connaître à leur sens les plus-values et les limites de ceux-ci.

Tout d'abord, la première constatation est de voir que, même pour les ergothérapeutes les plus renseignés sur le sujet, les modèles conceptuels ne sont pas clairs, le PPH (Processus de Production du Handicap) est par exemple classé deux fois dans les modèles ergothérapeutiques, l'EMAE (Échelle d'évaluation multifocale de l'activité) est considérée comme un modèle conceptuel alors qu'elle est en vérité classée comme un outil d'évaluation n'appartenant pas à un modèle en particulier et n'étant pas validée. E4 *“ça reste une grosse montagne qu'on*

arrive à appréhender plus ou moins". J'ai décidé de relever les différentes idées évoquées par les ergothérapeutes concernant les modèles conceptuels ergothérapeutiques, en les illustrant par des verbatims.

a - Centrés sur notre pratique : sur la personne, sur l'activité, le quotidien

Le premier point relevé par E1, E2 et E4 est que ces modèles sont tout d'abord ciblés sur notre pratique, ayant été créés par des ergothérapeutes, un des points positifs est de retrouver la spécificité de l'ergothérapie. Comme l'explique E2 et E4 ils peuvent permettre d'avoir une analyse plus fine de la situation et nous aider dans le recueil de données ainsi que dans le raisonnement clinique. E1 *"c'est des modèles qui sont centrés sur la personne, sur l'activité donc c'est vachement intéressant j'imagine à utiliser avec les autres professionnels."*

b - Connexion à l'identité ergothérapeutique

E2, E3 et E5 parlent dans l'entretien de l'identité ergothérapeutique en expliquant que le modèle ergothérapeutique permet parfois une reconnexion avec celle-ci. E3 *"J'avais besoin de cadre, de reconnexion à cette identité par rapport à soi-même déjà, de mieux pouvoir se positionner face à son rôle d'ergo [...] ça permet aussi une certaine valorisation, une meilleure reconnaissance et donc une meilleure identification du rôle de l'ergo."* De plus E2 explique utiliser un modèle interprofessionnel dans sa pratique, elle ressent que cela est bénéfique dans la collaboration en inter équipe mais que cela n'est pas forcément bénéfique pour son "identité ergo", perdant alors la spécificité de la profession.

c - Bénéfice dans la transmission des informations aux autres professionnels

Évoqué par E3 et E4, la transmission des informations aux autres professionnels serait favorisée par l'utilisation d'un modèle ergothérapeutique commun. E3 *"par rapport à l'équipe ça peut favoriser parce que ça fait vraiment un socle solide. Ou du coup ils ne collaborent pas avec cinq ergos mais plutôt avec la vision de l'ergothérapie en général."* E5 pense que cela doit y participer mais ne le ressent pas forcément. J'ai également demandé lors de mon entretien si l'utilisation d'un modèle ergothérapeutique commun favorise la communication au sein même des membres de l'équipe des ergothérapeutes. Il se trouve que pour ce point les répondants ne sont pas tous du même avis. En effet E3 est convaincu que le regard commun l'a beaucoup aidé avec ses collègues ergothérapeutes de par la vision commune qu'elles partageaient alors que E4 et E5 n'en sont pas convaincues.

d - Cadre structurant, formalisation de la pratique

Le cadre structurant des modèles a souvent été abordé, les ergothérapeutes utilisant un modèle ergothérapeutique penchent vers l'idée que le modèle permet de rassembler ses idées, formalise la pratique avec des bilans validés et donc reconnus. E5 *“c'est moins flou, plus concret, ça a un impact véritablement sur notre pratique.”* ; *“Ils sont là pour nous guider plus qu'autres choses en fait. Pour nous orienter un peu dans notre pratique pour pas que l'on s'éparpille”*

e - Uniformiser les pratiques entre les ergothérapeutes, meilleure collaboration

E3 et E5 ont exprimé l'idée qu'avoir un socle commun était vraiment intéressant dans la collaboration au sein de l'équipe, cette fois-ci pas en termes de communication mais plutôt afin que les pratiques se rejoignent. E5 *“c'est intéressant pour essayer d'uniformiser les pratiques, non pas qu'elles soient identiques mais ça permettrait justement d'avoir des compétences bien définies et de proposer des choses quand même plutôt similaires et donc de montrer aux autres professionnels notre plus-value et donc notre identité professionnelle”*.

f - Intégratif : possibilité d'utiliser d'autres concepts

E3, E4 et E5 ont insisté sur ce point essentiel de leur pratique. Les modèles ergothérapeutiques ont été réalisés de sorte à être intégratifs c'est-à-dire que l'on peut en utiliser plusieurs dans notre pratique, ou en combiner avec un modèle interprofessionnel par exemple. Le but étant de ne pas cloisonner les modèles comme l'explique E5 et de *“se saisir de ce qui nous semble pertinent dans un modèle”* (E4).

g - Limites et confrontations des idées

Six thèmes reviennent en point positif par rapport à l'intégration d'un modèle conceptuel ergothérapeutique dans la pratique. Cependant certains ergothérapeutes, bien que trouvant plusieurs éléments intéressants ont décidé de ne pas en intégrer, nous allons donc étudier les raisons qui mènent au choix d'intégrer ou non un modèle dans la pratique. C'est le cas notamment de E1 qui n'utilise pas de modèle et E2 qui utilise un modèle interprofessionnel. E1 explique que cela est notamment dû à la formation initiale, E4 partage d'ailleurs le même avis sur le fait que la formation initiale en France est un frein quant à l'intérêt porté aux modèles conceptuels. De plus E1 explique également que le rendement des prises en soins

ne permet pas de prendre assez de temps afin d'élaborer un plan de prise en charge contrairement aux ergothérapeutes du Canada utilisant pour la grande majorité des modèles conceptuels mais ayant plus de temps de réflexion et de rédaction pour chaque patient. Une deuxième idée partagée par E1 et E2 est énoncée par rapport au cadre vécu comme trop restrictif, E1 *“par rapport à la formation où je ne comprenais pas vraiment l'intérêt de placer des informations dans des cases”*, et E2 travaillant en santé mentale ne retrouve pas de modèles assez globaux qui se basent sur la dynamique de groupe et le relationnel. Ces avis sont à prendre en compte et d'ailleurs comme le souligne E4 *“on est libre de choisir de pratiquer l'ergothérapie sans utiliser de modèles et heureusement, enfin dans mes expériences de stages peu d'ergothérapeutes utilisaient de modèles”*. Pour autant, lors de la construction du guide d'entretien il était important à mon sens de s'interroger sur le côté structurant des modèles ergothérapeutiques qui effectivement pourrait à l'inverse mettre des barrières et nous limiter dans la vision holistique de la prise en soin, essentielle en ergothérapie.

Cette question a donc été abordée avec des ergothérapeutes utilisant des modèles conceptuels ergothérapeutiques dans leur pratique afin de comprendre un peu mieux la façon qu'ils ont de les utiliser. Il en ressort finalement le résultat que les modèles ergothérapeutiques sont considérés comme intégratifs et par ce biais sont utilisés non pas pour conditionner la pensée ergothérapeutique mais plutôt afin de la guider. Par exemple E4 utilise le MCREO et le PPH et va bientôt être formée à l'approche CO-OP (très complémentaire du modèle MCREO), elle explique *“ça ne pose pas de limite en fait, il ne faut pas dire je n'utilise pas de modèle parce que c'est trop rigide ou trop limiter.... Non, je ne suis pas d'accord avec ça, ça nous guide ce n'est pas une contrainte”*. E3 et E5 vont dans ce sens en expliquant que les modèles peuvent se compléter, également avec des modèles interprofessionnels. E5 *“les modèles conceptuels ne sont pas aussi cloisonnés et ce serait peut-être bien de prendre un peu de chaque”*. L'utilisation de modèle la plus efficace serait donc d'en utiliser quelques-uns et de les croiser afin de prendre un peu de chaque en fonction de ce qui nous correspond. Ma première idée pour cette partie était de présenter les résultats sous forme de tableau, avec d'un côté les plus-values et de l'autre les désavantages à l'utilisation d'un modèle conceptuel ergothérapeutique. J'ai cependant compris que cela n'allait pas avoir d'intérêt étant donné que les points relevés comme négatifs pour les ergothérapeutes n'utilisant pas de modèle allaient être contredits par ceux en utilisant. C'est pourquoi il est difficile d'établir une liste de ce qui est positif ou ne l'est pas étant donné que cela dépend également du ressenti de chacun et de sa manière d'appréhender l'ergothérapie.

6 - Conclusion de l'analyse

Après avoir questionné les ergothérapeutes sur les facteurs de leur identité professionnelle j'ai ainsi pu faire le lien avec la partie sur les modèles conceptuels ergothérapeutiques. Ce qu'il en ressort est que l'identité professionnelle des ergothérapeutes participant à cette étude ne semble pas forcément liée à l'utilisation de modèles conceptuels. En effet E1 qui n'utilise aucun modèle a une représentation professionnelle de l'ergothérapie en adéquation avec la définition propre de la profession, et est identifié et valorisé dans son rôle. Pour autant les ergothérapeutes utilisant un modèle conceptuel ergothérapeutique (E3, E4 et E5), expliquent que cela peut les aider en de nombreux points : les modèles ergothérapeutiques sont plus ciblés sur leur pratique donc cela participe à une analyse plus fine des situations, la transmission de leurs actions aux autres acteurs se fait plus facilement, le fait que la pratique soit plus formalisée avec des bilans ergothérapeutiques, donne un appui supplémentaire à la pratique. À leur sens, cela participe donc à l'identité ergothérapeutique.

Il était intéressant d'étudier les profils d'E2 et E3, toutes deux exerçants en santé mentale, un domaine où le rôle de l'ergothérapeute semble nettement moins identifié et moins valorisé par rapport aux entretiens effectués. Or, l'identité professionnelle dépend également de ces facteurs : Elle dépend de soi, mais passe aussi par le regard de l'autre. Ainsi, un ergothérapeute peut se sentir profondément ergothérapeute, sans pour autant être reconnu par ses collègues de travail. *“Il y aurait alors un conflit probable entre le professionnel, fort de son identité professionnelle de thérapeute, et le cadre institutionnel lui allouant un rôle d'animateur occupationnel.”* (Thierry Dorval, mémoire cadre de santé, p20)

E3 est tout de même mieux identifié avec une meilleure valorisation de son rôle qu'E2, elle explique utiliser le MOH afin de se reconnecter à l'identité ergothérapeutique, clarifier ses compétences et les expliquer aux autres professionnels. De plus, E2 évoque le fait que l'utilisation d'un modèle interprofessionnel l'aide considérablement dans la communication en inter équipe mais pour autant, l'éloigne de son “identité ergo”.

L'étude montre également que le sentiment de valorisation et l'identification par les autres acteurs, sont influencés par l'environnement de travail. La mise en parallèle avec E1 qui travaille en libéral, donc uniquement avec des acteurs extérieurs qui s'adressent à lui en connaissance de son rôle, peut conforter cette hypothèse.

Pour finir, l'identité professionnelle est une notion propre à chacun, nous n'en avons pas tous la même définition. Par exemple, celle sur laquelle nous nous sommes appuyés peut effectivement ne pas convenir à certains ergothérapeutes interrogés.

Ainsi, l'utilisation de modèles conceptuels ergothérapeutiques n'est pas directement liée à l'identité de la profession mais peut y contribuer, si on généralise ; certains ergothérapeutes vivent très bien leur identité sans pour autant utiliser de modèles conceptuels, d'autres évoquent une identité ergothérapeutique claire et affirment que l'utilisation de modèles ergothérapeutiques y est pour quelque chose, et enfin certains expriment une identité qui semble fragile mais expliquent que s'appuyer sur cette catégorie de concepts, les aide considérablement sur le renforcement de celle-ci.

DISCUSSION

1 – Vérification de l'hypothèse

Après avoir fait l'analyse des entretiens, nous pouvons maintenant vérifier l'hypothèse de départ et observer les contrastes entre le cadre théorique et les réponses amenées par les entretiens. Mon hypothèse supposait que **“Les modèles généraux ergothérapeutiques font le lien entre la théorie et la pratique, ce qui permet de clarifier le champ de compétences de l'ergothérapeute et favorise une meilleure communication des actions auprès des interlocuteurs hors de la profession ; Ces facteurs participent au renforcement de l'identité professionnelle ergothérapeutique.”** Suite aux réponses obtenues, j'en conclus que mon hypothèse tend à être validée.

Au vu de cette analyse, nous savons maintenant que l'identité professionnelle dépend de nombreux facteurs et n'est pas seulement réduite à l'utilisation ou non de modèles conceptuels ; cette utilisation peut toutefois participer au renforcement de celle-ci et permet une affirmation du corps professionnel qui reste encore actuellement à défendre.

En confrontant les idées du cadre théorique et les réponses amenées par la réalisation des entretiens, nous pouvons constater que plusieurs points vont dans le même sens :

En ce qui concerne le concept de l'identité professionnelle : En santé mentale, les problématiques ont globalement toutes été soulevées. Tout d'abord, les deux premières difficultés rencontrées par les ergothérapeutes au travail par rapport à leur identité professionnelle, évoquées dans la partie “questionnement autour de l'identité professionnelle des ergothérapeutes” étaient

- La méconnaissance de la fonction de l'ergothérapeute de la part des équipes, dirigeants et des patients (19,8 %)
- Le manque de valorisation du rôle de l'ergothérapeute en santé mentale avec pour

conséquence d'être accessoire (17,4 %).

Ces difficultés sont également fortement ressenties lors des entretiens avec les deux ergothérapeutes exerçant en santé mentale.

De plus, nous avons vu que certaines institutions ne favorisent pas la spécificité de l'ergothérapie, ce qui s'est également retrouvé dans l'entretien de E2, qui explique qu'elle a mis 12 ans à faire changer le nom des "ateliers ergo" où aucune ergothérapeute n'était présente ; et que cette conséquence était en partie due à l'origine de la profession liée à la profession d'infirmière, ce que E2 a également analysé pendant sa carrière.

De manière plus générale, nous avons étudié que la nature polymorphe de l'ergothérapie expliquée par Thierry Dorval pouvait desservir la profession, amenant "un flou des repères". Ce point a effectivement été relevé par E2, E3 et E4 qui rapporte que le champ d'intervention de l'ergothérapeute est très vaste. De plus, l'étude scientifique élaborée dans le cadre de l'ANFE est également confirmée : les ergothérapeutes eux-mêmes, peuvent parfois manquer de clarté sur les actions qu'ils mettent en place, ce qui ne favorise pas l'identification du rôle de l'ergothérapeute.

Enfin, la vision holistique est mise en avant comme la spécificité de l'ergothérapie, Sylvie Meyer évoquait d'ailleurs *"l'homme est considéré comme un tout qui interagit avec son environnement"*.

En ce qui concerne les modèles conceptuels : Nous avons pu voir que même pour les ergothérapeutes concernés par le sujet, la définition n'est pas évoquée de façon claire. Comme le disait Marie-Chantal Morel-Bracq leur perpétuelle évolution ne facilite pas cette action. A été ensuite étudié, plusieurs des éléments pouvant favoriser le renforcement de l'identité professionnelle ergothérapeutique. Nous avons vu par exemple, que l'objectif de la création du MCREO était de faire comprendre la spécificité de l'ergothérapie aux autres professionnels ; ce qui s'est explicitement retrouvé dans les témoignages de cette étude. Le bénéfice dans la transmission des informations aux autres professionnels est mis en avant par les utilisatrices du MCREO, mais aussi par l'ergothérapeute utilisant le MOH.

Dans l'étude concernant le MOH, faite en 2012 au Royaume-Uni, les ergothérapeutes avaient expliqué utiliser ce modèle afin d'améliorer leur évaluation, la fixation d'objectifs, la conduite de leurs interventions, ainsi que leur identité professionnelle en tant qu'ergothérapeute. L'ergothérapeute utilisant le MOH confirme ces propos, elle explique avoir eu besoin d'une "reconnexion à son identité ergo" et que l'utilisation du MOH l'a bien aidé pour cela.

Ensuite, le fait que les modèles conceptuels ergothérapeutiques permettent d'établir une vision globale de la situation de la personne, est confirmé par certains ergothérapeutes étant donné qu'ils utilisent également les modèles afin de ne rien oublier, balayer toutes les sphères de vie de la personne.

Enfin, J.M. Caire énonçait que la pratique fondée sur des données probantes permet d'optimiser les moyens et de légitimer les pratiques des ergothérapeutes aux yeux du système de santé ; un des avantages évoqués par les professionnels utilisant un modèle ergothérapeutique. En effet, le fait d'avoir des évaluations et des outils validés, en cohérence avec un modèle conceptuel ergothérapeutique leur permet d'avoir plus de poids dans les équipes, les médecins en sont même parfois demandeur, adepte d'une pratique plus formalisée et donc plus compréhensible pour les acteurs de la profession.

Pour autant, certains points n'ont pas été retrouvés dans l'étude :

En ce qui concerne la formation, dans le cadre théorique, l'étude de 2012 présentée par l'ANFE montrait la grande difficulté qu'ont les ergothérapeutes n'ayant pas eu de notion sur les modèles conceptuels dans leur formation initiale à définir clairement ce qui relève de leur pratique. Pourtant, lors des entretiens, la formation initiale apparaît plutôt comme un frein à l'utilisation de modèles. Sur ce sujet, les ergothérapeutes expliquent que leur représentation des modèles ergothérapeutiques a considérablement changé depuis qu'ils pratiquent, ils sont en vérité beaucoup moins cloisonnés que dans le théorique.

De plus, aucun ergothérapeute n'a abordé le sujet du diagnostic ergothérapeutique qui est pourtant en lien avec les modèles d'après les écrits scientifiques étudiés. Le lien que l'on peut faire entre le diagnostic ergothérapeutique et les modèles ergothérapeutiques est donc moins évident que ce que l'on aurait pu imaginer en abordant la partie théorique. Il est possible que le diagnostic, étant relativement récent dans la pratique des ergothérapeutes, ne soit pas évoqué de façon spontanée.

2 – Limites de l'étude

Au cours de la réalisation de cette étude, j'ai été confrontée à certaines limites, pouvant causer des biais. Tout d'abord, j'ai imaginé l'intérêt d'un focus group, pour ce sujet. En effet, le focus group est un des meilleurs moyens en théorie pour faire interagir des personnes entre elles, une dynamique qui ne peut pas avoir lieu lors d'un entretien en face à face. Cela aurait été l'occasion d'ajouter de la matière aux résultats de l'étude mais d'un point de vue logistique n'a pas pu se faire. Étant donné que la diversité des profils semblait

importante pour le sujet il aurait fallu réunir des ergothérapeutes de structures différentes et une des limites aurait été qu'ils seraient tous venus de régions parisiennes.

Finalement, l'étude s'est faite sur un nombre restreint de 5 ergothérapeutes ; le sujet portant sur l'identité professionnelle et l'utilisation de modèles conceptuels, il faut prendre en compte le fait que les réponses apportées sont de l'ordre du ressenti, d'avis personnels et sont par conséquent subjectives. C'est pourquoi, il est important de souligner que l'étude permet un éclaircissement sur le sujet mais ne peut en aucun cas être généralisée.

Par ailleurs, à prendre également en compte la limite de désirabilité sociale, qui se traduit par *“l'erreur de mesure résultant de l'adoption d'un comportement de réponse spécifique par le répondant en situation de questionnement s'il croit avoir discerné, même partiellement, l'objectif de ce questionnement”* (Herbert, 2007). Connaissant l'intitulé de mon sujet, les ergothérapeutes ont peut-être pu orienter leurs réponses en fonction de celui-ci, ou de même j'ai pu de mon côté orienter certaines réponses dans ma façon de poser les questions.

Ensuite, il est possible que lors de l'analyse des entretiens, il y ait eu une interprétation involontaire des réponses, qui ait pu fausser les résultats de l'étude.

Enfin, de façon plus spécifique au sujet, les modèles conceptuels sont nés en Amérique, donc les écrits scientifiques et les études sur lesquels je me suis appuyée pour mon cadre théorique sont pour la plupart en provenance de l'étranger. Cela a pu être une limite car les ergothérapeutes interrogés exercent en France et la pratique ergothérapeutique n'est pas nécessairement la même dans tous les pays. J'en conclus qu'il y a peut-être eu un décalage entre les recherches effectuées en amont sur le sujet et les réponses reçues lors des entretiens.

3 – Recommandations

Au cours de cette initiation à la recherche, mon questionnement sur l'utilisation des modèles conceptuels ergothérapeutiques et l'influence qu'ils peuvent avoir sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes m'a menée à plusieurs aspects de la pratique.

Ainsi, j'ai pu répondre à la problématique : Dans quelle mesure l'utilisation de modèles conceptuels généraux ergothérapeutiques au sein de la pratique, participe-t-elle au renforcement de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ?

De cette étude j'ai pu relever plusieurs pistes de réflexion. Premièrement l'idée que la représentation des modèles est influencée par la formation initiale et qu'il est au-delà de cela

important de favoriser l'échange autour de ces concepts avec des professionnels formés ou lors de formation professionnelle validée, afin d'élargir son champ de vision sur le sujet.

J'ai également appris que l'intégration d'un modèle ergothérapeutique, doit être au préalable envisagée en équipe, et avec les autres professionnels de l'institution.

En effet, la mise en place d'un modèle est préférable lorsque l'équipe des ergothérapeutes a un regard commun sur la question et doit être expliquée et comprise par les acteurs en dehors de la profession, avec qui ils sont en interaction.

CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire d'initiation à la recherche était de comprendre l'influence que peut avoir l'utilisation d'un modèle conceptuel ergothérapeutique sur l'identité professionnelle. Au cours de cette étude, nous avons pu voir qu'en France, la profession d'ergothérapeute est en plein développement et prend progressivement sa place au sein des paramédicaux. Pour autant, il semblait intéressant de se questionner sur l'identité de la profession, étant parfois mise en difficulté par rapport à certains aspects ; comme la reconnaissance ou la valorisation du rôle de l'ergothérapeute au sein des équipes interprofessionnelles. Ce fait se ressent notamment au travers des écrits scientifiques mais aussi par rapport aux entretiens réalisés.

Dans un second temps nous avons vu que les modèles créés par les ergothérapeutes sont pertinents, entre autres pour recentrer la pratique sur notre domaine d'activité et favoriser la communication de nos actions envers les autres professionnels.

Les modèles ergothérapeutiques apparaissent finalement comme un outil supplémentaire à la pratique de l'ergothérapeute, moins cloisonnés qu'il n'y paraît, à combiner avec d'autres modèles, interprofessionnels par exemple. Les cinq entretiens réalisés avec des professionnels utilisant ou non des modèles (ergothérapeutiques ou interprofessionnels) ont permis d'envisager davantage de perspectives.

Je m'interroge alors sur le ressenti des autres professions de santé par rapport à l'identité ergothérapeutique mais aussi sur leur propre fonctionnement. Quel est le ressenti des professionnels en face, lors de la mise en place d'outils spécifiques comme la MCRO au sein d'une équipe d'ergothérapeutes ? Est-ce que ce côté formalisé de la pratique, étudié par les ergothérapeutes, favorise bel et bien la compréhension de notre profession par les autres professionnels de santé ? De plus, nous avons vu brièvement qu'il existe également des cadres de référence dans la profession d'infirmière (Michel Jouet Le Port, Infirmière métier ou profession) mais est-ce le cas pour les autres paramédicaux ? Nous avons étudié que la confusion des champs de compétences était rencontrée relativement souvent au sein des structures de soins. Dans ce cas quelles sont les stratégies mises en place par les autres professionnels par rapport à cette question ?

Ce travail a été l'occasion dans un premier temps d'enrichir mes connaissances sur l'ergothérapie et les modèles conceptuels associés. En tant que future ergothérapeute, la rédaction de ce mémoire m'a permis de conforter ma volonté d'exercer avec pour base

l'utilisation d'un modèle ergothérapeutique. En effet, suite à ce projet d'initiation à la recherche je suis tentée de me dire que l'utilisation de ce type de concept à un intérêt certain, dans ma future pratique. De plus, suite aux entretiens j'ai pu comprendre l'importance de communiquer et d'expliquer au préalable au reste de l'équipe, l'intégration d'un modèle conceptuel. Enfin, je retiendrai également l'importance d'effectuer des formations de façon régulière, afin d'échanger avec d'autres professionnels sur la pratique.

BIBLIOGRAPHIE

ANFE. Historique : l'ergothérapie [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://anfe.fr/historique>. [Consulté le 20 mars 2019]

ANFE. Définition : l'ergothérapie [en ligne]. Disponible à l'adresse https://www.anfe.fr/component/content/category/images/stories/doc/telechargement/Newsletter/Newsletter_ANFE_10.pdf. [Consulté le 15 avril 2019]

Bernard Jean-Bruno, (2007). *L'enfant "aidé" à l'école : de la position de difficulté d'apprentissage passagère à la situation d'échec scolaire avéré*. Thèse de doctorat de Sciences de l'éducation, Université Lumière Lyon 2 École doctorale, Lyon.

Blin J.-F, (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, p 15. Paris : L'Harmattan.

Bouquet Brigitte, Jaeger Marcel, (2011). Les mémoires de recherche, révélateurs du questionnement professionnel sur les effets des lois, les problèmes sociaux et les pratiques. *Vie social n°3*, p 25 – 45. Toulouse : ERES.

Bourdoncle Raymond, (1993). La professionnalisation des enseignants : les limites d'un mythe. *Revue française de pédagogie n°105*, p 83-119.

Claude Dubar, (1994). Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel. *Traité de sociologie de travail p.363-380*. Bruxelles : Boeck

Coldefy Magalie, (2011). Empowerment et santé mentale, évolution de la psychiatrie en France : novatrice mais contrastée et inachevée. *La santé de l'homme (n°413)*. Page 16. Paris : L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Conférence nationale de santé, (2013). *Rapport sur les droits des usagers*. Paris.

Deegan, P.E., Recovery, (1988). The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, n°9, 4, p.11-19*.

Deschamps Jacqueline, (1997). *Travail de diplôme et construction de l'identité professionnelle des bibliothécaires*. Mémoire de DEA, Université Jean Moulin Lyon III, Lyon.

D Leguay, E Giraud-Baro, B Lièvre et al, (2008). *Manifeste de rehab'*. Paris : John Libbey Eurotext.

Dorval Thierry, (2013). *L'identité dans le flou des repères*. Mémoire cadre de santé, IFCS de Montpellier, Montpellier.

Dubois Bénédicte, Thiébaud Samson Sarah, Trouvé Éric, al. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*, Paris : Boeck Supérieur.

El Akremi Assâad, Sassi Narjes, Bouzidi Sihem, (2009). Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail, *relations industrielle vol 64, n°4, p 662-684*. Laval, Quebec : RI/IR Département des relations industrielles.

Ergo-psycho.com, (2019). Le Modèle de l'Occupation Humaine : MOH. [Consulté le 3 février 2019].

Evain D., Lebrun B., (2012). La construction de compétences pour une pédagogie de la construction de compétences, *construction des compétence, revue n°2*. Nantes.

Fray Anne-Marie, Picouveau Sterenn, (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail, p 72-88. *Management et avenir, n°38*. Cormelles-le-Royal : Management Prospective Ed.

Garner, H., Méda, D., Senik C., (2006). La place du travail dans les identités, *économie et statistique n°393-394*. Paris : Insee

George, M. & Vivier, L., (2018). L'ergothérapie en santé mentale en France : qu'en est-il de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ? *ErgOTHérapies*, 68, p.19-30.

Goode WJ., (1957). Community within a community : the Professions, *American Sociological Review* 22, 194-200. Washington : American sociological association.

GRESM, (2016). *Livre blanc sur l'ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives*. Paris : Solal.

Hughes E. C., (1996). *Le regard sociologique*, p 76. Paris : EHESS.

Jouet Le Pors Michèle, (2006). Infirmière : profession ou métier ?

Kortman Brenton, (1994). The eye of the beholder : Models in occupational therapy, *the Australian Occupational Therapy Journal* (1994) 41, 115–122. Oxford, United kingdom Blackwell : Scientific Pty. Ltd.

Launois Muriel, (2015). Coté psychodynamique, *Ergopsy*. [Consulté en septembre 2019].

Lee Sun Wook, Kielhofner Gary, Morley Mary, al., (2012). Impact of using the Model of Human Occupation : A survey of occupational therapy mental health practitioners perceptions. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, page 450–456. Royaume Unis : Informa healthcare.

Le Petit Larousse illustré, (2017). Paris : Larousse.

Messier Geneviève, (2011). Qu'est-ce qu'une méthode, une approche, une technique?, *les cahiers de l'AQPF, volume 2 n°3*. Québec.

Morel Bracq Marie Chantal, (2009). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*, 2ème édition. Paris : Boeck Supérieur.

Ordre des ergothérapeutes du Québec, (2016). L'utilisation de modèles et d'approches propres à notre profession : faire ressortir notre spécificité d'ergothérapeute. *Ergothérapie express*. Montréal, Québec.

Pibarot, I., Klein F., Ménard M., (2016). *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*. Paris : Solal.

Saskia E. Kunnen et Harke A. Bosma. Traduction de F. Bariaud, (2006). *Le développement de l'identité : un processus relationnel et dynamique*, p 183-203.

Sève-Ferrieu, (2010). Foire aux questions, *ErgOTHérapies*, 40, p 51-54.

Société psychanalytique de Paris, (2014). *Psychothérapie psychodynamique : quelques principes et analyseurs*. Paris.

Tétreault Sylvie, Guillez Pascal, (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Paris : Boeck Solal.

Tourmen Claire, (2007). Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion, *Santé Publique*, volume 19, p. 15-20. Liège : Cairn

Wagner Claude, (2004). *L'ergothérapie dans le champ des professions paramédicales : positions, prises de position et représentation*. Thèse de doctorat en sociologie, Faculté des sciences humaines et arts, Metz.

ANNEXE

Annexe 1 : Guide d'entretien

Je vous rappelle que cet entretien sera utilisé de façon anonyme pour un mémoire de recherche présenté en mai. Il y aura quelques questions fermées pour recueillir certaines informations dont j'ai besoin pour faire par la suite l'analyse des entretiens et d'autres où vous pourrez vous sentir libre de vous exprimer.

Connaissance de la personne

1- Quelle est votre année de diplôme ? Cette question me permettra de connaître le nombre d'années d'expérience de la personne.

2 - Pouvez-vous raconter un peu votre parcours professionnel, les structures où vous avez travaillé jusqu'ici, le temps où vous y êtes restés ? Cette question me permettra le type d'expérience rencontré jusqu'ici, l'orientation du choix de domaine du professionnel.

3 - Avez-vous eu d'autres expériences professionnelles dans le domaine de la santé ? A mon sens, cela peut avoir un impact sur l'identité professionnelle de la personne, il est donc important de soulever cette question.

4 - Pourquoi avoir choisi l'ergothérapie ? Qu'est-ce qui vous a mené à cette profession ? L'identité professionnelle est avant tout une identité propre, comprenant des choix d'orientation de formation. Cette question permet donc de voir les motivations qui ont poussé la personne à choisir la profession d'ergothérapeute.

5 - Quels sont les thèmes de formation que vous avez suivi depuis l'obtention de votre diplôme ? Cette question permet de connaître les thèmes de formation que la personne a pu avoir en formation continue.

Identité de l'ergothérapie

6 - Vous définiriez le professionnel ergothérapeute spécialiste de quel domaine ? Cette question permet de voir comment se considère le thérapeute.

7 - Pouvez-vous définir l'ergothérapie en 5 mots représentatifs pour vous. Cette question montre la représentation de la profession aux yeux du thérapeute, ce qui est important pour lui et qui doit être mis en avant.

8 - De quelle manière appréhendez-vous le patient de façon spécifique par rapport aux autres professionnels de santé ? Cette question permet de voir quelle spécificité le thérapeute retrouve dans son champ de compétences qui lui permet de se démarquer par rapport aux autres professionnels. Il y a toujours un côté représentatif aux yeux du thérapeute mais en comparaison avec les autres soignants/paramédicaux.

9 - Que pensez-vous de la valorisation de votre rôle au sein de l'équipe interprofessionnelle ? Questionnement autour de la valorisation du rôle, sa place dans l'équipe, la place de l'ergothérapie au sein de l'institution. Cette question est personnelle et est de l'ordre du ressenti de chacun. La valorisation fait également parti de l'identité professionnelle il est donc important de se poser la question.

10 - Vous sentez-vous suffisamment identifié par rapport aux autres professionnels ? Cela est encore une fois de l'ordre du ressenti, la représentation professionnelle est encore une fois questionnée mais cette fois aux yeux des autres intervenants en lien avec la valorisation du rôle.

Identification du rôle de l'ergothérapeute

11 - Que pensez-vous de la compréhension des autres professionnels par rapport à votre démarche clinique ? Le thème est le même que la question précédente, mais plus poussé. Il est possible que la question ait déjà été répondue juste avant, si ce n'est pas exactement le cas cela permet d'élaborer une réponse plus complète.

12 - Quelles sont les raisons pour lesquelles d'après vous la profession d'ergothérapeute peut rester un peu floue pour les autres professionnels ? Cette question demande l'avis personnel sur les raisons pour laquelle l'ergothérapie peut ne pas être clair pour les autres professionnels.

13 - Avez-vous eu besoin de délimiter de façon explicite votre champ de compétences auprès des autres professionnels ? dans ce cas comment vous y prenez-vous ? Le chevauchement du champ de compétences est souvent retrouvé dans les raisons menant à la confusion de l'identité professionnelle comme nous l'avons vu dans la partie II.2. Il est donc important de se questionner et demander des renseignements sur ce sujet.

14 - Lorsque vous avez le sentiment que votre pratique se chevauche avec celle d'un autre professionnel quelles en sont les conséquences pour vous, sur votre identité professionnelle et dans l'équipe en général ? à quelle profession pensez-vous en particulier ? Cela questionne le ressenti personnel de la personne, est-ce que cela atteint son identité ? Est-ce que cela la renforce au contraire ?

Apport théorique

15 - Vous avez parlé de formation au début, est-ce important pour vous de continuer cet apport théorique ? si oui qu'est-ce que cela apporte à votre pratique ? Est-ce que la personne se sent concernée par l'apport théorique ou non et quelles sont les plus-values

de la continuité de l'apport théorique sur la pratique.

16 - Quels autres moyens en plus des formations utilisez-vous afin de guider votre raisonnement clinique ? (Expériences, modèles, lectures scientifiques) [Renseignements recueillis sur les autres éléments pouvant guider la démarche clinique.](#)

17 - Qu'est-ce qui vous permet de rester au plus proche de la philosophie de l'ergothérapie ? Cette question n'a été posée qu'une seule fois à mon premier entretien, je me suis rendu compte que cette question était trop vaste et ne parlait pas forcément à mon interlocuteur. De plus, je me suis rendu compte que cette question avait au final été abordée lors de mes autres questionnements et que cela aurait été trop redondant.

18 - Selon vous qu'est-ce qui favoriserait une meilleure collaboration entre les ergothérapeutes et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle ? [Voir avec le thérapeute quels sont les outils d'une bonne collaboration, si pour les ergothérapeutes utilisant un modèle cela peut avoir une influence.](#)

Modèle

19 - Quelle idée avez-vous des modèles conceptuels ? lesquels connaissez-vous ? en utilisez-vous ? [Voir l'idée générale que l'ergothérapeute a sur les modèles conceptuels, et pouvoir par la suite orienter mes questions.](#)

Interprofessionnel

20 - Vous utilisez donc un modèle interprofessionnel, pensez-vous que cela vous aide dans la communication en inter équipes et entre les ergothérapeutes ? [Cela permet de développer le sujet de la communication en équipe et permet de voir si un modèle interprofessionnel a un impact dessus.](#)

21 - Avez-vous une idée de ce que sont les modèles ergothérapeutiques, si oui qu'en pensez-vous ? Si non, je vous propose de vous en présenter un succinctement pour appréhender la suite de l'entretien. [Le but est de savoir si l'ergothérapeute a connaissance des modèles ergothérapeutiques et de voir son idée sur un concept comme celui-ci. Si l'ergothérapeute ne voit pas de quoi je parle, alors je propose d'en présenter un, à l'aide d'une image envoyée par mail à ce moment de l'entretien. La présentation permettrait à l'ergothérapeute de donner par la suite son avis, sur les intérêts qu'il pourrait y voir et les inconvénients.](#)

22 - Pensez-vous que l'utilisation d'outils ergothérapeutiques validés serait un appui supplémentaire à votre pratique ? [Question pour appréhender le type d'évaluations utilisé par les ergothérapeutes.](#)

23 - Pourquoi ne pas en avoir intégré dans votre pratique jusqu'à présent ? [Savoir quelles](#)

sont les raisons qui font que l'intégration d'un modèle ergothérapeutique n'a pas eu lieu.

24 - Quels seraient selon vous les leviers et les freins/limites au projet de l'intégration d'un modèle conceptuel ergothérapeutique dans la prise en soin en ergothérapie ? Au final, l'intégration d'un modèle ergothérapeutique, par quoi pourrait-elle être favorisée et au contraire quels seraient les freins à la mise en place de son intégration.

Ergothérapie

20 - Vous utilisez donc un modèle ergothérapeutique, pensez-vous que cela vous aide dans la communication en inter-équipes et entre ergothérapeutes ? Question autour de la communication, et l'intérêt qu'un modèle ergothérapeutique peut avoir à ce niveau.

21 - Que pensez-vous des modèles interprofessionnels ? Avoir une idée sur ce que pense l'ergothérapeute des modèles interprofessionnels.

22 - L'adoption d'un modèle ergothérapeutique fait elle suite à une décision d'équipe ? Comment cela s'est-il passé ? Comprendre comment l'adhésion du modèle ergothérapeutique s'est déroulée, quelles ont été les motivations premières.

23 - Quelles sont selon vous les plus-values de l'utilisation d'un modèle ergothérapeutique ? Permet de comprendre quel est l'intérêt du point de vue du thérapeute à l'utilisation d'un modèle spécifique.

24 - Selon vous qu'est-ce que les outils d'évaluation validés peuvent apporter à votre pratique ? Cette question peut déjà avoir été répondu dans la question d'avant, si ce n'est pas le cas cela permet d'élaborer une réponse plus complète.

25 - Quels seraient selon vous les leviers et les freins/limites au projet de l'intégration d'un modèle conceptuel ergothérapeutique dans la prise en soin en ergothérapie ? Au final, l'intégration d'un modèle ergothérapeutique, par quoi cela pourrait-elle être favorisée et au contraire quels seraient les freins à la mise en place de son intégration.

26 – Est-ce que le fait d'utiliser le côté structurant d'un modèle ergothérapeutique peut à l'inverse mettre des barrières et nous limiter dans la vision globale de l'ergothérapie et notre pratique ? Il n'est pas rare d'entendre que les modèles peuvent être réducteurs, ou suggèrent de ranger les informations dans des cases, c'est pourquoi il était à mon sens important de recueillir l'avis des ergothérapeutes utilisant dans leur pratique un modèle ergothérapeutique sur cette question.

Pas de modèle

20 - Que pensez-vous des apports théoriques en ergothérapie et quelle place y consacrez-vous dans votre pratique ? S'il n'y a pas d'utilisation de modèles conceptuels alors quels sont les apports théoriques en question sollicités au sein de la pratique de

l'ergothérapeute.

21 - Connaissez-vous les modèles interprofessionnels comme le PPH ou la CIF et les modèles ergothérapeutiques comme le MOH ou le MCREO qui sont des modèles créés par des ergothérapeutes ? en fait, quelle différence faites-vous à leur utilisation ? si non est-ce que je pourrais vous en présenter un succinctement ? Je souhaite dans cette question avoir l'avis de l'ergothérapeute sur ces différents concepts, voir quelle différence il fait entre les deux.

22 - A votre avis pourquoi ne pas les avoir intégrés au sein de votre pratique ? Je souhaite voir si aucun des modèles n'a été adopté suite à un choix personnel ou plutôt par fausse information, ou non information sur le sujet.

23 - Selon vous est-ce que les outils d'évaluation validés pourraient être un appui supplémentaire votre pratique ? Question qui tourne autour des outils validés, ou au contraire des "bilans maison", est-ce que des outils spécifiques ergothérapeutiques sont déjà utilisés ou pas.

24 - Quels seraient selon vous les leviers et les freins/limites au projet de l'intégration d'un modèle conceptuel ergothérapeutique dans la prise en soin en ergothérapie ? Au final, l'intégration d'un modèle ergothérapeutique, par quoi cela pourrait-elle être favorisée et au contraire quels seraient les freins à la mise en place de son intégration.

Annexe 2 : Troisième entretien

Je vous rappelle que cet entretien sera utilisé de façon anonyme pour un mémoire de recherche présenté en mai. Il y aura quelques questions fermées pour recueillir certaines informations dont j'ai besoin pour faire par la suite l'analyse des entretiens et d'autres où vous pourrez vous sentir libre de vous exprimer.

Connaissance de la personne

1- Quelle est votre année de diplôme ? Euh... 2010.

2 - Pouvez-vous raconter un peu votre parcours professionnel, les structures où vous avez travaillé jusqu'ici, le temps où vous y êtes restés ? Alors ... j'avais fait un remplacement de 4 mois en isep

Ok... je ne vois pas trop ce que c'est.

C'est de la pedopsy, en institut-thérapeutique-éducative

Ok

Et ensuite je suis venue ici, depuis 2012

3 - Avez-vous eu d'autres expériences professionnelles dans le domaine de la santé ?

Non seulement l'ergothérapie.

4 - Pourquoi avoir choisi l'ergothérapie ? qu'est-ce qui vous a mené à cette profession ? Et bien ... j'étais tentée par le paramédical sans trop savoir par quoi. Le truc c'est que je savais que j'aimais le médical mais je ne voulais pas trop de responsabilités, par rapport aux médecins par exemple.

Et à la base je m'étais renseignée pour la psychomotricité, j'avais passé le concours mais je ne l'avais pas eu ... du coup je me suis inscrite en faculté de médecine, je me suis dit que ça me servirait toujours. Et en médecine on m'a parlé d'ergothérapie, du coup je me suis renseignée et c'est plus les valeurs de la profession qui m'ont plu, la posture professionnelle, le côté très horizontal, que le patient soit au centre et que l'on soit là en tant que guide et pas au-dessus quoi, donc l'autonomie, heu... voilà ce qui me vient là tout de suite.

5 - Quels sont les thèmes de formation que vous avez suivi depuis l'obtention de votre diplôme ? La seule officielle je pense que c'est le MOHO, après J'ai fait une formation à visé d'un programme de remédiation cognitive qui s'appelle RECOS, une formation sur l'éducation thérapeutique du patient, une journée sur la coordination de parcours en réhabilitation du patient.

Identité de l'ergothérapie

6 - Vous définiriez le professionnel ergothérapeute spécialiste de quel domaine ? J'ai envie de dire tout domaine car c'est assez global, après je dirais plus l'activité.

7 - Pouvez-vous définir l'ergothérapie en 5 mots représentatifs pour vous. Euh ... Engagement, participation sociale, activité significative, occupation, changement.

8 - De quelle manière appréhendez-vous le patient de façon spécifique par rapport aux autres professionnels de santé ? (Question sautée)

9 - Que pensez-vous de la valorisation de votre rôle au sein de l'équipe interprofessionnelle ? qu'est-ce que j'en pense ? Euh ... J'en pense que ce n'est pas assez valorisé

Pourquoi ?

Euh ... Parce que l'on est nombreux, que du coup il y a beaucoup de compétences dans l'équipe, dont certaines qui se recoupent et que du coup des fois ce n'est pas simple d'avoir un peu un espace professionnel, notamment au profit on va dire d'un professionnel de réhabilitation donc certaines compétences qu'il peut partager, il y a aussi la coordination de parcours un peu au détriment des suivis en ergothérapie, après c'est l'historique du service si tu veux et que du coup heu... Pour moi c'est un peu à nous d'aller rappeler qu'il y a des besoins et que c'est complémentaire et que ce n'est pas forcément l'équipe qui va nous voir, venir nous chercher.

10 - Vous sentez-vous suffisamment identifiée par rapport aux autres professionnels ?

Heu identifié... ?

Est-ce que les membres de l'équipe t'identifient, est-ce que les médecins par exemple t'identifient en tant qu'ergothérapeute par rapport aux autres, enfin est-ce que tout le monde arrive à bien faire les différences ? Ben non je pense que ce n'est pas assez identifié, tout comme ce n'est pas assez valorisé. Je pense que ce n'est pas assez clair.

Identification du rôle de l'ergothérapeute

11 - Que pensez-vous de la compréhension des autres professionnels par rapport à votre démarche clinique ? Ben quand c'est expliqué, quand on prend le temps d'expliquer je pense que c'est plutôt clair pour les autres professionnels mais j'ai l'impression qu'il faut pouvoir le rappeler, pour préciser quelle est la plus-value, la différence et la complémentarité dans l'accompagnement.

12 - Quelles sont les raisons pour lesquelles d'après vous la profession d'ergothérapeute peut rester un peu floue pour les autres professionnels ? Ben ... Ce

que j'en pense c'est qu'il y a des contraintes, où il n'y a pas forcément la liberté de faire des actions et de pouvoir justement informer et de pouvoir montrer concrètement, d'avoir un minimum de liberté d'action pour pouvoir faire des choses et montrer comment ça fonctionne. Si on est contraint dans un cadre où on ne peut pas en sortir, ben ... pour moi ça bride et ça ne permet pas d'avancer alors que si on a la possibilité voilà, d'expliquer son rôle, de pouvoir faire des actions, de dire "ah ben voilà moi pour cette personne je trouve qu'il y aurait ces besoins-là" et de le faire, et de voir ce que ça donne, et donc mieux comprendre par les prises en charge en fait. A la fois théorique et pratique... Ben voilà s'il n'y a pas cette possibilité là c'est sûr que... quand on va cantonner à avoir une vision du rôle de l'ergo un peu restrictive.

13 - Avez-vous eu besoin de délimiter de façon explicite votre champ de compétences auprès des autres professionnels ? dans ce cas comment vous y prenez-vous ? Je pense que c'est important quand même déjà par rapport à moi-même pour m'y retrouver, et par rapport aux autres, pour savoir ce qu'ils peuvent me demander ou pas et pour ça ben ça passe... Ben pour ça je sais que le MOHO il m'a bien aidé pour avoir une vision plus claire de mon rôle et pouvoir l'expliquer aux autres, la délimitation.

14 - Lorsque vous avez le sentiment que votre pratique se chevauche avec celle d'un autre professionnel quelles en sont les conséquences pour vous, sur votre identité professionnelle et dans l'équipe en général ? Et bien pour moi c'est flou donc ça peut me remettre en question. De pas trop savoir... ça perturbe un peu j'ai envie de dire. Ça peut amener de la frustration... et du coup pour les autres... si c'est flou pour soi, c'est flou pour les autres aussi. Donc ça veut dire que l'on ne va pas forcément venir nous chercher ou venir nous chercher pour les bonnes choses. Heu... Et c'est un peu un cercle vicieux après.

Apport théorique

15 - Vous avez parlé de formation au début, est-ce important pour vous de continuer cet apport théorique ? Si oui qu'est-ce que cela apporte à votre pratique ? Ah ben oui, oui, par exemple la formation sur le MOHO, j'avais bien envie de me recentrer un peu, et pour avoir d'autres ergos avec qui discuter à la fois identité professionnelle, de cas clinique, de rédactions sur des bilans, de vraiment de... Parce qu'en fait, nous on est cinq ergos mais au final on a vraiment peu de temps, voir pas, parce qu'on a tellement pleins de projets et plein de choses à faire... Peut-être qu'on le prend pas aussi mais les temps de concertation entre nous vraiment sur notre rôle ergo, nos prises en charge ergo que

l'on fait, donc du coup pour moi s'il y a des temps de formations ça permet aussi de se rencontrer là-dessus et de parler avec d'autres professionnels de la même fonction quoi, et de se remettre à jour sur des nouvelles pratiques.

16 - Quel autre moyen en plus que les formations utilisez-vous afin de guider votre raisonnement clinique ? (Expériences, modèles, lectures scientifiques) Oui alors les lectures pas assez parce que je n'ai pas trop de temps, au boulot en tout cas. Après je sais que par exemple pour le MOHO on a essayé de garder du lien entre différents ergos, donc par mails de s'échanger des choses, se tenir au courant, à distance.

17 - Qu'est-ce qui vous permet de rester au plus proche de la philosophie de l'ergothérapie ? (Question sautée)

18 - Selon vous qu'est-ce qui favoriserait une meilleure collaboration entre les ergothérapeutes et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle ? De prendre le temps d'échanger, de voir les choses de comment nous on se positionne, pour partager un regard, avec une base commune... Heu des contacts communs, enfin ... un modèle aussi commun je trouve que ça peut rassembler et donc permettre une meilleure collaboration. Par exemple le MOHO, j'avais une collègue avant qui faisait partie de cette vision là et du coup on collaborait bien parce qu'on avait une vision commune, enfin on sentait qu'il y avait un socle un peu commun, un regard commun. Et par rapport à l'équipe... En tout cas s'il y a cette idée de solidarité avec une base, un socle commun, déjà entre nous il y a une meilleure collaboration et puis par rapport à l'équipe ça peut favoriser parce que du coup ça fait vraiment un socle quoi, solide. Ou du coup ils ne collaborent pas avec cinq ergos mais plutôt avec la vision de l'ergothérapie en général.

Modèle

19 - Quelle idée avez-vous des modèles conceptuels ? lesquels connaissez-vous ? en utilisez-vous ? Moi dans ma formation j'ai beaucoup été formé sur le modèle du PPH, j'ai fait mon mémoire sur la CIF donc ces deux-là je les connais. Et après j'ai été formé au MOHO que j'utilise, je me suis renseignée sur le modèle Kawa. Le MCREO je connais de nom mais pas plus que ça, du coup je ne le maîtrise pas et je ne vois pas précisément.

Ergothérapie

21 - Que pensez-vous des modèles interprofessionnels ? Ben c'est intéressant aussi parce que ça permet de se rejoindre tous ensemble pour le coup. Si on prend le PPH ou la

CIF c'est des modèles que tout le monde va pouvoir appliquer en réhabilitation par exemple. Après au niveau identité professionnelle c'est sûr que par exemple le MOHO c'est plus pertinent. Donc complémentaire à nos modèles, c'est un peu différent ça n'apporte pas la même chose mais dans tous les cas... d'avoir des concepts comme ça.... C'est aidant.

22 - L'adoption d'un modèle ergothérapeutique fait suite à une décision d'équipe ? Comment cela s'est-il passé ? Non, non moi c'était personnel parce que je ressentais le besoin de me retrouver dans mon identité professionnelle justement. Et c'est une collègue qui m'en a parlé, qui m'a un peu initié au modèle. Et qui m'a permis de me lancer, de me dire "ah ben oui il m'a l'air bien" il me parlait quoi, par rapport à ma profession et là où je travaille. Et ensuite j'ai eu envie de faire la formation pour vraiment me lancer "à fond" pour avoir plus d'apports théoriques et pratiques. Parce que j'avais ce besoin-là de cadre, de reconnexion à cette identité, et de passer par un cadre comme ça j'avais l'impression que ça m'aiderait... Et.... Et ça m'a aidé (rire).

23 - Quelles sont selon vous les plus-values de l'utilisation d'un modèle ergothérapeutique ? Donc t'as parlé de la communication ... Alors ... Oui, il y a cet objectif là, mais déjà par rapport à soi-même déjà de mieux pouvoir se positionner face à son rôle d'ergo, quand on a les patients en prise en charge, on arrive à se dire "ok moi je me situe là" et mes objectifs, ma thérapie elle passe par là quoi. Par rapport à un autre collègue, moi je suis centrée là-dessus et j'ai ce regard là à travers ce concept-là. Donc en fait ça aide vraiment à penser prise en charge en fait. Et ça formalise beaucoup, parce qu'on va passer par des bilans formalisés et pour transmettre à l'équipe ça formalise et donc par succession ça permet aussi une certaine valorisation, une meilleure reconnaissance et donc une meilleure identification du rôle de l'ergo.

24 - Selon vous qu'est-ce que les outils d'évaluation validés peuvent apporter à votre pratique ? (Question sautée car déjà répondue).

25 - Quels seraient selon vous les freins/limites au projet de l'intégration d'un modèle conceptuel ergothérapeutique dans la prise en soin en ergothérapie ? Déjà dépasser les préjugés que l'on peut avoir, et de pouvoir partager dessus peut-être avec d'autres personnes qui ont pu tester pour avoir des retours. De pouvoir passer à l'action, utiliser concrètement pas juste s'arrêter à la théorie donc se lancer quoi, donc faire des bilans par exemple. Se fournir aussi donc en bilan, ça peut-être une limite mais c'est dépassable hein il y a aucune vraie limite pour moi. Pouvoir avoir accès à des formations, après ce n'est pas obligatoire mais ça peut faciliter, ça peut être un levier pour se lancer.

Ça peut être formel ou plus informel, entre ergos pouvoir informer et former. Après je ne sais pas si le cadre peut-être aidant en tout cas pour moi du moment qu'il y a une volonté, que l'on y va et que l'on a un minimum de liberté pour tester et qu'ensuite on peut informer l'équipe justement bin pour moi c'est gagnant. Après c'est sûr qu'il faut un minimum de liberté pour, voilà.

26 - Est-ce que le fait d'utiliser le côté structurant d'un modèle ergothérapeutique peut à l'inverse mettre des barrières et nous limiter dans la vision globale de l'ergothérapie et notre pratique ? Alors moi le MOHO je ne le trouve pas réducteur, pour moi il est très ouvert et très global. Et justement il permet d'être très intégratif. Donc ça ne va pas me gêner par exemple si j'ai envie de... Là je pense à un truc, ce n'est pas forcément... d'autres modèles comme les TCC auxquels je ne suis pas formée mais que l'on utilise beaucoup ici, ben par exemple si j'utilise le MOHO ça ne me restreint pas, je ne me dis pas "ok si j'utilise le MOHO, je suis obligée d'utiliser des bilans MOHO" je pourrais très bien faire un test des errances multiples or cadre MOHO pour compléter mon regard. Pour moi voilà il n'est pas contraignant parce qu'il n'est ni trop fermé, ça me donne un cadre global dans lequel je mets ce que je veux, donc pour moi c'est que du bénéf quoi.

Identité professionnelle et modèles ergothérapeutiques

Mots clés : Identité professionnelle - Rôle professionnel - Pratique - Modèles conceptuels ergothérapeutiques - MCREO - MOH

En France la profession d'ergothérapeute est encore peu connue et l'identité de l'ergothérapie en structure est parfois fragile. D'après les écrits scientifiques, les modèles créés par les ergothérapeutes, dits ergothérapeutiques, seraient pertinents pour, entre autres, recentrer la pratique sur notre domaine d'activité et pour communiquer nos actions envers les autres professionnels. Cependant, peu d'ergothérapeutes français s'appuient sur ce type de concepts, cette étude cherche à comprendre les causes pouvant mener à cette situation, les limites auxquelles les ergothérapeutes sont confrontés mais aussi à prouver l'intérêt de ceux-ci. Cinq entretiens ont été réalisés, avec des professionnels utilisant ou non des modèles (ergothérapeutiques ou interprofessionnels). Il en ressort que l'identité des ergothérapeutes, notamment par rapport à la compréhension de leur rôle, la valorisation au sein des équipes paraît parfois en difficultés. Les modèles sont présentés dans cette étude comme un outil supplémentaire à la pratique de l'ergothérapeute à associer à un modèle interprofessionnel. Les ergothérapeutes utilisant des modèles conceptuels ergothérapeutiques expliquent les plus-values que cela peut apporter en termes d'identité professionnelle.

Key words : Professional Identity - Professional Role - Practice - Occupational Therapy Conceptual Models - MCREO - MOH

In France the profession of occupational therapist is still little known and the identity of occupational therapy in professional structures is sometimes fragile. According to scientific literature, the models created by occupational therapists, or occupational models, would be relevant to, among other, refocus practice on our field of activity and to communicate our actions to other professionals. However, few French occupational therapists rely on this type of concepts; this study seeks to understand the causes of this situation, and the limits that occupational therapists face but also to prove the benefits of these models. Five interviews were conducted, with professionals using or not using models (occupational therapy or interprofessional). It emerges that the identity of occupational therapists, especially with regard to the understanding of their role, the valorization within the teams sometimes seems to be difficult. The models are presented in this study as an additional tool to the practice of the occupational therapist to associate with an interprofessional model. Occupational therapists using occupational therapy conceptual models explain the added value that this can bring in terms of professional identity.