

**INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE
CENTRE DE LA FORMATION ET DU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES
DRH AP-HP**



Mémoire présenté dans le cadre de l'obtention :

- du diplôme Cadre de santé (IFCS-AP/HP)
- du master 1 « Economie de la santé et des politiques sociales.
Spécialités Economie et Gestion de la Santé –Formation Continue »
(Université Paris-Dauphine)

Et si l'ergothérapie se faisait savoir

Promotion de l'ergothérapie contemporaine en France

Nom : ADENOT / GAUME
Prénom : Pascale
Promotion : 2012-2013
1ère session

Sous la direction de :
M. Christophe FLAGEUL

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE
CENTRE DE LA FORMATION ET DU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES
DRH AP-HP



Mémoire présenté dans le cadre de l'obtention :

- du diplôme Cadre de santé (IFCS-AP/HP)
- du master 1 « Economie de la santé et des politiques sociales.
Spécialités Economie et Gestion de la Santé –Formation Continue »
(Université Paris-Dauphine)

Et si l'ergothérapie se faisait savoir

Promotion de l'ergothérapie contemporaine en France

Nom : ADENOT / GAUME
Prénom : Pascale
Promotion : 2012-2013
1ère session

Sous la direction de :
M. Christophe FLAGEUL

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'AP-HP sont
des travaux réalisés au cours de l'année de formation en partenariat avec
l'Université Paris-Dauphine.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de
l'auteur, de l'AP-HP et l'Université Paris-Dauphine.

J'adresse mes remerciements à Monsieur Christophe FLAGEUL, mon directeur de mémoire.
Sa guidance m'a permis de trouver les solutions pour avancer.

Que toutes les personnes, professionnelles ou non, qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire puissent trouver dans ces quelques mots ma reconnaissance.

Une pensée particulière pour ma famille et mes amis qui ont su me soutenir tout au long de cette formation.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE

INTRODUCTION	1
<u>1- Articuler théorie et pratique, un enjeu méthodologique</u>	4
1.1- De la visibilité et de la reconnaissance de l’ergothérapie à la question des pratiques professionnelles.....	5
1.1.1- Comprendre l’ergothérapie.....	9
1.1.1.1- Définition.....	9
1.1.1.2- Exercice professionnel et formation initiale à travers l’histoire.....	12
1.1.1.3- Organisation professionnelle	18
1.1.2- Questionnement en lien avec le contexte sociétal contemporain	19
1.2- Approfondissement : s’enrichir par la littérature et par les discours des autres	22
1.2.1- Elargir les réflexions, une phase exploratoire.....	23
1.2.2- Choix de la perspective : question de recherche	27
1.2.3- Entretiens de recherche : la réalité exprimée par les acteurs.....	28
1.2.3.1- Diversité des expériences et des regards.....	28
1.2.3.2- Caractéristiques de l’échantillon.....	30
1.2.3.3- Thématique revue et corrigée.....	31
1.2.3.4- Biais et limites.....	33
1.2.3.5- Récolter les données et trouver l’alchimie.....	34

2- L'ergothérapie en France se structure	35
2.1- Reconnaissance de l'ergothérapie.....	35
2.2- Définition repensée de l'ergothérapie.....	38
2.3- Particularités démographiques.....	39
2.4- Processus de professionnalisation.....	41
2.5- Construction dynamique	44
2.6- Rôle de la communication.....	51
3- L'ergothérapie en France, une histoire d'évolutions	55
3.1- Evolution des pratiques.....	56
3.2- Evolution socio-économique.....	59
3.3- Evolution politique	62
3.4- Evolution du dispositif de formation.....	66
CONCLUSION	70

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

ANNEXE 1 : Campagne de publicité initiée par l'association Perce Neige dans le métro parisien et la presse écrite en novembre 2012.

ANNEXE 2 : Guide d'entretien exploratoire

ANNEXE 3 : Guide d'entretien de recherche pour les ergothérapeutes

ANNEXE 4 : Guide d'entretien de recherche pour les professionnels paramédicaux

ANNEXE 5 : Guide d'entretien de recherche pour les professionnels médicaux

ANNEXE 6 : Guide d'entretien de recherche pour les bénéficiaires d'ergothérapie

GLOSSAIRE

ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé
COTEC	Concil of Occupationnal Therapist for the European Countries
CSPPM	Conseil Supérieur des professions Paramédicales
CREAP	Cellule de Recherche en Ergothérapie Appliquée
DE	Diplôme d'Etat
DMS	Durées Moyenne de Séjour
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECTS	European Credits Transfer System
IEL	L'Instance Exercice Libéral
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé Assistance Publique-Hôpitaux de
AP-HP	Paris
IFE	Instituts de Formation en Ergothérapie
MOH	Modèle de l'Occupation Humaine
MPR	Médecine Physique et Réadaptation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONISEP	l'Office National d'Information Sur les Enseignements et les Professions
SIFEF	Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français
SYNFEL	Syndicat Français des Ergothérapeutes libéraux
UIPARM	Union Inter-Professionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-Techniques
UNAEE	Union Nationale des Associations Etudiantes en ergothérapie

INTRODUCTION

L'exercice professionnel en ergothérapie a évolué en France depuis son origine, à savoir les pratiques proprement dites ou même la formation, en s'orientant vers une conceptualisation, à la recherche d'une reconnaissance scientifique et professionnelle.

Cette étude provient d'un questionnement itératif concernant notre capacité à définir l'ergothérapie. Cette difficulté est perçue par une majorité d'entre nous. N'allons pas plus loin dans notre développement et posons-nous la question. « Qu'est-ce que l'ergothérapie ? » Trois possibilités de réponses s'offrent à nous. La première, c'est le néant. Un amoncellement incompréhensible d'idées gravitant entre elles. La seconde, probablement la plus fréquente, consiste à en imaginer le sens à travers sa sémantique. Le résultat n'est pas plus probant. La troisième, la moins répandue, consiste à répondre que l'ergothérapie « *vise à maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de façon sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en prenant en compte les habitudes de vie de la personne et de son environnement* ¹ » (ANFE). Les ergothérapeutes interviennent donc au niveau des activités, sur l'agir. Et pour cela les techniques professionnelles utilisées sont à dominance manuelles et osons même le dire, artisanales pour certaines. Or, notre société française valorise l'intellectuel et relègue au second plan le travail manuel. Il n'y a qu'à fréquenter les bancs de l'école et écouter ce qu'on vous propose lorsque vous n'êtes pas bon à l'école. Jamais on ne proposera à un brillant élève une filière technologique. Au contraire on l'en dissuadera. C'est ainsi que la méconnaissance et la non reconnaissance de l'ergothérapie se fondent à partir des caractéristiques de son exercice professionnel. A une exception près, les usagers ayant eu la chance de bénéficier d'ergothérapie, qui en découvrent toute la richesse, peuvent retrouver une autonomie quotidienne, professionnelle et sociale. Mais ils sont peu nombreux.

¹ Définition donnée par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes. www.anfe.fr. Consulté le 15 octobre 2012.

Impactée par cette image désavantageuse, l'ergothérapie a malgré tout su profiter d'un contexte sociétal et politique favorable, augmentant les besoins et les demandes au niveau national depuis une dizaine d'années. C'est dans ce contexte que l'ergothérapie s'est développée, augmentant de 80% ses effectifs entre 2000 et 2012². Les domaines d'interventions aux confins du médical, du social et du sanitaire conduisent l'ergothérapie à interagir avec les autres professionnels de la santé, médicaux et paramédicaux entre autres. C'est alors que se profilent des notions de territoires professionnels, de jeux de pouvoir entre ces différents acteurs afin de légitimer et de revendiquer un monopole d'exercice. C'est en orientant notre recherche dans le champ de la sociologie que nous serons amenés à décrypter ce qui s'y joue sur une scène où chaque profession affirme son existence et ses frontières.

Cette étude s'attache donc à analyser le développement de l'ergothérapie à travers des évolutions statutaires et réglementaires, des pratiques professionnelles actualisées et des modalités de formation en adéquation avec les nouveaux besoins. Il s'agit aussi de comprendre les relations instaurées entre les différentes professions qui interviennent autour du patient, l'acteur principal. Dans sa vision très holistique, l'ergothérapeute le considère tour à tour comme un usager, un contribuable et un citoyen : un usager dont le projet est de retrouver une autonomie maximale, un contribuable puisqu'il s'inscrit dans une relation économique de gestion des coûts de la Santé, un citoyen, par sa fonction politique et sa relation avec son environnement dans la cité.

Une recherche documentaire et la réalisation d'entretiens auprès d'ergothérapeutes, de professionnels médicaux et paramédicaux, et d'usagers vont nous aider à mettre en exergue le développement de l'ergothérapie, ses nouvelles orientations et les liens avec sa visibilité et sa reconnaissance auprès du grand public et des autres professionnels de Santé.

Dans une première partie, nous réaliserons un état des lieux de l'ergothérapie qui nous permettra de fonder les bases de notre analyse ultérieure. La démarche de recherche ne sera pas dissociée du contexte et sera exposée au fur et à mesure du cheminement.

² Source fichier ADELI 2012. <http://www.anfe.fr>. Consulté le 25 octobre 2012.

Les deux parties suivantes consistent à énoncer les résultats de la recherche, à analyser les entretiens au regard de la problématique. Nous étudierons dans un premier temps les facteurs propres au groupe professionnel qui déterminent l'évolution de l'ergothérapie.

Nous prendrons soin de les analyser sous un regard sociologique. Les dimensions statutaire, réglementaire, politique, socio-économique de l'ergothérapie seront essentiellement abordées. Dans un deuxième temps, nous raisonnerons à partir des pratiques professionnelles. En partant de l'exercice de l'ergothérapie, nous allons nous distancier pour mieux appréhender le déploiement de l'ergothérapie et en comprendre les enjeux. Durant toute cette partie, nous garderons en filigrane l'idée de la visibilité et de la reconnaissance de l'ergothérapie afin d'en découvrir les incidences.

1. Articuler théorie et pratique, un enjeu méthodologique

Quelques jours après la rentrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (IFCS AP-HP) et à l'Université Paris Dauphine, le fil conducteur de cette année s'impose à nous. Il s'agit du mémoire de recherche appliqué au champ de la sociologie. Les objectifs poursuivis sont doubles : s'approprier la démarche de recherche enseignée afin de pouvoir la réinvestir au cours de notre exercice de Cadre de Santé mais aussi utiliser cet outil méthodologique pour développer notre capacité d'analyse. En effet, c'est en croisant des regards singuliers et en s'éloignant de l'opérationnalité que nous allons pouvoir nous référer aux concepts sociologiques et approfondir ainsi notre raisonnement.

Ce travail de recherche suit la méthodologie développée par R. QUIVY³ et L. VAN CAMPENHOUDT⁴ dans le « *Manuel de recherche en sciences sociales* » qui constitue notre référence. Elle est directement liée à l'approche proposée par les enseignants universitaires de Paris-Dauphine.

« Mais rigueur n'est pas synonyme de rigidité. Bien au contraire. La démarche présentée ici ne doit pas être mise en œuvre de manière mécanique...ni ritualiste » (L. VAN CAMPENHOUDT et R. QUIVY, 2011, p21). Il s'agit dans un premier temps d'en comprendre les grands principes et dans un second temps de se l'approprier et la faire vivre dans notre propre recherche. C'est pourquoi nous avons choisi de ne pas dissocier la méthodologie du contenu. Les éléments méthodologiques vont être mis en valeur au moment venu afin d'étayer notre démarche scientifique. Ses points d'ancrage réguliers vont donc jalonner tout le parcours et mettre en lumière le cheminement de ce mémoire.

³ Raymond QUIVY (1938-2007) était Docteur en sciences politiques et sociales de l'Université catholique de Louvain.

⁴ Luc VAN CAMPENHOUDT est un sociologue belge.

1.1. De la visibilité et de la reconnaissance de l'ergothérapie à la question des pratiques professionnelles

Ce chapitre consiste à présenter le thème choisi et à l'explicitier dans son contexte, sanitaire et médico-social. Une partie, dédiée à l'ergothérapie, en favorisera sa compréhension et permettra de mettre en évidence le questionnement de départ.

L'entrée en matière commence par une rupture. Brusquement l'horizon s'assombrit et les questionnements fusent. « *On a le sentiment de s'y perdre avant même de l'avoir réellement entamé* » (Op. Cit, p12). Le phénomène ne doit pas nous inquiéter : il s'inscrit dans le processus d'élaboration.

Forts de notre expérience professionnelle, il s'agit maintenant de se distancier et d'élaborer un raisonnement plus réflexif. Des groupes de travail mis en place à l'Institut de Formation des Cadres de Santé ont contribué à dissiper les premières interrogations. La finalité est de poser les fondations de notre construction scientifique et de définir le thème de recherche appelé aussi objet d'étude: la visibilité et la reconnaissance de l'ergothérapie.

Il ne s'agit pas d'y voir, là, une quelconque volonté corporatiste ou approche revendicatrice. Notre démarche est exclusivement compréhensive. Nous veillerons donc, au fil des pages, à garder un ton neutre, un regard objectif et nous aurons en aucun cas de parti pris.

Posons les bases. Si l'on réalisait un sondage à un instant « T » dans un lieu « α » n'importe qui pourrait définir ce qu'est un infirmier, un médecin ou une assistante sociale. Par contre répondre à la question « qu'est-ce qu'un ergothérapeute ? » est moins aisé et renvoie souvent à des notions bien éloignées de sa définition voire même complètement hors contexte. A partir de quelques éléments clés observés tout au long de notre activité professionnelle d'ergothérapeute essayons de mettre en lumière cette faible visibilité et ce défaut de reconnaissance exprimés par les ergothérapeutes.

Les origines de l'ergothérapie sont très anciennes et un des premiers repères historiques est fixé par la psychiatrie. Aujourd'hui, la maladie mentale, les troubles psychiques renvoient une image plutôt négative, qui fait peur, pour les populations occidentales au XXIème siècle.

Cette origine puisée dans la psychiatrie n'est-elle pas un élément explicatif à ce défaut de visibilité de l'ergothérapie ?

Avant 1980 les ergothérapeutes évoluaient dans un environnement essentiellement hospitalier et donc peu accessible au grand public. Est-ce un facteur pouvant contribuer à sa méconnaissance et ainsi être un frein à son développement ?

Le processus de professionnalisation doit aussi être questionné. En effet, c'est un métier jeune avec une évolution relativement rapide et d'autant plus ces dernières années. La croissance démographique en ergothérapie est fixée à 80% entre 2001 et 2011⁵. Est-ce un groupe professionnel structuré ? Ou tend-il à le devenir ? L'étude de la sociologie des professions selon les approches fonctionnalistes et interactionnistes va nous apporter des éléments de réponse. Pour F. CHAMPY⁶ (2012) les fonctionnalistes parlent de profession lorsqu'il y a un monopole d'exercice dans un secteur déterminé autorisant une autonomie professionnelle et qui nécessite un niveau élevé de formation. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, les termes occupation ou métier sont utilisés. L'approche interactionniste a remis en cause l'approche fonctionnaliste. Elle ne différencie pas les termes profession et métier et met en valeur les éléments dynamiques sociaux qui se produisent grâce aux relations des professions les unes avec les autres. Dans cette lignée, nous pourrions entre autres aborder la notion de segment, évoquée par STRAUSS et BUCHER⁷, qui nous permet de nous interroger sur la proximité et la définition des territoires d'exercices avec d'autres professions tels que la kinésithérapie, la psychomotricité ou l'orthophonie.

Sur un plan politique, la société française valorise surtout le curatif alors que l'ergothérapie aborde le préventif, le rééducatif et le réadaptatif. Il y a une faible reconnaissance du préventif alors que les ergothérapeutes y attachent une importance particulière : prévention des rechutes et du sur accident, accessibilité, amélioration de la qualité de vie notamment.

⁵ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité.– Campagne nationale de valorisation des métiers de la santé. Dossier de presse du 12 mars 2012.

⁶ Florent CHAMPY est directeur de recherche au Centre National de Recherche Scientifique.

⁷ Cité par F. CHAMPY, Ibid.

Anselm Leonard STRAUSS est un sociologue américain (1916 - 1996). Il a travaillé dans le domaine de la sociologie médicale.

Une des particularités en ergothérapie est la participation active du patient. Cette dimension est aussi mal connue puisque, souvent, dans les autres domaines paramédicaux, le patient est plus passif.

Les ergothérapeutes interviennent surtout au niveau du handicap. Ce dernier terme fait peur et le regard porté par la population est plutôt négatif. Le domaine d'intervention en ergothérapie est donc source d'appréhension pour tout un chacun et ne semble pas participer à sa reconnaissance. Bon nombre de personnes préfèrent ne pas en parler ou détourner leur regard lorsqu'ils sont confrontés à une personne en situation de handicap. Les lois de 2002⁸ et 2005⁹ ont permis de faire évoluer malgré tout les mentalités, mais le chemin à parcourir est encore long. Notons par exemple la campagne de publicité initiée par l'association Perce Neige dans le métro parisien et la presse écrite en novembre 2012 avec le slogan : « *Notre sœur ne parle pas. Est-ce une raison pour taire son handicap ?* ». (ANNEXE1)

L'exercice professionnel des ergothérapeutes centré sur l'activité comme moyen thérapeutique est peut être aussi peu valorisant. En France mais aussi dans d'autres pays, l'activité intellectuelle est plus valorisée que l'activité manuelle. Les ergothérapeutes doivent donc mettre en avant également « *leur légitimité savante* » (C. WAGNER¹⁰, 2005, p11) c'est à dire leur expertise. Le retour à domicile des bénéficiaires de soins en est une et c'est peut être un moyen de favoriser sa visibilité.

Du point de vue médiatique les actions des ergothérapeutes sont peu spectaculaires. Evoquons simplement des soignants dans un service de réanimation en chirurgie cardiaque. Il y a là une valorisation de l'hyper technicité, de l'utilisation de moyens très sophistiqués pour sauver des vies. En ergothérapie, on ne retrouve pas cette dimension ce qui suscite donc peu l'intérêt des médias et l'information du public. Même si le champ de la domotique tend à se développer, la généralisation n'est pas encore d'actualité et l'ergothérapeute est encore bien éloigné de ces préoccupations.

⁸ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et entre autre qui affirme et promeut les droits des bénéficiaires et de leur entourage. Version consolidée au 03 janvier 2002. Consulté le 5 décembre 2012.

⁹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Consulté le 5 décembre 2012.

¹⁰ Claude WAGNER est professeur de sciences économiques et sociales et docteur en sociologie.

Le facteur temps peut aussi être en défaveur des ergothérapeutes. Le suivi des patients en rééducation ergothérapique est bien supérieur à celui de patients dans un service de soins traditionnel. Cette inscription dans la durée est peut-être source de manque de visibilité ; d'autant plus que notre société actuelle est globalement animée par la rapidité.

Par contre, du point de vue des patients qui ont bénéficié d'ergothérapie, le discours est différent. Certes, la personne reconnaît la technicité chirurgicale après un accident de la route par exemple, mais elle retient surtout les quelques mois passés en rééducation qui lui ont permis d'atteindre une autonomie maximale dans ses activités quotidiennes, sociales et professionnelles. Le regard porté est différent de celui des médias et les objectifs aussi. Cet aspect peut s'illustrer par le film « Intouchables » qui a dépassé les dix-neuf millions d'entrées en salle. On parle même de « *film phénomène* » (journal Metro, 14 novembre 2012 p24). En effet, la journée de Philippe est rythmée par les activités de nursing et de rééducation même si cette dernière abordée uniquement sous l'angle du kinésithérapeute est assez caricaturale et n'a pas permis une mise en valeur des métiers de la rééducation. Etait-ce le but ? Probablement pas. En tout cas, ce film a permis au handicap d'être un peu plus reconnu et accepté.

Face à tous ces éléments observés au gré de nos expériences professionnelles, nous nous interrogeons sur un éventuel lien entre un déficit notoire de reconnaissance des ergothérapeutes au niveau du système politique français dans le champ sanitaire et les dimensions préventives, rééducatives et réadaptatives favorisant l'autonomie de la personne, ce qui constitue le cœur du métier des ergothérapeutes. Ceci évoque aussi un questionnement quant à notre société contemporaine qui évolue dans un processus de rapidité, avec une prégnance de la technicité et un pouvoir des médias avides de haute technologie et d'évènements spectaculaires. Il suffit de se référer à notre environnement de plus en plus miniaturisé et envahi d'interfaces que nous utilisons au quotidien : le téléphone portable pour ne citer que lui.

Qu'en est-il de l'évolution historique de l'ergothérapie aujourd'hui ? Où en est-elle dans son processus de professionnalisation ? Comment se positionne-t-elle parmi les autres professions paramédicales ?

Autant de questions dont les réponses pourront aussi nous donner des pistes de réflexions. Mais en préambule, soumettons-nous à un exercice nécessaire : définissons les grandes lignes de l'ergothérapie.

1.1.1. Comprendre l'ergothérapie

C'est effectivement un des postulats de départ de notre étude. Pour cela la définition de l'ergothérapie nous conduira à découvrir les pratiques professionnelles et les modalités d'organisation de la formation initiale. Comprendre l'ergothérapie, c'est aussi appréhender son organisation interne et son statut.

1.1.1.1. Définition

Comme nous l'avons évoqué quelques lignes en amont, si l'on demande à un échantillon de la population de définir l'ergothérapie, les réponses données sont pour le moins surprenantes et démontrent une méconnaissance quasi unanime. La même question posée aux professionnels médicaux et paramédicaux montre la complexité et la diversité des regards.

L'utilisation de la terminologie « ergothérapie » dans les pays francophones, que nous devons à DUHAMEL, est contemporaine et résulte de la traduction anglaise de « occupational therapy » (P.Y. THERRIAULT¹¹ et F. COLLARD¹², 1987). La traduction littérale « thérapie occupationnelle » ne reflète pas la sémantique du terme. En effet, il ne s'agit pas d'une thérapie par le divertissement. Mais il ne s'agit pas non plus de comprendre l'occupation selon le sens sociologique de « métier ». Cette distinction sera exposée ultérieurement.

¹¹ Pierre Yves THERRIAULT est ergothérapeute au Canada et possède un doctorat en sciences biomédicales.

¹² Florence COLLARD est ergothérapeute en France.

Par contre, un élément de réponse afférent à l'étymologie peut nous éclairer. L'ergothérapie est formée du préfixe « ergo » du grec « ergon » c'est-à-dire travail, activité et du radical « thérapie » du grec « therapeia » signifiant cure. Unir l'activité avec la thérapie ne constitue pas une évidence. L'étonnement est l'utilisation de l'ergon autrement dit l'activité, qui vulgarisée dans notre langage, ne revêt pas la connotation thérapeutique que nous pourrions prétendre. Mais l'analyse montre une subtile association de ces deux termes, activité et thérapie. Par son rapport à la science, la thérapie nous apporte la méthodologie.

Celle-ci concerne la démarche théorique du soin. L'activité s'inscrit dans le processus de l'ergothérapie qui vise à favoriser l'autonomie de l'utilisateur en prenant en compte l'environnement, c'est-à-dire en lui proposant des activités qui ont un sens pour lui.

Dans cette perspective, associer l'activité à la thérapeutique n'est donc pas une fantaisie linguistique : il s'agit de lier l'activité à une dimension thérapeutique où l'environnement de l'individu joue un rôle essentiel que l'on se positionne à un niveau individuel ou collectif. Cette vision dynamique fait alors émerger la notion d'activité humaine, notion mise en avant par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE)¹³ qui définit l'ergothérapeute comme « *un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé*¹⁴. »

Après ce regard étymologique, engageons maintenant notre démarche explicative de l'ergothérapie selon une définition plus opérationnelle.

L'ergothérapie est régie par le code de la Santé Publique et le décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986¹⁵. Celui-ci décrit les conditions d'exercice des professionnels ergothérapeutes qui « *peuvent contribuer aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatiques, psychiques ou intellectuels, 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.*

¹³ ANFE, première association créée et représentant les ergothérapeutes en France ; elle défend et promeut les intérêts et la qualité de la profession d'ergothérapeute ; elle participe à la formation professionnelle et fait le lien avec les associations d'ergothérapeutes étrangères. C'est une association loi 1901 à but non lucratif.

¹⁴ www.anfe.fr. Consulté le 30 septembre 2012.

¹⁵ Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.

Elles permettent de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle ».

En résumé, l'ergothérapie s'articule autour de trois axes : l'autonomie, la dépendance et l'activité dont le but commun est d'intervenir au niveau de l'activité humaine, comme nous venons de le démontrer. Il s'agit de concevoir la personne dans son environnement, avec ses besoins, ses projets, ses capacités et ses incapacités. L'ergothérapie ne se focalise donc pas uniquement sur la maladie. Un sujet âgé, qui éprouve des difficultés pour réaliser des activités du quotidien peut solliciter un ergothérapeute. Dans cet exemple, nous parlerons de l'indépendance, c'est-à-dire la capacité à réaliser des activités. L'ergothérapie s'intéresse aussi à un concept qui va de pair : l'autonomie. Elle se définit comme la capacité à gérer les activités. C'est pourquoi nous pouvons être indépendant mais pas autonome pour une même activité.

L'ergothérapeute n'exerce que sur prescription médicale. Ses actions se trouvent à la confluence du médical, du social et de l'éducatif. En effet, l'ergothérapie se nourrit des sciences médicales, humaines et sociales, de l'éducation et techniques. Cette multi dimensionnalité induit des champs de compétences diversifiés où d'autres professions paramédicales peuvent aussi s'identifier. Cette caractéristique est renforcée également par une diversité des domaines d'intervention que ce soit au niveau de l'âge de la population, des lieux d'intervention (institution, lieux de vie, prison, domicile, compagnie d'assurance, et cætera), des handicaps ou déficits rencontrés. Ces différents éléments constituent une richesse mais aussi une faiblesse et peuvent influencer sur son processus de professionnalisation. En effet, il semble difficile de définir un monopole d'exercice et l'ergothérapie se retrouve dans des territoires dont elle n'a pas l'exclusivité et où la concurrence interprofessionnelle y trouve sa source.

Définir l'ergothérapie c'est aussi porter notre attention à son histoire qui recèle inévitablement des clés explicatives de ses pratiques professionnelles.

1.1.1.2. Exercice professionnel et formation initiale à travers l'histoire

La littérature française dans ce domaine est peu fournie. Les ouvrages s'y consacrant en exclusivité sont peu nombreux. C'est donc au gré de lectures d'articles que nous avons pu cerner et croiser les différents repères historiques expliquant l'évolution des pratiques professionnelles en ergothérapie.

L'intérêt de l'activité est reconnu depuis des siècles puisque dès l'Antiquité, des textes y font référence. En Chine, dès 2600 ans avant Jésus Christ, l'exercice physique est mis en avant. Mais l'ergothérapie naît vraiment à la fin du XVIII^{ème} siècle avec le livre de S. TISSOT¹⁶, « *Gymnastique médicale et chirurgicale* » qui met en valeur la rééducation par l'activité (L. PIERQUIN¹⁷, 1980).

L'ergothérapie se développe en France, en 1786, en psychiatrie dans deux hôpitaux parisiens : La Salpêtrière et Bichat. En effet, le psychiatre PINEL¹⁸ observe que les patients pauvres, qui travaillent dans les asiles, améliorent plus leur état de santé que les personnes aisées, qui elles ne travaillent pas, et sont passives dans les institutions (M.C. DETRAZ¹⁹, 1992). Ces travaux précurseurs vont être repris quelques années plus tard Outre Atlantique et Outre-Manche. Ainsi, dans les années 1900, les travaux de PINEL ont inspiré les médecins américains J. HALL²⁰, A. MEYER²¹ et W. RUSH DUNTON Jr²² qui réinvestissent l'activité comme moyen thérapeutique, signant ainsi la naissance de l'ergothérapie (J.M. CAIRE²³, 2008).

¹⁶Samuel TISSOT (1728-1797): chirurgien du roi Louis XVI.

¹⁷ Louis PIERQUIN (1910-2006) a été Professeur à l'Université de Médecine de Nancy et a joué un rôle essentiel dans la création de la Rééducation Fonctionnelle et de la Réadaptation française.

¹⁸ Philippe PINEL (1745 -1826) Il est à l'origine de la première classification des maladies mentales. Il a influencé la psychiatrie et le traitement des aliénés.

¹⁹ Marie Christine DETRAZ est ergothérapeute cadre de santé.

²⁰ J. HALL : médecin psychiatre ayant initié une thérapie basée sur la « cure de travail » dont le principe vise à supprimer l'alitement.

²¹ A. MEYER : médecin et professeur de psychiatrie américain. C'est un des fondateurs de l'ergothérapie.

²² W. RUSH DUNTON : médecin psychiatre américain. Il reconnaît la valeur de l'activité dans le soin.

²³ Jean Michel CAIRE est ergothérapeute cadre de santé.

Le titre de première ergothérapeute en 1905 revient à une infirmière américaine, Susan E. TRACY. « *Susan E. Tracy, considered the first Occupational Therapist, noticed in her training as a nurse the benefits of occupation in relieving nervous tension and making bed rest more tolerable for patients*²⁴ ». Elle travaille en psychiatrie et a aussi appris à des artisans à devenir des professeurs d'activités artisanales. (J.M. CAIRE, Ibid.). Quel étonnement: ergothérapeute – infirmière. Du point de vue sociologique, nous pourrions donc imaginer qu'il n'y a pas de compétences par profession historiquement établies. En fonction des évènements, de la prévalence d'un groupe professionnel au dépend d'autres, les compétences sont réparties et font référence à ce que A. ABBOTT²⁵ cité par F. CHAMPY (2012) dénomme la division du travail.

Quelques années plus tard, l'Histoire avec les deux guerres mondiales va influencer et permettre le développement de la rééducation psychiatrique et surtout fonctionnelle.

C'est alors que les premières écoles d'ergothérapie ouvrent à Chicago en 1915 et à Bristol en Angleterre en 1930 (R. BOTOKRO²⁶, 2006). La thérapie est pratiquée selon une vision très globale et l'activité est utilisée uniquement comme moyen de retour au travail.

Au niveau mondial, la World Federation of Occupational Therapists (WFOT)²⁷ est créée en 1952 et l'ergothérapie peut désormais trouver sa légitimité au niveau mondial.

En France, sous l'impulsion des Docteurs Henri POULIZAC et Jacques PARISOT et du Professeur PIERQUIN²⁸ le premier Institut Régional de Réadaptation Fonctionnelle, Professionnelle et Sociale est créé en 1953. L'ergothérapie y est représentée et ce sont deux ergothérapeutes anglaises Miss ANDERSON et EVERETT qui y exercent, encadrées par un chef de service en ergothérapie également d'origine anglaise Miss ROCHE.

²⁴ In www.recreationtherapy.com/history/rthistory2.ht Consulté le 20 avril 2013.

²⁵ Andrew ABBOTT, né en 1948, sociologue américain.

²⁶ Rozenn BOTOKRO, ergothérapeute, cadre de santé.

²⁷ Association mondiale des ergothérapeutes.

²⁸ Ces médecins se sont largement impliqués dans le développement de la réadaptation dans l'est de la France (Nancy).

Cette donnée nous montre que le développement de l'ergothérapie est lié à un environnement médical facilitant mais aussi que la France s'inspire et utilise les expériences européennes plus évoluées dans le domaine (ANFE, 2000).

Ces éléments sont renforcés par l'ouverture en France des deux premières écoles en 1954 à Paris et à Nancy.

Pendant ces années d'après-guerre, le rapport au travail et à l'activité évolue dans la société. Les évolutions technologiques rendent le travail moins contraint. Les grands courants sociologiques de l'organisation du travail issus de l'industrie (taylorisme, fordisme, toyotisme, uddevalisme) marquent le début d'une nouvelle ère. Il y a une prise de conscience de notions jusqu'alors occultées : la qualité, l'environnement et la santé. Entre autre le burn-out, les troubles musculo squelettiques font leur apparition et démontrent que l'environnement, le travail, la santé sont étroitement liés. L'ergothérapie telle que nous la définissons s'identifie aussi aux concepts de santé et de travail-activité.

C'est ainsi que la rééducation fonctionnelle se développe encore davantage et s'appuie désormais sur des modèles médicaux. Expliquons en quelques-uns de façon à mieux cerner l'évolution conceptuelle de l'ergothérapie. L'approche biomécanique déployée aussi en kinésithérapie considère le corps comme un ensemble de segments en mouvements régis par des forces et des contraintes. La traduction pour l'ergothérapie est d'aborder la thérapeutique selon une orientation globale, fonctionnelle et réadaptative. Il s'agit de trouver des moyens de compensation en cas d'incapacité résiduelle. L'approche neurophysiologique a fait son apparition avec le développement de la neurocognition. Un lien est établi entre les activités motrices et cérébrales. La rééducation à l'inverse de l'approche biomécanique qui n'était que motrice prend donc en compte aussi les fonctions du système nerveux dans les activités. L'approche psychodynamique, prévalente essentiellement en psychiatrie, consiste à ne plus utiliser l'activité uniquement comme un moyen de retour au travail. Désormais l'activité devient un support thérapeutique pour l'instauration d'une relation à travers un objet. Nous ne sommes donc plus dans le faire au sens de production. L'activité devient alors un moyen thérapeutique.

Dans les années 1970, le modèle biomédical est remis en cause. G. KIELHOFNER²⁹ souligne les connaissances empiriques et déplore l'absence de modèles conceptuels qui permettraient d'organiser tous ces savoirs. Cette remise en question à l'échelle mondiale relance la dynamique initiée il y a quelques décennies lors de la naissance de l'ergothérapie. C'est ainsi qu'apparaissent de nombreux modèles.

Citons pour référence le Modèle de l'Occupation Humaine³⁰ (MOH) de G. KIELHOFNER en 1985 (N. SEVE-FERRIEU³¹ et E. TROUVE³², 2008). Mais ces modèles ne sont pas issus, pour la plupart, de travaux français. Doit-on supposer que les professionnels en France n'ont pas pu encore tirer profit de leur opérationnalité pour aboutir à une conceptualisation, comme c'est le cas dans d'autres pays d'Europe, au Canada ou aux Etats-Unis ?

Dans la même lignée, les travaux de l'OMS aboutissent en 2001 à la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) qui servira de base pour concevoir le Processus de Production du Handicap (P. FOUGEYROLLAS³³, 1996). Il souligne l'interaction fondamentale entre la personne en situation de handicap, son environnement et ses habitus. Là encore nous y retrouvons l'activité humaine. La liste des concepts n'est pas exhaustive. Nous pourrions encore en développer d'autres mais notre choix a été réalisé en utilisant les critères de représentativité et de pertinence par rapport à notre étude.

Ainsi, en s'appuyant sur les modèles médicaux et en élaborant des modèles conceptuels dimensionnés internationalement, l'ergothérapie y trouve sa légitimité et est alors reconnue comme une discipline scientifique. Cela constitue donc selon R. BOTOKRO (2006, p9) « *un cadre structurant de l'ergothérapie dans sa reconnaissance sociale* ».

²⁹ Gary KIELHOFNER (1949-2010) a développé la notion d'Occupation Humaine qu'il considère comme la réalisation pour une personne de ses activités de la vie quotidienne et professionnelles, de ses loisirs dans un environnement physique donné, dans un contexte culturel précis et selon une temporalité définie.

³⁰ Ce modèle s'intéresse à la nature occupationnelle de l'être humain qui donne un sens à sa vie et lui permet de s'adapter aux exigences de la vie en société.

³¹ Nicole SEVE-FERRIEU est ergothérapeute cadre de santé et a été directrice de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Paris jusqu'en 2012.

³² Eric TROUVE est ergothérapeute cadre de santé, directeur de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Tours et actuellement président de l'ANFE.

³³ Patrick FOUGEYROLLAS, canadien, Docteur en anthropologie. Il est une figure de l'intégration sociale des personnes handicapées.

Cette recherche de modèles tantôt facteur de stabilité (support conceptuel théorique) tantôt d'instabilité (changement de modèle à la faveur d'un autre plus approprié) constitue des points de repères dans la création de l'histoire des ergothérapeutes tout en permettant une appropriation des connaissances.

L'histoire contemporaine des ergothérapeutes est liée aussi à la sortie du décret du 21 novembre 1986³⁴ fixant les catégories de personnes habilitées à réaliser des actes en ergothérapie. Les ergothérapeutes souhaitent depuis quelques années sa révision mais ils se heurtent au refus des autorités politiques.

En effet, le décret ne reflète qu'en partie l'activité des ergothérapeutes. En cause : l'évolution des approches de la santé et du handicap, de nouveaux concepts et des pratiques professionnelles en pleine mutation. La publication par l'OMS de la CIF, le rôle prépondérant de l'environnement, la prise en compte de la qualité de vie et des handicaps corroborés à la loi du 11 février 2005³⁵ remettent donc en cause l'exercice professionnel mais aussi la formation initiale en ergothérapie.

Le programme de formation en ergothérapie a donc été repensé en tenant compte du contexte médico-social et sociétal et des nouvelles dispositions s'imposant avec la réingénierie. Les Accords de Bologne en 1999 ont conduit la France à appliquer le système Licence-Master-Doctorat et d'European Credits Transfer System (ECTS) aux formations paramédicales. C'est ainsi que désormais les ergothérapeutes ont un Diplôme d'Etat en ergothérapie et une équivalence grade licence correspondant à 180 ECTS.

Le référentiel de formation a été créé à partir du référentiel d'activités du métier et du référentiel de compétences. Toutes les dispositions sont regroupées dans l'arrêté du 5 juillet 2010³⁶. Il s'agit alors d'étudier cet arrêté et le précédent (arrêté du 24 septembre 1990³⁷) afin d'identifier les évolutions.

³⁴ Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie

³⁵ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Consulté le 5 décembre 2013.

³⁶ Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

³⁷ Arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

Le fondement de l'ergothérapie s'inscrit dans l'activité humaine. L'activité n'est plus identifiée comme un moyen d'intervention mais est considérée en fonction du sens que lui donne l'utilisateur. C'est une activité significative. La vision du handicap est aussi modifiée puisqu'elle fait place au terme de situation de handicap. Elle est étroitement liée à l'interaction de la personne, avec ses activités et son environnement. C'est ainsi que, si nous allons en Chine et que nous méconnaissons totalement les us et coutumes de la culture chinoise et de sa langue, nous pourrions nous dire en situation de handicap alors que notre état de santé est sain. Par cet exemple nous voyons donc à quel point l'environnement est un élément déterminant dans la situation de handicap. Le référentiel de 2010 mentionne aussi une autre évolution significative : la légitimité à pouvoir poser un diagnostic ergothérapeutique. Ce n'est pas sans rappeler le diagnostic infirmier ou médical. Est-ce que cet élément, en référence à la sociologie des professions selon son orientation fonctionnaliste, pourrait favoriser la reconnaissance des autres professionnels médicaux et paramédicaux ? A. ABBOTT³⁸ évoque aussi cette question du diagnostic et des compétences. Le diagnostic permet de faire reconnaître une expertise et donc une activité professionnelle dont l'objectif final est de légitimer une existence professionnelle. Enfin le dernier élément concerne la prescription médicale. « *L'ergothérapeute agit sur prescription médicale lorsque la nature des activités qu'il conduit l'exige* » (arrêté du 5 juillet 2010 précédemment cité). Cette phrase noyée dans le texte constitue une avancée indéniable puisqu'elle reconnaît une autonomie relative des ergothérapeutes. Auparavant, l'ergothérapie avait une relation exclusive de dépendance vis-à-vis du corps médical. Doit-on le considérer comme une avancée selon l'approche fonctionnaliste en sociologie ?

Les évolutions sont donc clairement identifiées entre ces deux décrets distants de vingt ans : nouvelle définition de l'ergothérapie, légitimité en posant un diagnostic ergothérapeutique et autorisation d'exercer sans l'aval systématique du médecin. En 2013, le recul n'est pas encore suffisant pour en évaluer les conséquences au quotidien dans l'exercice de l'ergothérapie.

³⁸ Cité par F. CHAMPY (2012).

1.1.1.3. Organisation professionnelle

Si les écrits relatent la structuration de l'ergothérapie sur un plan professionnel, la littérature et les archives nous renseignent peu sur son organisation en tant que groupe professionnel. Néanmoins il nous a semblé important d'y consacrer un chapitre dont l'étendue, même si elle est réduite, nous en indiquera son importance.

Nous pouvons supposer que, sans aller jusqu'à son absence, cette structuration s'exprime de façon embryonnaire. Les premières données évoquent en 1961 la création de l'ANFE. Seule association française représentative pendant plusieurs décennies, elle a pour objectifs de développer et de faire reconnaître l'ergothérapie à l'échelle nationale.

C'est dans ce cadre que le Diplôme d'Etat est instauré par décret du 6 novembre 1970³⁹ et le premier programme officiel d'enseignement un an plus tard en 1971. La reconnaissance légale est donc acquise.

Il faudra attendre 1990 pour voir émerger une seconde organisation, le Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français (SIFEF) suivi dix ans plus tard par le Syndicat Français des Ergothérapeutes libéraux (SYNFEL) et plus récemment en 2006 par l'Union Nationale des Associations Etudiantes en Ergothérapie (UNAEE).

Le journal français d'ergothérapie commence ses publications en 1962. L'instance formation continue relevant de l'ANFE est activée en 1978 et organise le premier Colloque National en novembre 1982. Le thème choisi est « l'activité et la personne âgée ».

En participant à différentes instances telles que le Conseil Supérieur des professions Paramédicales (CSPPM), le Concil of Occupationnal Therapist for the European Countries⁴⁰ (COTEC), l'ANFE s'inscrit dans une démarche d'ouverture sur l'Europe et de développement.

En 1992, l'ANFE est à l'initiative d'une alliance avec les autres associations professionnelles de rééducateurs et médico-techniques. De ce regroupement, l'Union Inter-Professionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-Techniques (UIPARM) est créée.

³⁹ Décret n°70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Version consolidée au 08 août 2004.

⁴⁰ Fédération des associations ergothérapeutes européennes.

Elle associe avec six autres professions : techniciens en analyses biomédicales, techniciens et manipulateurs d'électroradiologie, préparateurs en pharmacie, kinésithérapeutes, diététiciens-nutritionnistes et psychomotriciens. La raison de ce regroupement est purement politique. Prises individuellement, ces associations professionnelles n'ont pas la capacité de négocier avec les tutelles. Face au lobbying des infirmiers, l'UIPARM est désormais en mesure de se faire entendre et de représenter les différentes associations de rééducateurs et médicaux techniques. L'inscription de l'ergothérapie au Code de la santé Publique en est un des résultats.

Dans les années 1990, la vocation de défendre les intérêts des ergothérapeutes s'élargit. L'ANFE s'ouvre au grand public en réalisant des fascicules facilitant le quotidien des personnes. D'ailleurs une grande partie de son site web est pensée pour le grand public.

Progressivement, l'ANFE déploie ses actions et affine sa communication à un niveau national et international. C'est ainsi qu'en 2000 elle organise le congrès européen du COTEC regroupant pas moins de 2000 ergothérapeutes européens.

Longtemps seule, l'ANFE a donc su créer l'émulation puisque de nouvelles associations ou syndicats sont venus étoffer le paysage de l'ergothérapie. Elle a su réagir aussi face à son faible poids politique en s'unissant avec les associations des autres professions de la rééducation ou médico-techniques. L'enjeu est de taille : s'adapter et évoluer en fonction des évolutions sociétales. Et pour cela encore faut-il être visible et reconnu.

1.1.2. Questionnement en lien avec le contexte sociétal contemporain

Comme nous l'avons vu le développement de l'ergothérapie est historiquement synchronisé avec les événements médicaux et sociétaux. Afin de mieux comprendre ce qui s'y joue aujourd'hui, analysons la situation actuelle.

L'accès à l'information médicale, vulgarisée par les technologies informatiques, modifie la position du patient qui demande maintenant des comptes et souhaite participer activement.

Le patient est citoyen, usager mais aussi contribuable et sait utiliser ces trois rôles à bon escient.

En référence à ce que nous avons énoncé dans le cheminement, reprécisons brièvement que les séjours en institution sont de plus en plus brefs. Les raisons : des Durées Moyenne de Séjour (DMS) réduites, la priorité donnée au maintien à domicile et l'évolution des techniques chirurgicales favorisant les traitements en ambulatoires. Citons quelques chiffres diffusés par la Sécurité Sociale : la durée moyenne de séjour de Médecine Chirurgie et Obstétrique en hospitalisation complète diminue et s'établit à 5,7 jours en 2011⁴¹.

La réadaptation, largement développée au début du 20^{ième} siècle, retrouve ses lettres de noblesse au détriment de la rééducation traditionnelle. Le retour au travail n'est plus la priorité de la personne qui s'oriente plus sur une quête de qualité de vie optimale. Ainsi, d'une rééducation pour l'activité, on passe à une rééducation par l'activité.

L'espérance de vie française, dont les limites sont sans cesse repoussées, conduit à devoir accompagner une population du quatrième et maintenant cinquième âge en perte d'autonomie. En effet selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), l'espérance de vie en France en 2012 pour les hommes est de 78,4 ans et de 84,8 ans pour les femmes⁴².

Face à ces nouvelles données sociétales, l'ergothérapie a dû réagir en réinterrogeant ses pratiques professionnelles, en utilisant les nouveaux outils informatiques, en adaptant ses modalités d'exercice. Cette évolution a aussi induit une remise en cause du modèle médical et une diversification de l'activité en dehors des institutions. Désormais on retrouve des ergothérapeutes dans des services de soins à domicile, au sein des assurances, en libéral et cætera. Les ergothérapeutes se rapprochent alors de concepts basés sur une vision globale du patient dans son environnement. Ses habitudes de vie mais aussi ses motivations vont prendre sens au regard des modèles conceptuels inspirés des modèles canadiens et américains présentés en amont.

⁴¹ Source : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur> consulté le 3 janvier 2013.

⁴² Source : <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp>. Consulté le 30 janvier 2013.

Aujourd'hui, l'offre des soins en ergothérapie est de plus en plus diversifiée répondant à une évolution sociétale et politique, au vieillissement de la population, à l'apparition de nouvelles pathologies (troubles des apprentissages par exemple) et à l'augmentation des actions de promotion de la santé. Il semble que même si l'ergothérapie est historiquement jeune, elle s'appuie sur des valeurs dont les applications sont dépendantes du contexte sociétal et de l'environnement politique. Elle est clairement enracinée dans le domaine de la Santé. Ses ramifications collatérales avec les autres partenaires de la Santé, médicaux et paramédicaux, favorisent aussi son évolution.

Tous ces éléments orientent notre réflexion vers une faible visibilité de l'ergothérapie auprès de la population mais aussi vis-à-vis des autres professionnels de la santé qui se manifeste donc par une reconnaissance moindre de la profession.

Ainsi la question de départ prend tout son sens : **en quoi la mise en avant par les ergothérapeutes de leur expertise peut-elle induire la visibilité et la reconnaissance de l'ergothérapie par la population et par les professionnels paramédicaux?**

La problématique s'oriente donc dans le champ de la sociologie des professions. Le moment venu il sera intéressant d'évoquer les deux approches, fonctionnaliste et interactionniste. Ce regard devrait conduire à éclairer nos propos concernant la construction du groupe professionnel que nous venons de présenter.

1.2. Approfondissement : s'enrichir par la littérature et par les discours des autres

Cette étape correspond au cœur de notre méthodologie de recherche. Dans un premier temps nous allons affiner la question de départ afin qu'elle évolue en une question de recherche. Dans un second temps à partir d'un échantillon significatif nous irons recueillir les propos qui serviront ultérieurement pour l'analyse.

La première phase est dite exploratoire. Elle consiste à affiner la question de départ par les lectures et les entretiens exploratoires. « *Les opérations de lecture visent essentiellement à assurer la qualité du questionnement, tandis que les entretiens et méthodes complémentaires aident notamment le chercheur à avoir un contact avec la réalité vécue par les acteurs sociaux* » (L. VAN CAMPENHOUDT et R. QUIVY, 2011, p41). Ces deux outils permettent à terme de définir la problématique de recherche.

Les lectures permettent de s'appropriier les connaissances sur le sujet : la sociologie des professions, les fondements de l'ergothérapie, les grands événements législatifs, sociaux et politiques pouvant avoir un lien avec la question de départ. Toutes ces lectures vont permettre de structurer in fine le guide des entretiens exploratoires.

Les entretiens exploratoires ont deux objectifs. Le premier est de recueillir des informations en lien avec la question de départ. Le second « *est de prendre conscience d'aspects du problème qui n'avaient pas été envisagés au moment de la formulation de la question de départ* » (Ibid., p59).

La seconde phase, dite de problématisation, consiste à analyser et à organiser toutes les données recueillies en phase exploratoire. L'objectif est « *de préciser les grandes orientations de la recherche et de définir une problématique en rapport avec la question de départ* » (Ibid., p81).

1.2.1. Elargir les réflexions, une phase exploratoire

Cette étape consiste à réaliser des entretiens qui vont, par les thèmes abordés, nous conduire à mettre en mots la question de recherche et les hypothèses s'y rapportant. La démarche méthodologique est illustrée par le cadran de Balandier. Il s'agit de se rapprocher d'une méthode compréhensive visant à comprendre le sens subjectivement visé. G. HOULE⁴³ (1992) la définit comme une méthode centrée sur la clinique. Il s'y mêle des normes explicites et implicites. Ces dernières se résument à accepter les propos de l'interviewé sans aucune forme de jugement, à ne pas interpréter la parole de l'autre et à adopter une attitude de neutralité bienveillante. Notre rôle est d'expliquer ce que dit l'enquêté par rapport au contexte et nous demander pourquoi il nous l'a dit. Pour cela, comme J. BARUS MICHEL⁴⁴ l'évoque dans le texte « *Initiation à la technique de l'entretien en psychologie sociale* », il est essentiel de demander l'autorisation d'enregistrer l'entretien et de préciser à l'interviewé que l'anonymat sera respecté.

Le guide d'entretien est adapté à la réalisation d'un entretien semi directif (ANNEXE2). Cette approche compréhensive versus expérimentation est qualitative et va nous permettre de rechercher ce que D. JODELET⁴⁵ (1994, p37) appelle « *les représentations sociales [c'est-à-dire] une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.* » En analysant la manière dont le groupe se définit et se représente les autres, nous allons tenter de mieux comprendre l'ergothérapie et les personnes constituant ce groupe.

A partir de la question de départ, des thématiques ont été relevées : la présentation de l'interviewé, la sociologie professionnelle, l'exercice professionnel en mutation et l'identité professionnelle.

Pour chaque thème nous avons rédigé des questions ouvertes qui respectent au maximum une dimension non inductive afin de ne pas induire les réponses. Des questions de relance permettent de guider l'interviewé si besoin.

⁴³ Gilles HOULE, sociologue québécois (1947-2006).

⁴⁴ Jacqueline BARUS MICHEL psychosociologue et psychologue française.

⁴⁵ Denise JODELET est psychosociologue, directrice d'études à l'École des Hautes Études en Sciences sociales (EHESS)

En complément, un questionnaire administratif permet de décrire la personne. Toutes les informations recueillies doivent étayer notre analyse. Par exemple, la situation matrimoniale de l'interviewé ne nous renseigne en rien pour l'analyse alors que connaître l'année d'obtention de son diplôme est une donnée significative.

L'expérimentation nous a fait prendre conscience de la relation singulière enquêteur-enquêté chère à P. BOURDIEU⁴⁶(1993) qu'il présente dans l'article extrait de « *La misère du monde* ». Il est important de veiller à contrôler notre « subjectivité disciplinée » c'est-à-dire suivre le plus fidèlement possible la méthodologie. C'est sans compter aussi sur la prise de conscience de la « dissymétrie dans la relation » puisque l'enquêteur connaît le sujet alors que l'enquêté l'ignore. Cette situation peut entraîner une « violence symbolique » c'est à dire une forme de domination, de violence non physique agissant de façon invisible. Elle est symbolique puisque l'enquêté ne va penser et raisonner qu'en regard de ce que demande l'enquêteur. Pour éviter ces écueils, une attention doit être portée au choix des personnes à interviewer et notamment l'enquêté et l'enquêteur doivent être proche socialement. Cela évite le phénomène d'« imposition ». L'enquêteur veille à prendre une posture empathique, prépare en amont l'entretien pour donner une impression de naturel et de spontanéité (réflexivité réflexe) et adopte une attitude d'« amour intellectuel ». C'est en s'oubliant soi-même que l'enquêteur pourra aimer la connaissance apportée par la personne interviewée. L'idéal étant que l'interviewé prenne du plaisir pendant l'entretien et découvre lui-même des faits dont il n'avait pas pris conscience auparavant.

Pour cette recherche, l'échantillon de la population des entretiens exploratoires s'est restreint à deux personnes : Madame HAZERB⁴⁷, cadre de santé filière ergothérapie (EE1) et Madame NOLIMIET (EE2), ergothérapeute. Elles ont toutes les deux une ancienneté supérieure à 15 ans. Elle permet de rendre compte des évolutions et du regard porté sur cette profession que ce soit à un niveau opérationnel pour le professionnel de terrain et avec un regard plus distant pour le Cadre de Santé. Ces deux personnes sont donc des témoins privilégiés et largement investies dans l'ergothérapie.

⁴⁶ Pierre BOURDIEU sociologue français (1930-2002).

⁴⁷ Les noms utilisés sont fictifs et respectent scrupuleusement l'anonymat.

L'analyse croisée de ces deux entretiens permet d'observer la récurrence de certains thèmes et la corrélation à des éléments évoqués lors du cheminement conduisant à la question de départ.

Tout d'abord, le choix d'exercer n'est pas voulu en première intention pour les deux personnes. Peut-on mettre en avant le défaut de visibilité de l'ergothérapie ? Les professionnels sont-ils alors vraiment motivés ? Par contre il existe une réelle diversité des domaines d'intervention et une richesse de leurs parcours professionnels. Cela constitue un dynamisme que l'on peut appeler aussi « nomadisme professionnel » et qui devra être réinterrogé lors des entretiens de recherche.

L'ergothérapie, décrite comme jeune, peu organisée et en faible nombre⁴⁸, semble s'identifier d'abord en fonction de son domaine d'activité et avec le temps à son groupe professionnel en entier. Ce concept d'appartenance professionnelle, identifié en sociologie des professions nous obligera le moment venu à distinguer les termes professions, métiers ainsi que l'appartenance définie à un niveau groupal ou individuel.

Les domaines d'intervention, diversifiés mais non spécifiques ne permettent pas de définir un secteur d'activité propre, une spécificité de l'ergothérapie. Ainsi, des territoires sont partagés avec d'autres professionnels. La visibilité extérieure n'est pas clairement identifiée et peut intervenir sur ce que la sociologie nomme la reconnaissance du groupe professionnel. Par contre l'exercice professionnel suit les évolutions de la santé : maintien à domicile privilégié, diminution des DMS comme le précise les deux interviewées. Madame HAZERB évoque la « *durée de séjour (...) à ce moment-là, c'était 3 mois pour une hospitalisation vraiment classique sans problème. ... maintenant c'est moins.* » (EE1, L268).

Madame NOLIMIET insiste aussi sur « *le fait que la population vieillisse, avec les plans Alzheimer où les politiques mettent en lumière des grandes causes où les ergothérapeutes interviennent à domicile. Cela aide à mettre en lumière* » (EE2, L248-250). Cela conduit donc à un retour en force des ergothérapeutes dans le domaine de la réadaptation.

⁴⁸ Monographie d'ergothérapeute. Etude prospective des métiers sensibles de la Fonction Publique Hospitalière réalisée par le Ministère de la Santé et des Sports et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Celui-ci est largement développé par les deux interviewées. Madame NOLIMIET affirme que l'ergothérapie est « *de plus en plus connue et reconnue par rapport à tout ce qui est réadaptation, aménagement du domicile car c'est au niveau du public (...) place difficile à prendre en milieu de soins avec prise en charge des troubles cognitifs* » (EE2, L70-73). Le parallèle s'impose avec ce que BUCHER et STRAUSS⁴⁹ sociologues, participant au courant interactionniste, dénomment la notion de segment. Un groupe professionnel est composé de plusieurs segments qui se confrontent ou s'agrègent en fonction du contexte tout en gardant des objectifs communs.

Cet aspect réadaptatif n'avait pas été envisagé dans la création du guide d'entretien. Il est légitime qu'il y trouve une place prépondérante dans le guide d'entretien de recherche.

Au niveau de la formation initiale, l'ergothérapie est en pleine mutation. En 2008, seuls huit Instituts de Formation en Ergothérapie (IFE) répartis sur tout le territoire français dispensaient l'enseignement. Aujourd'hui en 2013, dix-neuf IFE dont un à l'île de la Réunion participent au développement de l'ergothérapie. L'ouverture de ces écoles montre donc une implication au niveau politique. Désormais le Diplôme d'Etat d'ergothérapie est reconnu comme le précise Madame NOLIMIET, ergothérapeute par le « *Système LMD... licence* » (EE2 L43-44) et est reliée à une « *formation universitaire* » (EE2 L151-152). R. MERTON⁵⁰ évoque au cours du processus de professionnalisation l'importance de l'Université puisqu'elle permet une formalisation des savoirs empiriques.

Enfin, le dernier thème relatif à l'identité professionnelle de l'ergothérapie aborde la notion de reconnaissance professionnelle. C'est ce que le groupe professionnel donne à voir aux autres et comment il est perçu de l'extérieur. L'ergothérapie « *n'a jamais été autant reconnue mais en fait elle n'est pas reconnue* » (EE2, L231). Ce verbatim de l'ergothérapeute résume à lui seul la situation : des progrès ont été réalisés mais le chemin à parcourir reste encore long.

⁴⁹ Cité par F. CHAMPY (2012).

⁵⁰ Robert King MERTON (1910-2003). Sociologue américain. Il a contribué à la fondation de la sociologie de la science.

L'analyse croisée des entretiens exploratoires que nous venons de résumer en quelques lignes démontre qu'il existe une évolution des pratiques en ergothérapie liée au contexte socio-politique, aux nouvelles modalités de formation. L'organisation structurelle du groupe professionnelle conditionne aussi l'exercice en référence aux valeurs identitaires.

1.2.2. Choix de la perspective : question de recherche

L'analyse des entretiens exploratoires nous aide à affiner notre question de départ et à énoncer véritablement notre problématique d'où vont émerger des hypothèses. Celles-ci seront nos guides pour l'analyse ultérieure.

Alors que la question de départ évoquait surtout l'expertise des ergothérapeutes, les entretiens exploratoires nous amènent désormais à penser que les évolutions des pratiques professionnelles et l'organisation structurelle interne de l'ergothérapie peuvent aussi et surtout avoir une incidence sur deux autres éléments : la visibilité et la reconnaissance de l'ergothérapie par la population et les professionnels médicaux et paramédicaux.

C'est ainsi que nous formulons la question de recherche : **En quoi la structuration interne de l'ergothérapie et l'évolution de ses pratiques professionnelles peuvent-elles induire sa visibilité et sa reconnaissance auprès de la population et des autres professionnels de santé?**

Pour cela deux hypothèses sont avancées. La première fait référence à la visibilité et à la reconnaissance de l'ergothérapie au regard de ses modalités organisationnelles.

Hypothèse 1 : L'ergothérapie est peu mise en avant parce que sa définition et son organisation structurelle ne la favorise pas.

La seconde hypothèse énonce les déterminants de l'évolution des pratiques en ergothérapie : les environnements politique, sociétal et la formation.

Hypothèse 2 : Les pratiques professionnelles en ergothérapie évoluent parce qu'elles suivent le contexte politique et sociétal et parce que la formation initiale et continue les amène à suivre une démarche plus scientifique.

Désormais il s'agit de mener les entretiens de recherche proprement dits. Pour éviter la redondance nous précisons que les caractéristiques énoncées lors de la réalisation des entretiens exploratoires sont ici aussi applicables d'une part pour que la méthodologie soit reproductible et d'autre part dans le respect de la rigueur scientifique.

1.2.3. Entretiens de recherche : la réalité exprimée par les acteurs

1.2.3.1. Diversité des expériences et des regards

Favoriser l'hétérogénéité est un des postulats de la recherche. Pour cela, il est primordial de croiser les regards, les expériences et les points de vue sur l'ergothérapie.

Il s'agit donc d'aller sur le terrain pour rencontrer et pour comprendre ce que disent les différents acteurs qu'ils soient professionnels ou bénéficiaires. L'objectif est d'observer les pratiques professionnelles en ergothérapie, leurs évolutions et les impacts en termes de visibilité et de reconnaissance. Pour cela, le choix de l'échantillon s'est construit en extrapolant sur la possible et quasi certaine richesse des regards croisés.

Il se compose de quatre ergothérapeutes exerçant dans des champs très distincts, de deux professionnelles paramédicales, de deux professionnelles médicales et de deux bénéficiaires d'un suivi en ergothérapie. Nous utilisons le genre féminin pour les professionnelles paramédicales et médicales puisque ce sont que des femmes.

Les entretiens des quatre ergothérapeutes éclairent la dimension opérationnelle, structurelle et identitaire de l'ergothérapie. Le premier est une ergothérapeute diplômée il y a moins d'un an. Elle a bénéficié de la formation repensée à partir du décret du 10 juillet 2010. La seconde exerce dans un IFE et a une riche expérience de la psychiatrie, exercée pendant plus de quinze ans. Le troisième est cadre de santé, directeur d'un IFE et est un membre très actif au sein de l'ANFE. La quatrième ergothérapeute est en libéral.

Les regards des deux professionnelles paramédicales renseignent sur la perception et les représentations de l'ergothérapie. L'une est psychomotricienne, l'autre est infirmière et exerce dans un hôpital où travaillent quatre ergothérapeutes. Il s'agit aussi de mieux comprendre l'exercice et la place de l'ergothérapie au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Les deux professionnelles médicales en tant que prescripteurs nous apportent elles aussi leurs visions et leurs réflexions. Les ergothérapeutes ont établi un lien de dépendance fort vis-à-vis des médecins. Et même si le référentiel d'activités, comme nous l'avons déjà évoqué, autorise les ergothérapeutes à ne pas se référer à une prescription médicale lorsque les cas le permettent, la place des médecins est assurément au sein de cet échantillon. Leur regard est donc justifié. Le premier médecin est un généraliste et connaît l'ergothérapie. La seconde est Praticienne Universitaire-Praticienne Hospitalière dans un hôpital de Centre Hospitalier Universitaire de plus de 1500 lits et réalise quotidiennement des prescriptions d'ergothérapie.

Enfin les bénéficiaires, d'abord surpris que nous nous intéressions à eux, ce sont finalement prêtés aux entretiens et nous ont largement, par leurs expériences, donné à voir de leur vision de l'ergothérapie. Persuadés qu'ils n'avaient rien à dire sur le sujet, ce sont au final des entretiens très riches tant dans le contenu que dans la forme.

En résumé, voici présenté ci-après un résumé des caractéristiques de notre échantillon.

1.2.3.2. Caractéristiques de l'échantillon

Entretien	Acteur	Fonction	Année diplôme	Lieu activité professionnelle actuelle
E1	Mme ALVEZ Pauline	Ergothérapeute	2012	CHU >1500 lits
E2	Mme BRUVIN Claire	Ergothérapeute	1990	IFE
E3	M. CLASON Paul	Cadre de santé filière ergothérapeute	1997	IFE (directeur) et ANFE
E4	Mme DISSAU Céline	Ergothérapeute	2006	libérale
E5	Mme EKHOL Jeanne	Bénéficiaire d'ergothérapie (retraîtée)	Non adapté	Non adapté
E6	M. FRAZIDE Laurent	Bénéficiaire d'ergothérapie (commercial)	Non adapté	Non adapté
E7	Mme GUIBAC Murielle	Psychomotricienne	2010	Etablissement hospitalier pour personnes âgées
E8	Mme HIRST Stéphanie	Infirmière	2011	CH <500 lits
E9	Mme ILBAMERI Odile	Médecin généraliste	2003	Etablissement privé
E10	Mme JASSIN Nathalie	chef de service en Médecine Physique et Réadaptation	1990	CHU > 1500 lits

Tableau récapitulatif des dix personnes de l'échantillon

En analysant cet échantillon nous remarquons qu'il est majoritairement féminin. Si nous considérons les professionnels ergothérapeutes, les autres paramédicaux et les médecins, un seul est de genre masculin. Nous avons donc une surreprésentation des femmes. La répartition homme / femme dans les métiers de la santé⁵¹ en 2011, est de 29% pour les hommes et donc 71% pour les femmes. Cela confirme donc la tendance de notre échantillon.

Les expériences professionnelles sont hétérogènes puisqu'elles vont de la sortie du diplôme jusqu'à plus de vingt ans d'expérience avec malgré tout une moyenne d'exercice professionnel de 9 ans.

Les bénéficiaires sont distribués de façon hétérogène tant en genre, qu'en âge, qu'en activité professionnelle. A tout point de vue leurs caractéristiques sont divergentes ce qui ne peut qu'enrichir le regard porté sur l'ergothérapie.

1.2.3.3. Thématique revue et corrigée

L'échantillon, que nous venons de présenter, est interviewé successivement au moyen du guide définitif dédié à la recherche. Voyons les thématiques abordées et sa structuration.

Le guide d'entretien définitif est construit de telle façon que l'enquêteur puisse recueillir un maximum d'informations qualitatives, en lien direct avec la problématique énoncée. L'échantillon étant composé de quatre catégories relativement distinctes, les entretiens ont donc été adaptés aux spécificités de chacun. Au total nous avons donc quatre guides d'entretiens de recherche (ANNEXE 3/ ANNEXE 4/ ANNEXE 5/ ANNEXE 6) qui comportent tous, les trois thèmes identifiés en phase exploratoire et que nous redévelopperons dans quelques instants. Par contre, les questions ont été adaptées et mobilisées en fonction de la population interviewée.

⁵¹ Dossier de presse du 12 mars 2012. Campagne nationale de valorisation des métiers de la Santé. Ministère du travail, de l'emploi et de la jeunesse.

Le premier thème concerne la présentation de la personne et aborde le parcours professionnel ou personnel pour les bénéficiaires. La description des expériences professionnelles et les formations obtenues concourent à la réalisation d'un profil qui affinera notre analyse des propos tenus. Les circonstances ayant conduit à rencontrer un ergothérapeute sont également évoquées.

Le second thème a pour objectif de comprendre les regards et les représentations de l'échantillon sur la structuration du groupe professionnel des ergothérapeutes : son organisation, la formation initiale, les champs d'action, les acteurs qui sont en lien avec eux. Mais aussi que disent-ils de la place des ergothérapeutes parmi les autres professionnels paramédicaux ? Pour les professionnels médicaux un focus supplémentaire est réalisé sur une organisation de type associative ou avec un Ordre professionnel.

Le troisième thème aborde l'exercice professionnel, tente de cerner les modalités d'intervention, les activités réalisées et interroge la dimension réadaptative mise en avant unanimement lors des entretiens exploratoires. Une réflexion est également proposée sur les deux aspects : technicité et conceptualisation. Pour les bénéficiaires de soin, ce thème a été réalisé de façon biographique c'est-à-dire « pouvez-vous me parler de la prise en charge que vous avez eu en ergothérapie ? » Pour les professionnels paramédicaux et médicaux les questions sont orientées de façon opérationnelle sur ce qui est réalisé en ergothérapie dans l'hôpital où elles travaillent. Les propos recueillis sont intimement liés à la visibilité et à l'accès aux informations.

Le dernier thème s'attarde sur les facteurs identitaires en ergothérapie. Il cherche à réunir des points de vue sur la nouvelle définition (uniquement pour les ergothérapeutes) et la reconnaissance de l'ergothérapie en France. La communication est aussi abordée et un questionnaire porte sur la signature de l'ergothérapie. Les valeurs et l'éthique tiennent aussi une place dans cet entretien qui porte également une attention sur l'évocation du handicap.

Enfin une dernière question, on ne peut plus ouverte « souhaitez-vous revenir sur un aspect de l'entretien ou aborder une notion que nous n'avons pas évoqué ? », comme préconisé dans la démarche de recherche, laisse la parole à l'interviewé qui peut compléter ou aborder des éléments qu'il n'aurait pas mentionné au cours de l'entretien.

1.2.3.4. Biais et limites

Cette étude qui se caractérise par la rigueur de sa méthodologie comporte néanmoins des biais et des limites dont nous avons conscience.

Les entretiens exploratoires ont permis d'expérimenter le guide pour les ergothérapeutes. Même si elle constitue la trame générale de tous les entretiens, les trois autres grilles pour les professionnelles paramédicales, médicales et les bénéficiaires n'ont pas pu être mises à l'épreuve avant les entretiens définitifs.

Croiser les regards impose de recueillir les propos des quatre acteurs cités : ergothérapeutes, professionnels médicaux et paramédicaux, bénéficiaires. Il nous a paru opportun que l'échantillon se constitue au minimum de deux personnes dans chaque catégorie. Nous sommes conscients que cette répartition est insuffisamment élevée. Le cœur de la recherche s'intéresse aux pratiques professionnelles en ergothérapie. C'est pourquoi nous avons fait le choix de réaliser quatre entretiens avec des ergothérapeutes, conduisant à déséquilibrer l'homogénéité de la distribution.

L'entretien avec l'ergothérapeute en libéral a été ardu à obtenir. Quatre refus ont été reçus sans compter les non réponses. Les motifs avancés sont l'absence de disponibilité et l'impossibilité de consacrer une heure pour un entretien. Nous pouvons nous interroger sur les sens à donner à cette indisponibilité en filigrane : une activité professionnelle débordante, une vision très économique de l'exercice professionnel en libéral.

Les bénéficiaires d'ergothérapie ont été difficiles à approcher. C'est uniquement en mobilisant notre propre réseau que nous avons pu les rencontrer. Il a fallu convaincre les professionnels qui interviennent auprès d'eux. Cette « barrière » franchie, les bénéficiaires ont accepté l'entretien sans hésiter et nous ont même remercié hors champ de l'intérêt que nous leur portions.

Enfin, concernant la méthode, notre maîtrise encore insuffisante de l'administration des entretiens a induit différents biais. Nous avons utilisé des relances spontanées en relation directe avec les propos avancés. Trop de libertés ont sans doute été laissées aux enquêtés. La durée de certains entretiens, supérieurs à une heure ont pu mettre en évidence une certaine fatigue de l'interviewé à la fin de ceux-ci. L'environnement (lieu, temporalité) même s'il a été défini en amont, a pour deux d'entre eux été modifié ce qui a probablement influencé l'entretien.

1.2.3.5. Récolter les données et trouver l'alchimie

Les dix entretiens ont été retranscrits de manière informatisée. Cette étape, permet de se réappropriier le discours des enquêtés, de percevoir des éléments omis lors de l'entretien. En effet, nous nous concentrons sur la parole de l'autre mais en même temps la dimension humaine qui s'est instaurée se reflète dans un autre espace où le non verbal et les émotions y trouvent leur place.

Hormis les intensités de la voix, encore audibles sur la bande son, la retranscription permet de nous affranchir de toutes ces influences et seul le poids des mots compte.

Désormais le temps est à l'analyse en fonction des thèmes et des hypothèses dont nous prendrons soin d'en rappeler les énoncés. Les sources bibliographiques, de natures sociologiques ou autres viennent au gré des pages alimenter nos propos et y donner sens.

2.L'ergothérapie en France se structure

L'ergothérapie est peu mise en avant parce que sa définition et son organisation structurelle ne sont pas facilitatrices. Telle est la première hypothèse émise et que nous confrontons aux propos recueillis. La reconnaissance de l'ergothérapie, sa définition, son organisation, ses domaines d'exercices, la médiatisation qui l'accompagne déterminent sa visibilité auprès du grand public et des professionnels de santé. Par la dynamique des professionnels, individuellement et collectivement, l'ergothérapie conditionne son développement et les orientations prises.

2.1. Reconnaissance de l'ergothérapie

Nous allons ici qualifier et quantifier la reconnaissance de l'ergothérapie et tenter de mettre en évidence les facteurs pouvant la faciliter ou au contraire la desservir.

Les réponses convergent vers une faible reconnaissance voire une non reconnaissance de l'ergothérapie par les professionnels et par le grand public. Lorsqu'elle existe, elle est liée aux environnements spécifiques d'intervention des ergothérapeutes. Le docteur Odile ILBAMERI, médecin généraliste, affirme qu'il s'agit de « *compétences sollicitées dans le milieu hospitalier, neurologique ou MPR⁵² en particulier* » (E9, L102). Le patient a cependant un rôle déterminant dans le processus de reconnaissance. Avec « *ce changement vers l'extérieur de l'institution, il y a plus de connaissances des citoyens, des usagers, et je pense qu'on fait plus appel à nous et qu'il y aura plus de reconnaissances à l'extérieur. Mais je pense que dans les institutions ... au niveau du corps des professionnels, je ne suis pas sûr qu'il y a énormément de reconnaissance* » (E2, L592). Les propos de Madame Claire BRUVIN, formatrice, rejoignent ceux de Monsieur CLASON, cadre de santé, qui évoque « *le cercle vertueux (...) plus il y a d'ergo plus on est connu du grand public* » (E3, L419).

⁵² MPR : Médecine Physique et Réadaptation.

La reconnaissance passe aussi par une prise de conscience relativement récente du handicap au niveau sociétal en France. Le Docteur Nathalie JASSIN nous dit que « *la société ne s'intéresse pas tant que ça aux personnes handicapées et donc aux professions qui sont plus particulièrement dédiées aux handicaps. C'est plus prestigieux d'être réanimateur, neurochirurgien, qu'ergothérapeute ou médecin de rééducation comme moi.* » (E10, L482). Et de poursuivre en disant : « *Je pense que Intouchable a fait beaucoup sur la reconnaissance du handicap (...) C'est la première fois qu'on entendait parler dans le bus de gens en fauteuil roulant sans que ce soit des pauvres malheureux* » (E10, L515). La reconnaissance de l'ergothérapie à travers son intervention sur le handicap n'est donc pas isolée. Les médecins de rééducation y sont aussi confrontés. Même si globalement les médecins sont bien identifiés et reconnus en France, un des segments, celui de la rééducation n'en bénéficie pas. Nous allons découvrir pourquoi dans quelques lignes.

Même si la reconnaissance n'est pas unanime, « *C'est reconnu quand même au niveau légal* » (E6, Monsieur FRAZIDE, usager, L116). La formation spécifique dispensée dans les IFE⁵³, la structuration interne en groupe professionnel, le décret du 21 novembre 1986⁵⁴ qui définit les conditions d'exercice et reconnaît le diplôme national, l'inscription au Code de la Santé Publique⁵⁵, l'arrêté du 5 juillet 2010⁵⁶ réformant la formation initiale en déclinant le référentiel d'activités, le référentiel de compétences et le référentiel de formation constituent incontestablement une reconnaissance officielle de l'Etat français.

L'expression de cette reconnaissance à tous les niveaux participe à une meilleure visibilité auprès du public, des professionnels de santé et des instances gouvernementales, comme les ont montré les verbatim cités. C'est l'effet boule de neige revisité par Monsieur Laurent FRAZIDE, bénéficiaire d'ergothérapie. « *Plus il y aura de l'ergothérapie et plus on en parlera entre nous et plus ce sera connu* » (E6, L123).

⁵³ Le premier IFE a été créé en 1954.

⁵⁴ Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.

⁵⁵ <http://www.legifrance.gouv.fr/> Article L4331-1 ; Article L4331-2 ; Article L4331-3 ; Article L4331-4 ; Article L4331-5 ; Article L4331-6. Consulté le 20 février 2013.

⁵⁶ Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

Les facteurs favorisant cette reconnaissance et la visibilité s'orientent autour de deux axes. Le premier, médical, est conditionné par un changement de paradigme qui ne privilégie plus le modèle curatif en exclusivité. En France, la prévention est encore trop souvent relayée au second plan devant le curatif comme l'explique Monsieur Paul CLASON, cadre de santé et membre influent de l'ANFE : « *Le changement de vision du tout curatif en France où il faut réparer, réduire, donner des médicaments pour guérir ; pour aller vers une autre forme d'accompagnement du soin. Je pense qu'on est en train de vivre une transition quand même là.* » (E3, L422). Même le docteur Nathalie JASSIN le reconnaît : « *Dans Urgence ou dans Grey's Anatomy, ils sont chirurgiens, neurochirurgiens, ils ne sont pas médecins de rééducation et pas ergothérapeutes. Nous ne sommes pas des professions qui guérissent, les gens voudraient être guéris* » (E10, L523).

Le second axe est la connaissance par les bénéficiaires, les professionnels de santé mais aussi les citoyens et plus précisément les jeunes citoyens de l'ergothérapie. Intéressons-nous à ces derniers. L'heure des choix professionnels se faisant, comment faire connaître l'ergothérapie ? Un des outils est la communication et nous verrons dans quelques temps son dimensionnement en ergothérapie. Elodie RAITIERE⁵⁷ a écrit un ouvrage « *Les carrières paramédicales* » pour accompagner les étudiants dans leur choix d'orientation. Elle réalise un focus sur trois métiers en « vogue ». L'ergothérapie en fait partie. Sa première phrase est éloquente et explicite : « *Méconnue en France, cette profession est bien plus développée dans les pays nordiques* » (E. RAITIERE, 2012, p 39). Le Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Solidarité a réalisé une campagne nationale de valorisation des métiers de la santé⁵⁸. Le dossier de presse a été présenté le 12 mars 2012. Parmi les trois métiers les plus méconnus du grand public, l'ergothérapie hérite de la première présentation, avant l'orthoptie et la psychomotricité.

A travers ces exemples, nous sommes donc dans une recherche de visibilité devant mener à une plus large reconnaissance de l'ergothérapie. Celle-ci est mise en place au niveau du groupe professionnel mais aussi plus largement au niveau national.

⁵⁷ Elodie RAITIERE, journaliste passionnée des sujets de société.

⁵⁸ [www.sante.gouv.fr/.../Metiers-de-la-sante-Dossier de presse 120312](http://www.sante.gouv.fr/.../Metiers-de-la-sante-Dossier-de-press-120312). Consulté le 15 février 2013.

2.2. Définition repensée de l'ergothérapie

Sans revenir sur la présentation de l'ergothérapie réalisée au cours des chapitres précédents, voyons comment sa définition, repensée, peut induire les représentations qui en émergent.

L'ergothérapeute intervient lorsqu'une personne a un ou plusieurs handicaps. « *Il y a vraiment des choses dans notre société dont on parle difficilement et le handicap en est une* » (E9, L139) relate le docteur Odile ILBAMERI, médecin généraliste. Le terme a donc une connotation négative, qui fait peur, ce qui n'est pas sans freiner la reconnaissance de l'ergothérapie. Pourtant, à l'origine, l'étymologie de handicap était tout autre. C'est en Angleterre au XVIIème siècle que l'on retrouve son origine « *hand in the cap* » (E4, Madame Céline DISSAU, ergothérapeute libérale, L356) c'est-à-dire la main dans le chapeau. Ce jeu consistait à mettre des objets de différentes valeurs dans un chapeau et par un tirage au sort les gagnants étaient désignés. Ensuite le terme a été utilisé dans le sport et notamment dans le milieu hippique. On parle de course avec handicap, de handicapé (A. KIRALY⁵⁹, 2003). Il s'agit selon Nicole VAUX LE QUERLER⁶⁰, de « *rendre les courses plus équitables* » c'est-à-dire de défavoriser les meilleurs chevaux afin que la course soit la plus juste. Il faut attendre le XXème siècle pour que le terme soit vulgarisé dans le langage courant, remplaçant le terme dégradant d'infirme. Le sens contemporain du handicap et l'image véhiculée ne sont donc pas valorisantes pour l'ergothérapie même si aujourd'hui les représentations semblent évoluer à deux points de vue. C'est le docteur Odile ILBAMERI qui évoque le regard nouveau de « *la nouvelle génération (...) maintenant à l'école, elle côtoie aussi des enfants avec handicap cela fait moins peur. Il y a aussi des campagnes de publicité dans la presse, le téléthon, les journées contre le Sida, la lèpre et j'en oublie. Les préjugés changent. Mais aussi parce qu'ils ne sont plus uniquement dans des centres et qu'ils sont aussi dans la ville, cela aide à mieux accepter le handicap* » (E9, L140).

⁵⁹ A. KIRALY est journaliste pour un quotidien de la presse écrite gratuite.

⁶⁰ Nicole VAUX LE QUERLER est Professeur à l'Université de Rouen et membre du Centre de Recherche inter-langues sur la signification en contexte.

Aujourd'hui, les personnes ayant un handicap ne « *veulent plus être appelées comme ça, elles ne veulent plus être stigmatisées. C'est pour cela aussi que la CIF⁶¹ est passée au modèle de situation de handicap donc là qui concerne tout le monde : la maman avec sa poussette devant des marches d'escalier* » (E3, Monsieur Paul CLASON, L573). D'un terme faisant référence à une discrimination, nous arrivons désormais au terme de « situation de handicap » beaucoup plus général et ne renvoyant pas exclusivement au pathologique. Il peut aussi s'agir d'une difficulté au quotidien qui peut être passagère ou non. Cette dimension est renforcée par la loi du 11 février 2005, déjà citée, qui se nomme aussi loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le handicap tente donc de retrouver son sens d'origine, celui de l'égalité. Gageons à ce que l'ergothérapie puisse aussi y trouver un bénéfice. Les années à venir nous dirons si cette définition et ce nouveau regard de la population favorisent ou non sa visibilité et sa reconnaissance.

2.3. Particularités démographiques

C'est en caractérisant les ergothérapeutes que nous allons mieux les définir et comprendre comment ils se structurent. Les questions de nombre, de genre, de croissance vont donc être abordées.

Trois tendances sont évoquées de façon récurrentes dans les entretiens : le développement récent de l'ergothérapie, le ratio homme / femme, le nombre peu élevé d'ergothérapeutes. Analysons ces représentations avec les données officielles les plus récentes du Ministère de la Santé émises par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES⁶²).

⁶¹ Classification Internationale de la Fonction.

⁶² La DREES a pour missions de produire des statistiques, de réaliser des synthèses et des études, de contribuer à l'évaluation des politiques publiques, d'informer ses publics et de soutenir la recherche.

Monsieur Paul CLASON affirme que « *L'ergothérapie s'est développée ces dix dernières années (...) Maintenant aujourd'hui c'est toujours au regard du faible nombre d'ergothérapeutes en France* » (E3, L367). Sa représentativité parmi les autres professionnels de la santé est faible. La DREES⁶³ a comptabilisé 4747 ergothérapeutes en 2002 et 8079 en 2012 : l'effectif a presque doublé en dix ans. Il se répartit en 86,9% de femmes et 15,1% d'hommes. Il s'agit donc d'une profession féminine dont les sociologues tels que D. CHABAUD-RYCHTER⁶⁴ et D. GARDEY⁶⁵ citées par F. CHAMPY en ont défini les caractéristiques (F. CHAMPY, 2012, p119). « *Sont vues (...) comme typiquement féminines les qualités requises dans les métiers qui touchent à ce que l'on appelle en anglais le care, c'est à dire le soin à la personne, dans sa composante relationnelle : soins aux vieillards (gériatrie, aide à domicile, etc.), aux enfants (puériculture, pédiatrie), aux handicapés, aux personnes dépendantes. La qualification de ces compétences et celle de ces activités comme féminines contribuent à leur dévalorisation* ». La reconnaissance est donc probablement liée aussi à une question de genre. En tout cas elle est fortement corrélée aux représentations sociales que nous avons présentées ultérieurement avec D. JODELET (1994).

La densité sur le territoire français est passée de 7 ergothérapeutes en 2002 à 13 ergothérapeutes pour 100 000 habitants en 2012. Ils sont largement devancés par les infirmiers (881/100 000 habitants), les masseurs kinésithérapeutes (116/100 000 habitants). Toutes les régions françaises sont concernées par l'augmentation de la densité. Il y a donc une répartition des ergothérapeutes sur tout le territoire qui est faible et variable d'une région à l'autre.

Les ergothérapeutes sont aussi des professionnels jeunes : 50% ont moins de 35 ans. Cela questionne donc sur la durée de la carrière d'un ergothérapeute et de son évolution professionnelle. Est-ce que la faible visibilité et reconnaissance sont des facteurs favorisant les changements ? A ce stade, nous ne pouvons pas y répondre.

⁶³ SICART Daniel. *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012*. Document de travail de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Mars 2012. N°168.

⁶⁴ Danielle CHABAUD-RYCHTER est une sociologue française et a participé à un groupe d'études sur la division sociale et sexuelle du travail (en 1998).

⁶⁵ Delphine GARDEY est une historienne et sociologue française. Elle s'est intéressée à la question du genre.

Les ergothérapeutes sont donc jeunes, largement féminisés et peu nombreux par rapport aux autres professionnels paramédicaux même si les chiffres montrent un quasi doublement de l'effectif en 10 ans. Il est opportun ne nous intéresser maintenant aux modalités de son organisation interne.

2.4. Processus de professionnalisation

Ce chapitre va nous permettre de comprendre comment l'ergothérapie se structure, s'organise et se positionne. Pour cela nous allons nous appuyer sur les deux approches de la sociologie des professions : l'approche fonctionnaliste et l'approche interactionniste.

Les données que nous venons d'avancer constituent selon Monsieur Paul CLASON « *un frein* » (E3, L460) à la professionnalisation. L'étude de la sociologie des professions devrait nous mener à approfondir notre réflexion. Deux approches sont considérées (C. DUBAR⁶⁶, P. TRIPIER⁶⁷ et V. BOUSSARD⁶⁸, 2011). Le fonctionnalisme a dominé de 1920 à 1960, et considère les professions selon leur rôle, leur statut et leur système dont le but est d'objectiver et de s'assurer une stabilité dans la société. L'interactionnisme, développé à partir des années 1950, remet totalement en cause le précédent courant, en donne les limites et met en avant la notion de métier dans une dimension plus subjective. Nous n'avons pas ici la prétention de démontrer que l'ergothérapie est une profession ou un métier mais plutôt d'en comprendre sa structuration, son processus de professionnalisation et donc son fonctionnement à travers des éléments caractéristiques de ces deux approches.

L'ergothérapie est une pratique professionnelle ayant des activités communes réalisées par un groupe de personnes, et qui aspire à être reconnue et à se positionner au niveau hiérarchique. Mais une des difficultés, comme nous l'avons déjà évoqué, est le faible nombre de professionnels induisant une organisation en un groupe singulier.

⁶⁶ Claude DUBAR, né en 1945 est un sociologue français. Il s'intéresse à la sociologie des relations entre éducation et travail et surtout la sociologie des identités professionnelles.

⁶⁷ Pierre TRIPIER est Professeur Emerite de sociologie.

⁶⁸ Valérie BOUSSARD est docteur en sociologie et affectionne la sociologie du travail et des organisations.

Madame Claire ALVEZ le définit comme «*un petit réseau en fait de professionnel (...) c'est un petit peu ça, presque une grande famille je dirais* » (E1, L23). Hormis les ergothérapeutes qui s'identifient d'ailleurs plus à leurs domaines d'activité, les propos décrivant l'organisation des ergothérapeutes sont très généraux. Les références à l'ANFE sont pauvres et ne mettent pas en valeur l'ergothérapie. Madame Céline DISSAU, ergothérapeute libéral nous confie «*Je suis adhérente à l'ANFE j'ai toujours voté pour les élections mais je ne suis jamais allée à des réunions. Je ne sais pas, je trouve que je n'ai pas assez de légitimité pour être un membre actif au sein de l'ANFE* ». L'ANFE a été la première association créée pour représenter les ergothérapeutes français et défendre les intérêts au niveau national et international.

Tous ces éléments concourent à nous interroger sur le processus de professionnalisation de l'ergothérapie. La professionnalisation selon l'étude d'H. WILENSKI⁶⁹ en 1964 est la démarche qu'adoptent plusieurs individus réalisant la même activité afin de s'organiser dans une hiérarchie qui ne dépend pas que d'eux, en l'occurrence en France, l'Etat (F. CHAMPY, 2012, p 148). La finalité est d'avoir une place reconnue. Pour cela il faut que l'ergothérapie puisse répondre à six spécificités successives. Passons-les en revue.

-«*Activité à temps plein en échange d'une rémunération*» : l'ergothérapie gère ses pratiques. Eliot FREIDSON⁷⁰ cité par C. WAGNER (2005, p23) affirme que «*le professionnel va se recentrer sur une activité principale et déléguer les tâches secondaires à des para-professionnels* » c'est-à-dire aux paramédicaux. La délégation entraîne une action de contrôle des médecins sur les paramédicaux et donc in extenso sur les ergothérapeutes. Pour preuve, l'ergothérapie s'exerce sur prescription médicale.

-«*Les acteurs dotent cette activité de règles de bonnes pratique*» : le décret d'exercer de 1986⁷¹ en est un exemple.

⁶⁹ Harold WILENSKI (1923 – 2011) était un sociologue de l'organisation américaine. Il a été remarqué entre autres pour son travail sur l'intelligence organisationnelle.

⁷⁰ Eliot FREIDSON (1923-2005). Sociologue américain, interactionniste de l'École de Chicago. Il s'est spécialisé dans l'étude de la médecine et des professions.

⁷¹ Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.

-« *Créer des institutions d'enseignement spécialisés* » : les IFE sont des écoles spécialisées, formant uniquement à l'ergothérapie.

-« *Création d'organisations professionnelles* » : l'ergothérapie n'est pas organisée selon un Ordre professionnel mais en associations et en syndicats selon un mode d'adhésion à caractère non obligatoire. C'est pourquoi Monsieur Paul CLASON, largement investi au sein de l'ANFE, affirme « *que la profession est à moitié structurée. Ce n'est pas très satisfaisant en tout cas* » (E3, L104). La notion d'Ordre est aussi développée par le docteur Nathalie JASSIN qui cerne difficilement les missions du Conseil de l'Ordre des médecins excepté son aspect juridique « *est-ce que l'Ordre des ergothérapeutes serait une organisation plus représentative, une force pour aller négocier ? L'expérience de l'Ordre des médecins montre que c'est plus une force réactionnaire qu'une force d'action* » (E10, L253). Dans certains pays, comme au Danemark ou au Canada, les ergothérapeutes sont organisés avec un Ordre professionnel. Les missions sont multiples. Il s'agit d'être le porte-parole de la profession, de créer un lien étroit avec les ministères, de développer une politique de communication ciblée et de grande envergure, d'être proche des associations d'usagers, de développer la recherche. Cela constitue alors un atout politique pour la profession. C'est ainsi que les Ordres deviennent des « *appareils politiques efficaces dont l'influence, encore limitée si on la compare à celle des médecins, n'en devient pas moins réelle.* » (J. PRUD'HOMME⁷², 2011, p149)

L'ergothérapie en France ne suit pas cette organisation et ne correspond donc pas non plus à ce que les fonctionnalistes considèrent comme un élément de la professionnalisation. Cela constitue donc un frein à la professionnalisation de l'ergothérapie selon l'approche fonctionnaliste.

⁷² Julien PRUD'HOMME est historien et membre du Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie à l'Université de Montréal.

-« *Obtenir un monopole légal d'exercice* » : il existe des décrets et des arrêtés permettant de définir l'exercice de l'ergothérapie mais peut-on parler réellement de protection du monopole d'exercice ? Le référentiel de 2010⁷³ va certainement dans ce sens puisqu'il y est noté pour la première fois la notion de diagnostic ergothérapeutique. Néanmoins il semble que ce ne soit pas suffisant pour considérer qu'il s'agisse d'un monopole. Cette caractéristique peut donc être aussi remise en cause pour l'ergothérapie.

-« *Avoir établi un code de déontologie* » : comme l'affirme Madame Claire BRUVIN, formatrice, « *Il n'y en a pas spécifiquement pour les ergothérapeutes en France. On s'appuie sur le code de déontologie de la WFOT* » (E2, L683). La réglementation française ne les y a pas autorisés.

Ces six caractéristiques nous montrent donc que, pour une profession décrite comme jeune démographiquement, la professionnalisation n'est pas complètement aboutie mais le processus est bien engagé. Ce constat corrobore le discours de Monsieur Paul CLASON : « *Ce qu'on vit en France c'est ce qui se passe partout dans le monde en ergothérapie. Mais en France c'est avec 10-15 ans de retard* » (E3, L153). En effet dans d'autres pays la professionnalisation est plus avancée comme l'indique Madame Claire BRUVIN, formatrice, « *au Danemark, l'association des ergothérapeutes a changé de nom, je crois il y a deux ans pour devenir « l'association de la profession ergothérapeute.»* » (E2, L788).

2.5. Construction dynamique

La délimitation du statut et de l'organisation interne professionnelle n'est pas suffisante pour définir et comprendre le fonctionnement de l'ergothérapie. Pour cela, l'étude des domaines d'intervention, des modalités d'exercices et des acteurs mis en jeu vont aussi participer à mieux cerner notre sujet.

Les lieux d'exercices sont très diversifiés et le recueil des entretiens de recherche nous en donne un aperçu non exhaustif, répertorié ci-après.

⁷³ Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

Les voici: maison de retraite, école, Soins de Suite et Réadaptation, Centre de Rééducation Fonctionnelle, Unité de Soins Longue Durée, court séjour, Maison d'Accueil Spécialisée, Maison Départementale des Personnes Handicapées, Services de Soins Infirmiers à Domicile, Protection Amélioration Conservation Transformation de l'habitat, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, foyer, domicile, Hospitalisation A Domicile, Centre d'Action Médico-Sociale Précoce, Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés, Foyer d'Accueil Médicalisé, Conseil Général, Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation.

Ces lieux constituent le terrain des différents champs d'action de l'ergothérapie relevés par les interviewés : rééducation, réadaptation, réinsertion, prévention, ergothérapie communautaire, expertise, installation, appareillage.

Tout cet exercice se réalise dans des secteurs d'activités eux aussi extrêmement diversifiés : hôpital public et privé, structures associatives. Les chiffres de la DREES⁷⁴ montrent que 75% des ergothérapeutes exercent dans un établissement hospitalier. Le restant se répartit entre les établissements de soins et de préventions, les établissements pour personnes âgées, les établissements pour personnes handicapées, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées. Ces données confirment donc l'exercice hospitalier de l'ergothérapie qui ne facilite pas sa visibilité et son développement dans la cité.

La diversité des lieux d'exercice, des champs d'action, des secteurs d'activités entraîne une hétérogénéité des acteurs. « *Et d'ailleurs le premier acteur c'est moi non ?* » (E6, L63) remarque Monsieur Laurent FRAZIDE. Ce verbatim nous fera probablement écho lorsque dans quelques chapitres nous évoquerons la place et le rôle du patient en ergothérapie. Pour l'instant laissons de côté cet aspect et voyons, hormis le patient, quels sont les acteurs avec qui les ergothérapeutes travaillent directement. Les interviewés qu'ils soient ergothérapeutes, professionnels paramédicaux ou médicaux mais aussi bénéficiaires nous décrivent cette diversité.

⁷⁴ Daniel SICART. *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012*. Document de travail de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).

Force est de constater que la liste est longue : les médecins, les professionnels paramédicaux représentés par les kinésithérapeutes, les infirmiers, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les aides-soignants, les ergothérapeutes eux même. Mais aussi les psychologues, les auxiliaires de vie, les assistantes sociales, les ergonomes, les éducateurs, les cadre de santé, les professionnels du bâtiment, les architectes, les revendeurs de matériels médicalisés, les enseignants, les ingénieurs pour tout ce qui relève des nouvelles technologies, les chercheurs, les ministères, l'Agence Régionale de Santé, la Direction Régionale de la Jeunesse Sport et Cohésion Sociale, le Conseil Général et les IFE. Ils ont tous été cités au moins une fois lors des entretiens mais la liste pourrait encore être complétée aisément.

La sociologie des professions nous a amené à aborder la professionnalisation. Toute cette palette de couleurs ne nous permet pas de dégager un monopole d'exercice. Les domaines d'intervention, diversifiés mais non spécifiques ne permettent pas de définir un secteur d'activité propre, une spécificité de l'ergothérapie. Ainsi des territoires sont partagés avec d'autres professionnels. La visibilité extérieure n'est pas clairement identifiée et peut avoir une incidence sur la reconnaissance du groupe professionnel. En cela aussi l'identification de l'ergothérapie est rendue plus complexe.

C'est alors que l'approche interactionniste devrait nous aider à mieux comprendre les mécanismes en jeu dans la réalisation des activités. E. HUGUES⁷⁵ affirme que tout groupe réalise une activité visant à obtenir une « *licence* » c'est-à-dire une autorisation d'exercer mais aussi un « *mandat* », une obligation de missions pour valoriser et autonomiser le groupe (F. CHAMPY, 2012, p54). La licence correspond aux activités régulant l'exercice professionnel en ergothérapie, que nous ne redévelopperons pas pour éviter les redondances. Le mandat est la manière utilisée par les ergothérapeutes pour réaliser ces activités et se les approprier. Toutes ces tâches sont communes aux ergothérapeutes mais tous ne les pratiquent pas au cours de leur exercice professionnel. C'est ce que BUCHER et STRAUSS définissent par le terme de « *segment* » (F. CHAMPY, 2012, p103). Il existe une hétérogénéité dans le groupe professionnel s'exprimant par une addition de segments.

⁷⁵ Everett Cherrington HUGUES (1897-1983) est l'un des principaux représentants de la sociologie interactionniste de l'école de Chicago. Celle-ci est apparue au début du XX^e siècle aux États-Unis.

Les façons de travailler diffèrent (hôpital, IFE, libéral, structures privées). Les ergothérapeutes sont représentés par différentes associations et syndicats : « *l'ANFE, Le Syndicat des instituts de formations, Le SYNTEL*⁷⁶ pour le libéral, les associations regroupant les ergothérapeutes par centre d'intérêt et là on peut citer *l'AFEG*⁷⁷ » (Monsieur Paul CLASON, E3, L99). Aussi la réflexion varie que l'on soit ergothérapeute en psychiatrie ou en pédiatrie, que l'on soit ergothérapeute employé chez un revendeur de matériels médicalisés ou exerçant dans un hôpital. Chaque segment se fait sa définition de l'ergothérapie en fonction de ses activités, ce qui contribue à créer son identité professionnelle. R. SAINSAULIEU⁷⁸ (1996) l'identifie comme un mécanisme permettant d'accéder à la reconnaissance. Elle se construit selon un aspect individuel et collectif. Ce dernier est étroitement lié au segment auquel appartient le professionnel. L'exemple suivant en est une illustration.

Depuis quelques années un segment se développe et fait parler de lui, l'exercice libéral. Les ergothérapeutes libéraux étaient 67 en 2002 soit 1% de l'ensemble des ergothérapeutes et 468 en 2012 soit 6% des ergothérapeutes⁷⁹. L'installation en libéral a été facilitée par le statut d'auto entrepreneur depuis 2009. L'exercice libéral reste à la marge même s'il a augmenté en dix ans. Essayons de comprendre pourquoi. Il existe une organisation, l'Instance Exercice Libéral (IEL), soutenue par l'ANFE. Les objectifs visés par l'IEL sont de participer à la communication de l'ergothérapie, soutenir le développement de l'ergothérapie et de favoriser sa reconnaissance auprès du grand public, des professionnels de la santé et des pouvoirs publics.

Ces objectifs nous rapprochent de la question de recherche que nous avons énoncée. Parmi les quatre ergothérapeutes interviewés, les avis divergent. Madame Pauline ALVEZ, ergothérapeute jeune diplômée, cite le libéral comme une aide à la reconnaissance de l'ergothérapie : « *cela pourrait peut-être favoriser le développement de l'ergothérapie* » (E1, L440). Deux ergothérapeutes évoquent le non remboursement des actes.

⁷⁶ SYNTEL Syndicat National Français des Ergothérapeutes Libéraux.

⁷⁷ AFEG Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie.

⁷⁸ Renaud SAINSAULIEU (1935-2002), sociologue français, a largement contribué au développement de la sociologie des organisations.

⁷⁹ Source DREES op. cit.

Celui-ci constitue un frein au développement du libéral : « *50 euros non remboursé c'est sûr que cela n'aide pas* » (Madame Céline DISSAN, ergothérapeute libérale, L329). Monsieur Paul CLASON, cadre de santé et membre de l'ANFE, évoque aussi les valeurs des ergothérapeutes qui ne sont pas celles des professionnels exerçant en libéral. « *Les professions libérales sont des notables en général qui ont développé un sens aigu du pouvoir et de l'argent* » (E3, L455). Madame Claire BRUVIN, formatrice, suit le même raisonnement. « *J'ai des retours d'une éthique et d'une déontologie au niveau du libéral dans lequel je ne me trouve pas forcément* » (E2, L695). Madame Céline DISSAN nous précise qu'elle est « *signataire de la charte* » (E4, L342). Il s'agit de la charte française des ergothérapeutes libéraux qui est donc plus ou moins acceptée par les ergothérapeutes. Sur ce point nous retrouvons bien la définition du segment c'est-à-dire un penser différent entre deux unités d'un groupe professionnel. Les ergothérapeutes libéraux se sont fait leur définition de l'ergothérapie en libéral, ce qui participe à la création de leur identité professionnelle propre. A l'inverse, les ergothérapeutes salariés en ont une autre, qui ne se fonde pas sur des valeurs pécuniaires ni de rentabilité. La pratique libérale, par le non remboursement des actes, est aussi influencée par des mécanismes économiques qui dirigent donc l'ergothérapie. Monsieur Paul CLASON, cadre de santé nous le développe : « *je sais très bien que le ministère aujourd'hui ne veut plus de ce type de système.* » (E3, L463) ; et développe son raisonnement : « *L'ergothérapie libérale, c'est quoi ? C'est juste un statut. C'est l'ergothérapie à domicile. (...) doit-elle être libérale ou salariée c'est ça la question. (...) je connais bien les orientations du ministère aujourd'hui. Ce serait plutôt des salariés de structure qui interviendraient à domicile certes mais qui répondraient à un cahier des charges et un appel d'offres de l'Agence Régionale de Santé* » (E3, L470). Ceci n'est pas sans nous évoquer la nouvelle théorie sociologique des professions développée par Florent CHAMPY(2011) dans l'ouvrage qui en porte le nom.

Les professions ont alors une fonction précise au niveau économique et chaque segment va chercher à en avoir le monopole. Dans ce cas précis, l'orientation des ministères vise à réduire les coûts de la Santé et ne favorise pas l'activité libérale. Le segment libéral n'est donc pas mis en avant alors que le segment réadaptation l'est.

La dynamique des segments à l'intérieur de l'ergothérapie amène aussi à réfléchir à une autre dynamique, celle de l'ergothérapie avec les autres professions, kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité entre autres.

C'est E. HUGUES, le premier, qui a parlé de cette notion (C. DUBAR, P. TRIPIER et V. BOUSSARD, 2011). Les relations avec les autres groupes professionnels permettent de s'organiser, de revendiquer leur autonomie et leur territoire en fonction de leur licence, ce qui tend à diminuer la concurrence.

Madame Pauline ALVEZ, ergothérapeute, le traduit dans ses propres mots : *« Il y a une période où c'était difficile parce qu'on était une profession nouvelle où justement il fallait faire un peu sa place et on est en train de la prendre progressivement »* (E1, L363). Cette place est à trouver entre les rééducateurs qui interviennent tous auprès du patient.

La recherche d'autonomie en France est une quête dont les origines remontent aux premières heures de l'histoire de l'ergothérapie. La création des deux écoles d'ergothérapie de Paris et Nancy en 1954 n'est pas sans nous rappeler ce qu'E. HUGUES a défini. A Paris, la kinésithérapie dispensée dans « le cours de gymnastique médicale et rééducation fonctionnelle » du Professeur PELLEGRIN (J.M. CAIRE, 2008) accueille aussi dans la même formation les ergothérapeutes. Madame Claire BRUVIN, formatrice, développe cette période de l'histoire de l'ergothérapie : *« le métier d'ergothérapeute, la profession d'ergothérapeute en France s'est créée en 54 et on s'est basé sur le programme des kinésithérapeutes et on était avec les kinésithérapeutes aussi »*. (E2, L786), *«[pour] le premier programme en ergothérapie, j'ai vu que les ergothérapeutes au départ avaient pris le programme des kinés, avaient barré quelques choses et avaient remplacé par d'autres mots. Et finalement je me suis rendu compte qu'il y avait énormément de guerres entre les professionnels pour trouver sa place »* (E2, L94).

La formation en ergothérapie s'est donc construite à partir de celle des kinésithérapeutes et peut donc expliquer que *« les kinés ont mal vécu le développement de l'ergothérapie en France »* (Monsieur Paul CLASON E3, L217).

Même les patients peuvent avoir des difficultés à identifier les professionnels paramédicaux. En parlant de l'ergothérapie et de la psychomotricité, Madame Jeanne EKHOL pense que « *c'est différent mais enfin cela se rapproche* » (E5, L220), « *je sais plus si c'est l'ergothérapeute, je les confonds toutes les deux* » (E5, L171).

Il y a donc des activités, des territoires en compétition dont les frontières sont difficilement identifiées et en mouvement. En ce qui concerne la kinésithérapie, « *je pense que justement tout le virage réadaptatif fait qu'on a moins de difficulté avec les masseurs kinésithérapeutes qui dans les années 70 à 90 nous voyaient comme une concurrence directe* » (Monsieur Paul CLASON, E3, L213). Aujourd'hui l'ouverture de l'ergothérapie hors de l'hôpital met plus en avant son activité en réadaptation et moins en rééducation.

Ces propos font écho aussi à ce que l'un des interactionnistes, E. HUGUES, (F. CHAMPY, 2012) appelle « *la division du travail* ». Il a étudié les stratégies mises en place par les professions pour arriver à être reconnues dans un monopole et donc avoir l'exclusivité d'exercer une activité. Il a aussi remarqué que ces monopoles sont muables, instables et donc les compétences ne sont pas spécifiques pour une profession mais peuvent évoluer dans le temps. C'est ce que nous explique Madame Claire BRUVIN, formatrice : « *pendant longtemps en psychiatrie, les visites à domicile, étaient faites par les infirmiers. Je vois maintenant que de plus en plus d'ergothérapeutes participent à des visites à domicile et que les infirmiers le font de moins en moins. Maintenant est-ce que ça devient... est-ce que c'est une spécificité des infirmiers qui devient plus une spécificité de l'ergothérapeute ? Ou parce que c'est un travail sur la réinsertion et le domicile ?* » (E2, L318). La question de la division du travail est ici clairement illustrée. Mais elle peut aussi s'associer à la notion de « *sale boulot* ou *dirty work* » également décrite par E HUGUES (F. CHAMPY, 2012). Anne-Marie ARBORIO⁸⁰ l'a identifié avec les infirmières qui ont délégué aux aides-soignantes des activités telles que la prise de la tension ou la température. Maintenant c'est en rassemblant toutes ces tâches que les aides-soignantes revendiquent une évolution de leurs activités dans le soin et souhaitent que leur profession soit reconsidérée.

⁸⁰Anne-Marie ARBORIO, née en 1966. Sociologue, Maître de Conférences à l'Université de Provence.

Si les compétences ne sont pas définies ad vitam aeternam pour une profession, comment une compétence relative à une profession peut-elle être délaissée et reprise par une autre ? E. HUGUES considère que les activités délaissées sont le plus souvent celles qui n'ont pas d'intérêt, plutôt dégradantes pour la profession, pénibles. Madame Claire BRUVIN nous en donne un exemple. *« Il y a aussi la notion de « sale boulot », ceux qui ont envie de laisser des tâches... j'ai découvert qu'au départ les ergothérapeutes n'avaient pas le droit par exemple d'installer les fauteuils roulants, c'étaient les kinésithérapeutes qui faisaient ça. Maintenant ce sont les ergothérapeutes qui le font. Alors qu'aujourd'hui, les kinésithérapeutes ils peuvent faire la prescription mais ce n'est pas eux qui installent les personnes. Donc il y a eu des moments où je dirais quelque chose qui était plus « chic » pour une profession, ça bouge dans une sorte de hiérarchie et que, en fonction des différents métiers et en fonction des moments, les uns les autres prennent la place »*(E2, L122). C'est ainsi que les kinésithérapeutes ont cédé aux ergothérapeutes cette activité au détriment d'une autre plus noble et reconnue : la prescription de matériel.

Toute cette dynamique participe donc à la construction de l'ergothérapie, et ce au travers d'autres professions, en visant toujours une quête d'identité et de reconnaissance qui n'est pas sans créer des frictions, parfois.

2.6. Le rôle de la communication

Pour être reconnue, l'ergothérapie doit aussi pouvoir expliquer qui elle est et ce qu'elle fait. La médiatisation de l'ergothérapie se réalise de façon contemporaine par un outil, la communication, qui peut se décliner en deux modalités externe et interne. Cette dernière dimension ne sera pas abordée puisque notre intérêt porte sur la visibilité et la reconnaissance par le grand public et par les autres professionnels de santé. Nous ciblerons ici notre présentation sur la communication externe via le web et porterons donc une attention particulière à ce que nous ont dit les interviewés qui ne sont pas ergothérapeutes.

L'ergothérapie n'est pas un sujet en vogue dans les conversations quotidiennes. Madame Jeanne ELKHOL, bénéficiaire d'ergothérapie, très précisément nous rappelle à la réalité.

« Vous savez on ne parle pas tellement de vous dans la vie courante. » (E5, L272). Alors que faire ? Monsieur Laurent FRAZIDE propose « Et bien il faudrait faire de la publicité justement. Cela aiderait pour être connu » (E6, L147).

Et comme le précise aussi Madame Murielle GUIBAC, psychomotricienne, « C'est une bonne chose parce que cela fait découvrir un métier que certains peuvent ignorer. Après le problème c'est que la médiatisation, c'est souvent vulgarisé (...) si par exemple il y a des reportages sur l'ergothérapie, il faut vraiment que cela soit fait avec un professionnalisme et que l'information soit respectée par les médias parce qu'on peut vite tomber dans la caricature de l'ergothérapeute (...) pour moi cela serait jouer à la pâte à modeler » (E7, L295).

Justement, Monsieur Paul CLASON, investi au sein de l'ANFE, nous décrit la politique relative à la communication. « Nous avons fait la réforme de la communication de l'association. Pour raconter la petite histoire nous avons changé de locaux, de site Internet et cætera » (E3, L492). L'objectif visait à moderniser l'image de l'ergothérapie, à être mieux situé géographiquement pour accueillir le public et à rendre accessible le site internet au grand public. Une agence de communication a été missionnée pour accompagner l'ANFE dans ce projet. Le visuel du site a donc été repensé, illustré par des photographies, mais il manquait « une phrase choc ; pour tout simplement toucher tous les canaux de communication » (E3, L501).

Si l'on consulte les sites web des associations d'ergothérapeutes dans le monde, la plupart ont une signature. Par exemple les canadiens se définissent comme « *occupational therapy : enabling the occupations of life*⁸¹ » ce qui signifie « l'ergothérapie : promouvoir l'activité humaine ». En Grande Bretagne la signature est similaire « *helping you to live life your way*⁸², « vous aider à vivre comme vous voulez ». Aux Etats-Unis l'ergothérapie est définie par « *living life to it's fullest*⁸³ » c'est à dire, « comment vivre la vie à pleine dents ».

⁸¹ Canadian national organisation of Occupational Therapists. <http://www.coat.ca/> Consulté le 25 avril 2013.

⁸² British Association of Occupational Therapists and College of Occupational Therapists. <http://www.cot.co.uk/> Consulté le 25 avril 2013.

⁸³ The American Occupational therapy Association. <http://www.aota.org>. Consulté le 25 avril 2013.

L'ANFE est partie du postulat que la communication était dirigée vers le grand public; « *l'objet de l'association ANFE c'est de promouvoir l'ergothérapie et pas de promouvoir les ergothérapeutes* » (Monsieur Paul CLAZON, E3, L505). C'est ainsi que le consensus a été obtenu pour la signature : les ergothérapeutes, « *artisans de votre liberté*⁸⁴ ».

Lors des entretiens de recherche nous avons demandé aux dix personnes de nous donner leur ressenti au regard de cette signature. Même si elle n'est pas destinée aux ergothérapeutes et ne vise pas à les définir, ils sont unanimes sur le terme liberté, symbole de l'autonomie du patient dans ses activités de la vie quotidienne. Par contre, certains avis sont moins enthousiastes pour le terme « artisan » qui a une connotation très manuelle et technique et ne reflète pas la modernité, « *cela m'évoque l'émergence de l'ergothérapie* » (E2, L661) précise Madame Claire BRUVIN, formatrice.

Avant d'analyser les propos du public c'est-à-dire les bénéficiaires et les professionnels médicaux et paramédicaux, essayons de comprendre ce que l'ANFE a voulu transmettre comme message. Monsieur Paul CLAZON, comme précédemment, constitue notre interlocuteur privilégié puisqu'il est l'un des acteurs de cette réforme au sein de l'ANFE. « *L'artisan c'est dans le sens le maître d'œuvre, (...). L'idée derrière cela, c'est de placer l'ergothérapeute comme la personne qui va construire avec le patient son projet de vie. C'est pour cela que artisans de votre liberté c'est comme un artisan au sens noble du terme* » (E3, L519). « *Sur le terme de liberté. L'idée c'est d'offrir et de garantir la liberté aux gens* » (E3, L527). Ses termes rejoignent ceux de Serge ROMEU⁸⁵ (2012, p4) qui explique le sens de la signature à destination du public « *originellement, l'artisan est celui qui met son art au service d'autrui. Au sens figuré, il est celui qui est l'auteur, l'origine de quelque chose. C'est dans cette acception que nous avons voulu utiliser ce mot. Il s'agit pour les ergothérapeutes de mettre leur art au service de la réalisation du projet de vie des personnes qu'ils accompagnent.* » Pour « artisan », le sens retenu n'est donc pas celui l'identifiant au manuel et au technique tels que les évoquent certains ergothérapeutes. Voyons ce qu'en disent maintenant les personnes intéressées, le public. A l'unanimité, l'indépendance et l'autonomie sont reliées au terme « liberté ».

⁸⁴ <http://www.anfe.fr/> consulté le 12 novembre 2012.

⁸⁵ Serge ROMEU, ergothérapeute, est secrétaire général de l'ANFE.

Madame Stéphanie HIRST, infirmière, y voit une « *aide au retour à l'autonomie, pour les patients* » (E8, L298). Par contre le terme artisan n'est pas du tout évocateur pour les deux bénéficiaires. Sans y voir l'aspect manuel, vécu péjorativement par les ergothérapeutes, les patients ne font pas le lien avec l'idée de construction de leur projet de vie.

Ils s'interrogent sur le choix de ce mot mais ne peuvent donner de réponse. « *Artisan ? ... Ah je ne sais pas. C'est votre métier. C'est un joli métier en tout cas.* » (Madame Jeanne EKHOL, bénéficiaire d'ergothérapie, E5, L333). Monsieur Laurent FRAZIDE, lui aussi bénéficiaire, rajoute : « *Je dirai que c'est...artisan ? ... L'artisan pour moi c'est le menuisier ou comme dans la pub « artisan boulanger et fier de l'être ». Non là ce n'est pas pareil. Il faudrait peut-être réactualiser la devise qui est un peu vieille.* » (E6, L130). Tous les deux ont un moment d'hésitation et de réflexion avant de donner leur réponse. Le lien n'est pas évident pour les patients et ils semblent plutôt y voir la dimension statutaire du métier d'artisan.

Les deux professionnelles paramédicales y voient une image plutôt péjorative et négative. Leurs propos sont succincts. « *Je ne suis pas inspirée* » (E8, Madame Stéphanie HIRST, infirmière, L301). « *Donc pour moi cela n'évoque pas grand-chose quoi, enfin si je suis objective* » (E7, Madame Murielle GUIBAC, psychomotricienne, L301).

A l'inverse, les deux médecins sont beaucoup plus prolixes. Le médecin généraliste dit de l'ergothérapie, « *il s'agit aussi d'un savoir-faire manuel comme les prothèses permettant aux malades de gagner en liberté, en autonomie. Mais artisan ce n'est pas un peu exagéré ? Tout à l'heure on évoquait la question de l'Ordre et maintenant on est sur artisan. Il y a quand même une sacré différence...En même temps le chirurgien quand il pose une prothèse de hanche il est lui aussi un peu artisan mais il ne se définit pas comme tel. D'ailleurs il utilise des vis, des clous, des perceuses, des forets.* » (E9, L118). On le voit avec le chirurgien, la médiatisation doit mettre en valeur l'exercice professionnel et il ne semble pas que cela soit perçu ici par le public, à moins que le dernier médecin, le docteur Nathalie JASSIN, infirme cette tendance générale. « *Cela fait un peu trop je bricole..., enfin ça fait beaucoup je bricole (...) je trouve que c'est une bonne image pour la partie aide technique du métier d'ergothérapeute. Je ne voudrais pas non plus que le métier d'ergothérapeute soit limité aux aides techniques.* » (E10, L565).

« Il y a aussi un rôle de l'ergothérapie qui est vraiment essentiel sur des composantes de rééducation et d'évaluation qui ne débouchent pas sur des aides techniques ; qui débouchent sur des méthodes de rééducation, de compensation cognitive, de mise en place de stratégie de compensation, qui ne sont pas dans ... « Artisans », voilà, pas uniquement le côté manuel. Enfin, cela renvoie un tout petit peu à l'affiche qu'il y avait longtemps eu dans une des salles de l'ergothérapie ici. C'était un paraplégique qui disait « plus jamais de la vannerie » (E10, L574). Ce médecin accepte donc en partie le terme « artisan » même s'il fait référence au passé et s'il ne définit pour lui que partiellement l'ergothérapie.

Nous voyons ici à quel point il est difficile d'avoir une communication ciblée pour un public qui a des attentes divergentes. Cette signature a bien comme objectif de mieux faire connaître l'ergothérapie même si le message défini par l'ANFE a été perçu différemment par nos dix personnes de l'échantillon.

La question de la visibilité conduisant à la reconnaissance est un véritable défi à relever pour les ergothérapeutes. La structuration interne de l'ergothérapie semble y participer activement même si le chemin à parcourir est encore long. Une autre composante, plus opérationnelle pourrait avoir aussi un rôle déterminant. Alors que l'ergothérapie considère l'activité humaine c'est-à-dire l'utilisateur dans son environnement, ne faudrait-il pas aussi considérer l'ergothérapie dans son propre environnement?

3. L'ergothérapie en France, une histoire d'évolutions

Maintenant que la colonne vertébrale de l'ergothérapie a été parcourue, il est utile de s'intéresser à ses modes opérationnels et d'en faire une exploration fonctionnelle. Pour cela une analyse de l'exercice professionnel est indispensable. Nous avons émis l'hypothèse que les pratiques professionnelles en ergothérapie évoluent parce qu'elles suivent le contexte politique et sociétal et parce que la formation les amène à suivre une démarche scientifique.

3.1. Evolution des pratiques

L'ergothérapie est une pratique professionnelle basée sur la science de l'activité humaine au service de la personne. Pour cela, les ergothérapeutes utilisent des techniques d'interventions basées sur l'activité. Tour à tour notre regard va se poser sur ces dimensions.

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie de notre analyse, la notion d'activité humaine est récente en ergothérapie. « *La science de l'activité humaine c'est un mouvement qui s'est créé dans les années 80, début 90* » (E2, Madame Claire BRUVIN, L505). Son développement fait suite à une demande du corps médical qui souhaitait que des professionnels s'intéressent vraiment à la personne dans son environnement. Même si l'ergothérapie est influencée par le modèle curatif, soigner et guérir les patients est essentiel mais non suffisant. « *Les médecins disaient : elle va mieux mais il faut qu'un professionnel fasse en sorte que madame un tel puisse faire cela à la maison maintenant ; donc c'était le sale boulot. Qui voulait s'occuper des activités humaines ? Personne. Donc les ergothérapeutes se le sont appropriés. Mais maintenant pour avoir plus de reconnaissance on s'appuie sur la science de l'activité humaine. Cela fait mieux* » (E2, Madame Claire BRUVIN, L522). Le mot science fait référence à une discipline, à la recherche. Cela permet de légitimer et de faire valoir une activité qui au départ n'était pas valorisée. Ce n'est pas sans rappeler ce dont nous avons déjà évoqué dans une précédente partie. Voici regroupées les notions de division du travail, de dirty work, de mandat et de licence. Rappelons-les en quelques lignes. Sous l'impulsion des médecins, les ergothérapeutes se sont appropriés l'activité humaine, peu valorisée aux yeux des autres professionnels (sale boulot, dirty work, E. HUGUES). Selon cet auteur les professions recherchent une exclusivité d'exercer certaines activités (la licence). A travers cette exclusivité d'exercice de l'activité humaine, d'autant plus limitée à la concurrence qu'elle constitue un « sale boulot », les ergothérapeutes se sont constitués une licence. Il s'agissait alors d'en définir les caractéristiques afin de se valoriser aux yeux des autres professions. Pour cela le terme science y a été associé, constituant ainsi « la science de l'activité humaine ». La licence est donc établie.

L'activité humaine est orientée vers un acteur, le patient. En ergothérapie il a une place et un rôle singulier. Madame Pauline ALVEZ le décrit : « *Nous devons l'aider à trouver des solutions pour qu'il puisse reprendre ses activités de vie quotidienne, donc il est central, il est acteur puisqu'après nous intervenons dans la rééducation, réadaptation* » (E1, L369).

Le patient doit participer activement à sa prise en charge, ce que l'on ne retrouve pas forcément avec les autres professionnels de la santé. Sans lui, l'ergothérapeute ne peut rien faire puisqu'il faut partir de la personne, de ses habitudes, de ses projets et construire avec lui l'intervention ergothérapique. De ce constat peut être rattaché une des spécificités de l'ergothérapie, le lâcher prise. En effet l'intervention de l'ergothérapeute s'arrête lorsque le patient recrée le lien qui l'unit à la société. A l'inverse, les autres professionnels paramédicaux entretiennent avec le patient un rapport basé sur une notion d'attentes par rapport à un savoir spécifique. (RICHARD C., COLVEZ A., BLANCHARD N⁸⁶, 2011).

Vis-à-vis du patient, les ergothérapeutes suivent une éthique telle que la définit Monsieur Paul CLASON, cadre de santé : « *C'est l'humanisme, le respect de la personne, le respect de ses choix, le respect de sa volonté, de ses projets, de son rythme, de sa singularité* » (E3, L557). C'est en garantissant ces valeurs que les ergothérapeutes ne se mettent pas en avant et accompagnent uniquement le patient qui lui, a la place centrale. C'est ainsi que Monsieur Paul CLASON poursuit en disant que « *l'ergothérapeute a bien travaillé lorsque la personne n'a rien perçu du travail en ergothérapie et qu'elle a l'impression justement que tout vient d'elle. C'est l'ultime réussite de l'ergothérapie. Cela veut dire aussi qu'on n'a pas mis en valeur le professionnel et son action* » (E3, L561). Comment alors se rendre visible et être reconnu si l'activité professionnelle de l'ergothérapie, cœur de métier, consiste à se positionner en retrait dans la relation thérapeutique créée avec le patient ? Est-ce que les pratiques professionnelles y seraient plus favorables ? Lisons ce qui suit.

On ne peut espérer meilleure explication de l'ergothérapie que celle d'un usager. Prenons Monsieur Laurent FRAZIDE, qui reprend avec ses mots l'explication donnée par le médecin. C'est un peu ici le jeu du téléphone arabe ; et voici ce qu'il en a compris.

⁸⁶ Les auteurs sont ergothérapeutes.

« Il m'a dit que l'ergothérapie allait m'aider à me débrouiller tout seul et qu'on allait faire des activités » (E6, L30). Un terme va désormais attirer notre attention, les activités.

En effet l'ergothérapie, science de l'activité humaine favorisant l'autonomie de la personne, a un rapport privilégié avec les activités. Ces éléments sont corrélés à la publication de la CIF par l'OMS en 2001⁸⁷ et le rôle prépondérant des activités. C'est ainsi que longtemps, l'ergothérapie a été considérée comme une thérapie par les activités, le plus souvent manuelles. Alors que les ergothérapeutes interviewés les décrivent peu, ce sont surtout les bénéficiaires et professionnels paramédicaux et médicaux qui en parlent : vannerie, macramé, peinture sur soie, perles, pâte à modeler. Peut-on le mettre en lien avec les réactions recueillies autour de la signature de l'ergothérapie sur le site web de l'ANFE « artisan de votre liberté » ? Nous évoluons dans une société où le manuel est encore trop souvent dévalorisé par rapport aux disciplines scientifiques et se définir comme un artisan va donc à l'encontre de l'évolution sociétale en France. Richard SENETT (2010)⁸⁸ dans son ouvrage « *Ce que sait la main. La culture de l'artisanat.* » met un point d'honneur à redonner les lettres de noblesse à la maîtrise des habiletés et des savoirs des artisans. Il démontre que la tête est indissociable des mains, l'artisan ne pouvant pas créer sans réflexion.

Aujourd'hui, en 2013 ces techniques manuelles sont encore présentes en ergothérapie mais au second plan. Les raisons sont multiples. L'évolution de la définition de l'ergothérapie a induit un changement des pratiques. Monsieur Paul CLASON, cadre de santé, explique que « *c'est le fondement même de l'ergothérapie au jour du nouveau paradigme de la profession. Dans les années 70 à 90 c'était la thérapie par l'activité, aujourd'hui c'est plutôt la thérapie pour l'activité c'est-à-dire (...) l'ergothérapeute est un facilitateur d'activité.* » (E3, L383) Les activités sont donc plus en lien avec l'environnement de la personne, c'est ce qu'on appelle les mises en situations ou les activités écologiques. L'activité n'est donc plus considérée comme thérapeutique, entraînant un désinvestissement des activités manuelles lors des prises en charge en ergothérapie.

⁸⁷ Publication par l'OMS de nouvelles directives pour mesurer la santé. Communiqué OMS/48 du 15 novembre 2001.

⁸⁸ Richard SENETT, sociologue et historien américain né en 1943.

Les influences sociétales ont aussi conduit au désintérêt pour les activités comme le montre Madame Claire BRUVIN, formatrice, « *il y a 40 ans ou 20 ans, les activités créatrices étaient plus à la mode. Dans les années 70 on tricotait, aujourd'hui je ne sais pas combien d'étudiants savent tricoter. Aujourd'hui ils savent se servir de l'ordinateur alors qu'on ne faisait pas ça dans les années 70.* » (E2, L448). Les contraintes temporelles, le respect de mesures d'hygiène, l'apparition des nouvelles technologies ont aussi participé à l'évolution des pratiques professionnelles en ergothérapie, calquées sur les idéo sociétaux contemporains à savoir modernité, rapidité et théorisation. Ce dernier élément, nouveau en France en ergothérapie, est largement utilisé déjà dans d'autres pays européens. Madame Claire BRUVIN explique qu'« *on avait déjà cela dans les années 80 au Danemark.(...) Aujourd'hui la conceptualisation est modèle en ergothérapie.* »(E2, L466). Cette conceptualisation un peu tardive en France est liée aussi aux pratiques de la médecine que nous développe le docteur Nathalie JASSIN « *Cela va dans le sens de l'Evidence Based Medicine⁸⁹. Finalement j'ai des techniques et je réfléchis sur mes techniques. Et quand je fais ça, pourquoi je le fais ?* » (E10, L444).

En se définissant comme une science de l'activité humaine, l'ergothérapie a dû adapter ses pratiques: remise en cause du concept d'activité, conceptualisation de son exercice professionnel. Au final il y a un seul invariant, le patient, sa place singulière qui lui est donnée et qu'il aspire à reprendre dans la société.

3.1.Evolution socio-économique

La société est aussi le terrain d'action de l'ergothérapie. Elle s'adapte aux nouvelles valeurs sociales, économiques, juridiques, politiques; conditions sine qua non pour perdurer et développer sa visibilité auprès du grand public et des autres professionnels de la santé.

⁸⁹ L'Evidence Based Medicine (EBM) traduite par la médecine fondée sur les preuves. Elle a été inventée par un canadien, Gordon GUYATT dans les années 1980.

Le gouvernement français au travers du Ministère de la Santé et des Solidarités, du Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, du Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative a mis en place une politique de maintien à domicile des personnes âgées⁹⁰ s'inscrivant dans le projet européen « Healthy Ageing » lancé en 2004⁹¹. Il s'agit de favoriser la prévention, d'adapter les environnements des personnes âgées afin de les maintenir dans leurs lieux de vie. Madame Pauline ALVEZ, ergothérapeute a constaté qu' « *au niveau politique en tous les cas, on se rend compte que l'accent est mis sur le maintien et le retour à domicile. C'est important de pouvoir retourner chez soi. Et les efforts commencent vraiment à être mis sur le retour à domicile, les adaptations, de faire des bâtiments adaptés aux normes d'accessibilité, des transports en commun. Donc on commence vraiment à prendre conscience du handicap que certaines personnes peuvent avoir et cela peut même servir pour les personnes âgées.* » (E1, L292).

Le gouvernement français a également, mis en place différents Plans afin de mettre en avant plusieurs causes nationales. Le Plan Alzheimer 2008-2012⁹² en est un. Il met lui aussi en exergue le rôle et les interventions des ergothérapeutes. L'ancien Président de la République Nicolas Sarkozy a mis en place cette action nationale dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit de répondre au mieux aux besoins des malades et de leurs familles, de favoriser la recherche mais aussi que chacun se sente concerné au niveau sociétal. Le plan développe la nécessité de prises en charge spécifiques médicales et paramédicales. Les ergothérapeutes y sont décrits comme des professionnels ayant des compétences spécifiques et pouvant proposer entre autres des activités dans le cadre d'interventions à domicile : aménagements des lieux de vie, stimulations sur le plan cognitif, prise en compte de l'environnement. Enfin, l'accent est mis sur l'intervention en priorité de certains professionnels : les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

Cette description succincte du Plan Alzheimer corrobore les propos de Monsieur Paul CLASON, membre de l'ANFE qui évoque un besoin social en adéquation avec l'ergothérapie.

⁹⁰ Plan national Bien vieillir 2007-2009.

⁹¹ <http://eurohealthnet.eu/http%3A/%252Feurohealthnet.eu/policy/healthy-ageing>. Consulté le 12 avril 2013.

⁹² <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>. Consulté le 15 décembre 2012.

« De fait cela peut créer des politiques qui vont appeler des actions concrètes des professionnels sanitaires et sociaux et là-dedans l'ergothérapie à son tour à renforcer. Le plan Alzheimer typiquement en est la manifestation. C'est une préoccupation sociale, c'est devenu une préoccupation sanitaire puisque c'est un fléau social et sanitaire ; les chiffres le montrent. Economique aussi pour la société. Donc cela devient du coup une préoccupation politique. La préoccupation politique ensuite demande des actions des professionnels pour répondre aux besoins sociaux et l'ergothérapie peut être en phase ou pas. Les politiques de santé actuelles en tout cas vont dans le sens de l'ergothérapie ça c'est sûr » (E3, L423).

Sur un aspect plus économique, la Durée Moyenne de Séjour à l'hôpital décroît régulièrement et favorise donc in extenso un retour à domicile d'autant plus précocement. Cet indicateur, suivi entre autre par la Sécurité Sociale le confirme : *« la durée moyenne de séjour MCO⁹³ en hospitalisation complète diminue en 2011, et s'établit à 5,7 jours en 2011⁹⁴ »* Pour ces raisons nous observons donc comme le précise Monsieur Paul CLASON, cadre de santé, que la réadaptation s'est *« développée ces dix dernières années »* (E3, L381). Cette croissance contemporaine ne doit pas malgré tout faire oublier que son déploiement initial se retrouve dans les premières heures d'existence de l'ergothérapie. Pour rappel, nous avons évoqué précédemment les grandes lignes de la construction historique de l'ergothérapie. Nous avons mentionné que la période conflictuelle des guerres mondiales a vu l'apparition d'une pratique thérapeutique en ergothérapie basée sur une vision très globale. L'activité est utilisée uniquement comme moyen de retour au travail. Nous sommes donc bien au cœur de la réadaptation. Les pratiques en réadaptation se sont développées récemment mais les origines sont plus anciennes.

Concrètement l'Organisation Mondiale de la Santé définit la réadaptation comme un *« ensemble de moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ses incapacités lorsqu'elles deviennent stabilisées et persistantes⁹⁵ »*. Il y a donc un impact et une résonance forte dans le quotidien des personnes qu'elles soient en situation de handicap ou tout simplement dans un contexte de vieillissement biologique.

⁹³ MCO : Médecine Chirurgie et Obstétrique

⁹⁴ www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur12-pqemaladie.pdf. Consulté le 12 avril 2013.

⁹⁵ Données issues du Collège Français des enseignants universitaires de médecine physique et réadaptation. <http://www.cofemer.fr/sommaire.php> consulté le 12 avril 2013.

C'est pourquoi il semble que la réadaptation induise une plus grande visibilité dans la société. Comme le précise Madame Claire BRUVIN, formatrice dans un IFE, on retrouve maintenant la « *réadaptation au niveau des caisses de retraite, on voit des publicités des fois à la télé « faites appel à un ergothérapeute » ou dans les brochures ou dans des émissions on parle plus des ergothérapeutes en lien avec la réadaptation. Ça reste moins cloîtré dans l'institution sanitaire. Cela sort plus dans la société. Je pense que c'est ça la différence parce que je pense que les ergothérapeutes ont toujours eu une grande partie dans la réadaptation mais cela n'a pas été visible » (E2, L494)*. Ce verbatim nous montre à quel point la sortie de l'institution a permis de mettre en évidence l'ergothérapie. La réadaptation est le domaine d'intervention adapté à cette pratique centrée sur la ville et l'insertion du patient. Elle se définit alors, dans une vision sociologique, comme un segment professionnel selon BUCHER et STRAUSS, une façon particulière de travailler en ergothérapie.

L'environnement socio-économique influence donc l'ergothérapie mais il n'est pas le seul. La législation française y contribue aussi à travers sa politique de santé.

3.3.Evolution politique

Le but n'est pas de produire une revue de littérature des nouvelles lois dans le domaine de la Santé. Nous allons nous centrer sur deux d'entre elles et nous verrons en quoi elles favorisent l'ergothérapie. Puis nous analyserons la vision politique de l'ergothérapie sous le regard du patient-citoyen et sous un angle beaucoup plus distant, macroscopique.

La loi du 11 février 2005⁹⁶ réaborde la question des handicaps, selon une dimension moins restrictive et avec des propositions d'interventions. Il n'y a plus de distinction entre les handicaps moteurs, sensoriels, psychiques et cognitifs. La notion de polyhandicap est même reconnue. Aussi le projet de vie de la personne en situation de handicap devient une priorité et s'accompagne de mesures facilitant un retour à une activité professionnelle lorsque celle-ci est compatible.

⁹⁶ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Entre autres, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)⁹⁷ sont créées et coordonnent les différentes actions. Autre point cité : l'accessibilité de tous les enfants dans leur école de quartier en prenant en compte les particularités de chacun. L'insertion sociale se fait dès le plus jeune âge et l'école y participe activement.

L'habitat est également évoqué puisqu'il s'agit de prendre des dispositions relatives à l'accessibilité des bâtiments et lieux publics. A travers cette loi qu'illustre Madame Claire BRUVIN, formatrice, « *nous sommes en contact avec des gens qui ne sont pas des patients mais des personnes qui ont besoin de conseils ; (...) De plus en plus de personnes âgées et je pense aussi des enfants avec la loi 2005, du 11 février 2005 qui a eu un très grand impact sur les interventions en ergothérapie* » (E2, L280). Le modèle curatif n'est plus exclusif et la prévention amorce elle aussi sa reconnaissance.

Un autre exemple législatif est la circulaire du 28 mars 2007⁹⁸ relative à la filière de soins gériatriques. L'objectif est d'optimiser les parcours de soins des personnes âgées et de leur apporter des moyens adaptés aux complications liées au vieillissement. Dans ce cadre, l'ergothérapie est clairement identifiée et définie. D'ailleurs Madame Jeanne EKHOL, bénéficiaire d'ergothérapie nous en parle avec ses mots : « *quand je vais rentrer chez moi, ce sera un peu comme ici, je vais encore avoir de l'ergothérapie, de la kinésithérapie et l'infirmière. Je ne sais plus comment cela s'appelle mais c'est un peu comme ici sauf que ce sera chez moi* » (E5, L372).

L'environnement juridique représenté par ces deux exemples contribue aussi à la reconnaissance légale de l'ergothérapie. Un autre aspect doit aussi être exploré, celui d'une influence politique pour l'ergothérapie qui semble implicite au regard de ce que nous venons d'énoncer. Par contre, il est aussi utile de s'intéresser à l'usager comme citoyen c'est-à-dire avec une fonction politique.

⁹⁷ Les MDPH permettent aux personnes en situation de handicap de bénéficier de leurs droits et de leurs prestations. Elles ont aussi des missions de sensibilisation au handicap.

⁹⁸ Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
NOR : SANH0730182C

En ergothérapie le patient est placé au cœur de sa prise en charge. C'est une des valeurs spécifiques : à travers les besoins individualisés du sujet, l'ergothérapeute met en œuvre une relation thérapeutique et des modalités de suivi dont l'objectif est de favoriser l'autonomie.

Dans ce cadre, le sujet en quête d'autonomie est amené à recréer un lien sociétal et donc citoyen avec l'environnement. C'est en cela que le patient-citoyen est immergé dans une société qui en fait alors un « *être politique* », capable de concevoir la manière de vivre ensemble (J.P. GUIHARD, 2001, p12)⁹⁹. En cela, l'ergothérapie s'astreint à considérer le sujet selon une triple modalité « *bio-psycho-sociale* » (Ibid., p11). L'homme doit vivre au sein d'une communauté. Dans le monde animalier la communauté a pour objectif d'assurer la survie de l'espèce (araignée, fourmis, loups...). Pour l'homme il y a aussi une organisation des activités pour maintenir la vie qui est d'autant plus développée grâce à l'accès au langage, caractéristique de l'espèce humaine. Celui-ci favorise les interactions, le lien social, la mise en place de lois. Il y a donc ici une singularité des hommes à évoluer dans une société utilisant le langage comme vecteur de lien. Dans ce contexte, les relations des hommes et in extenso des citoyens dans la société font d'eux des « *êtres politiques* » (Ibid., p12).

Cette posture doit être prise en compte lors du suivi thérapeutique en ergothérapie : favoriser l'autonomie du sujet c'est lui permettre de recréer des liens sociétaux mais aussi de réaliser des activités de la vie quotidienne dont certaines sont caractérisées par N. POLLARD, F. KRONENBERG et D. SAKELLARIOU¹⁰⁰ (2008) dans l'ouvrage « *A Political Practice of occupational Therapy* », « une pratique politique de l'ergothérapie », comme des « *political Activities of Daily Living, pADL* ». En réalisant des choix au regard de ses besoins et de ses aspirations, un individu va sélectionner ses activités de la vie quotidienne qui sont donc définies dans ce cadre comme des pADL.

Les ergothérapeutes sont sensibles à la fonction politique émanant du retour à domicile de la personne mais cela sous-tend aussi qu'il existe une fonction politique de l'ergothérapie à un niveau macroscopique.

⁹⁹ Jean-Philippe GUIHARD est ergothérapeute cadre de santé.

¹⁰⁰ Nick POLLARD, Franck KRONENBERG et Dikaios SAKELLARIOU sont ergothérapeutes en Angleterre.

Comment les ergothérapeutes se positionnent-ils dans la politique ? Et inversement comment la politique influence l'exercice professionnel en ergothérapie ?

Comme nous l'avons déjà évoqué les ergothérapeutes sont organisés en associations et en syndicats ce qui ne facilite pas leur représentativité. Leur nombre est aussi un handicap : 8079, c'est le nombre d'ergothérapeutes en 2012.

Quel est leur poids face aux 72870 masseurs-kinésithérapeutes, aux 20 611 orthophonistes¹⁰¹ ? Et la comparaison est encore plus improbable avec les infirmières : 552908¹⁰². Autant dire une goutte d'eau dans cet océan de professionnels paramédicaux. Et en face se trouvent les décideurs, les ministères dont Monsieur Paul CLASON nous en explique le fonctionnement. « *Quand un ministère propose et fait des projets de loi, aujourd'hui on est obligé de faire du lobbying : c'est se montrer, dire qu'on existe, qu'on est formidable, qu'on est super fort et voilà sur quoi s'appuyer pour dire qu'on est les plus beaux et qu'on est les plus forts (...)* en tant que politiques, ils devraient connaître un petit peu les professionnels avec qui ils peuvent travailler et construire quelque chose autour de ça. En fait ce n'est pas ce qui se fait. Ils ne font pas du benchmarking. Ils attendent que les gens viennent à eux ou alors ce sont des opportunités » (E3, L446). Or les ergothérapeutes, faiblement représentés, structurés en association ne disposent pas des ressources et des moyens suffisant pour se mettre en valeur. Ils n'ont pas cette culture du lobbying, du pouvoir. Le docteur Odile ILBAMERI évoque la présence d'un « *député avec un handicap à l'Assemblée Nationale. Il va peut-être sensibiliser à son niveau les politiques* » (E9, L113). Il s'agit de Damien ABAD, député de l'Ain¹⁰³. Il a déposé une proposition de loi, qui a été refusée, visant à ce que chaque loi votée par l'Assemblée Nationale intègre un module handicap. Il s'agirait plus d'une sensibilisation au handicap plutôt qu'une mise en avant de l'ergothérapie.

Tous ces environnements influencent donc les pratiques de l'ergothérapie. Pour les intégrer, la formation a été repensée. Elle constitue la synthèse de toute cette évolution.

¹⁰¹ SICART Daniel. *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012*. Document de travail de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ http://www.assemblee-nationale.fr/14/tribun/fiches_id/605036.asp. Consulté le 6 mai 2013.

3.4. Evolution du dispositif de formation

Le dispositif comporte deux aspects : la formation initiale et la formation continue. En partant du choix de la profession, nous étudierons successivement les évolutions de la formation qui s'orientent vers la conceptualisation et la recherche.

Les étudiants en ergothérapie arrivent plus ou moins par hasard en ergothérapie. Les choix ne sont pas tous motivés pour la plupart au départ. Notre échantillon en est aussi le reflet puisque deux sur quatre n'avaient pas envisagé l'ergothérapie. C'est en réfléchissant sur les professions de la rééducation que les étudiants découvrent l'ergothérapie. « *Ma sœur (...) voulait travailler dans le paramédical comme kinésithérapeute, je m'y suis un petit peu intéressée et je suis tombée par hasard sur le métier d'ergothérapeute.* » (E1, Madame Pauline ALVEZ, L11). La question de la visibilité est ici explicite : les étudiants ne connaissent pas l'ergothérapie. A cela rajoutons une faible demande sociétale donc peu de besoins exprimés. C'est pourquoi jusqu'en 2010 seulement huit écoles reconnues par l'Etat forment des ergothérapeutes.

Mais un constat s'impose. L'ergothérapie en France prend forme : les regards sur la santé et le handicap muent, les pratiques professionnelles en ergothérapie évoluent, la législation s'oriente vers une intégration du handicap dans la société, l'OMS propose de nouveaux outils et classifications et les politiques semblent être moins timorés.

Il a donc fallu faire face à ces nouveaux besoins et répondre à ces demandes. La situation est inédite. Les tutelles ont dû créer d'autres écoles. Onze au total de 2010 à 2013 alors que de 1954 à 2010 seulement huit écoles ont vu le jour. Le contraste est saisissant. Ceci explique donc la croissance exponentielle de la population des ergothérapeutes même s'ils restent minoritairement représentés parmi les autres professionnels de la santé.

Pourtant le challenge est complexe. En effet, il existe une particularité de la formation. Il y a une bi gouvernance par le ministère de la santé et le ministère de l'Enseignement supérieur et la recherche. Toute réforme ou modification nécessite donc un accord bipartite des deux ministères.

A cela s'ajoute les Accords de Bologne¹⁰⁴ visant à ce qu'en 2010 l'enseignement supérieur soit uniformisé en Europe. En application, la France a mis en place le système Licence Master Doctorat et les European Credits Transfer System. C'est ainsi que la réingénierie des professions paramédicales a été initiée et que celle de l'ergothérapie s'est soldée par la publication de l'arrêté du 10 juillet 2010¹⁰⁵. On y retrouve une définition actualisée de l'ergothérapie où sont développées les activités, les compétences et le nouveau référentiel de formation. Le collectif SYNERGO¹⁰⁶ (2008, p24), auteur du « *Livre blanc de l'ergothérapie* » explique que les ergothérapeutes ont des savoirs et des compétences de plus en plus développés sur « *les pathologies, les techniques d'intervention, les techniques d'évaluation, les nouvelles technologies, les normes d'hygiène et de sécurité, la pédagogie, la démarche basée sur les preuves, la santé communautaire, la prévention, le management, la gestion, l'économie, l'éducation à la santé, l'accompagnement des familles, le travail en réseau...* ». Les savoirs sont moins empiriques mais toujours extrêmement diversifiés. Dans ce cadre « *On leur demande beaucoup de réfléchir aujourd'hui mais je me pose encore des questions : comment développer cette réflexibilité chez les étudiants qui arrivent et qui ont envie de découvrir le métier parce qu'ils ne savent pas ce que c'est ?* » (E2, Madame Claire BRUVIN, L201). En effet, il y a un réel paradoxe puisque pour conceptualiser il faut analyser et connaître ce qu'on fait. Or les étudiants, pour la plupart, ont passé le concours d'entrée sans vraiment savoir ce qu'est l'ergothérapie. Donc au préalable, avant d'acquérir la réflexivité, les étudiants doivent apprendre ce qu'est l'ergothérapie. Ensuite au cours de la formation ils se rapprochent du réel en allant en stage. C'est alors que se confrontent les connaissances acquises en IFE et les pratiques professionnelles. Des disparités s'observent. « *Quand on interroge les ergothérapeutes qui ont une certaine expérience, (...) sur quel modèle vous vous appuyez ? Au moins la moitié ne répondent pas et quand je leur demande ils me disent : je n'ai pas de modèle, je n'ai pas de concept.*

¹⁰⁴ http://www.coe.int/t/dg4/highereducation/ehea2010/bolognapedestrians_fr.asp. Consulté le 5 mai 2012.

¹⁰⁵ Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute NOR: SASH1017858A.

¹⁰⁶¹⁰⁶ SYNERGO est un collectif d'associations et de syndicats représentant les étudiants et professionnels. ergothérapeutes français, constitué à l'initiative de l'ANFE. Le Livre blanc de l'ergothérapie » a été réalisé lors des Premières Assises Nationales de l'Ergothérapie, en 2008 à Paris.

Aujourd'hui les étudiants conceptualisent. Cela fait partie de cette réflexion alors qu'avant les personnes étaient dans la technicité essentiellement sans forcément la conceptualiser » (E2, Madame Claire BRUVIN, L497).

Cette conceptualisation est en lien aussi avec le développement récent de la recherche et la définition de l'ergothérapie comme science de l'activité humaine. La jeunesse de la profession peut expliquer le faible engouement pour la recherche. L'ergothérapie cherche à montrer son efficacité au public et aux instances, à s'autonomiser vis-à-vis des autres professions paramédicales. Malgré tout, le premier pas a été franchi en 2004 avec la réalisation d'un mémoire de fin d'étude devant être présenté pour le Diplôme d'Etat. La recherche permet d'accéder à une démarche scientifique, à l'Evidence Based Practice, homologue de l'Evidence Based medicine pour les professionnels médicaux. De plus dans le référentiel de 2010 « *On a rajouté des compétences supplémentaires au niveau de l'initiation de la recherche, la méthodologie* » (E2, Madame Claire BRUVIN, formatrice, L193). Peu d'ergothérapeutes sont aujourd'hui inscrits dans cette démarche de recherche même si les prémices se font sentir. L'ANFE s'est aussi impliquée activement dans le développement de la recherche et a participé à la création de la Cellule de Recherche en Ergothérapie Appliquée (CREAP). L'objectif est d'apporter une aide financière, méthodologique et pour la publication des résultats. Il n'existe pas de laboratoire de recherche en ergothérapie en France, ni même d'ailleurs de master en ergothérapie. Le seul est le master européen réalisé dans quatre pays, le Danemark, la Suède, le Royaume-Uni et les Pays Bas. La recherche en est encore à un stade de développement juvénile.

La réflexivité et la conceptualisation ont un impact aussi sur l'exercice professionnel des ergothérapeutes. Ils ont tendance à être moins investis dans les domaines manuels et techniques. Ceci peut aussi expliquer le déclin des activités manuelles telles que la vannerie, la mosaïque ; d'autant que le référentiel de formation de 2010 voit le volume horaire des activités manuelles passer de 60 à 24 heures pour l'ensemble des trois années de formation.

La formation initiale s'oriente donc plus sur une démarche scientifique, comme le rappelle sa définition, science de l'activité humaine. La formation continue devrait logiquement suivre la même orientation. Qu'en est-il réellement ?

Les quatre ergothérapeutes interviewés ont fait au moins une formation, qu'elle soit institutionnelle ou non, voire même universitaire pour trois d'entre eux : deux masters et une licence. Toutes ces formations participent au développement des compétences des professionnels qui, exerçant dans des segments bien différenciés souhaitent compléter le plus souvent leur formation initiale. L'ANFE organise cette formation permanente comme le précise Monsieur Paul CLASON: « *c'est 1200 ergothérapeutes par an qui passent par la formation continue de l'ANFE alors qu'il y a 8600 ergothérapeutes en France aujourd'hui.* » (E3, L294). C'est sans compter sur les autres organismes aussi. Cette particularité montre ainsi la volonté de réfléchir sur les pratiques professionnelles, de conceptualiser et de développer ses compétences. Cela participe aussi à la promotion de l'ergothérapie, à l'actualisation des connaissances et donc à sa reconnaissance. « *Je ne pense pas qu'il y a un corps professionnel où il y a une personne sur quatre qui part en formation tous les ans. Je trouve et je pense que c'est une valeur professionnelle.* » (E3, L299). Dans cette configuration le Développement Professionnel Continu ne peut être qu'une plus-value supplémentaire des ergothérapeutes, déjà bien engagés dans la formation continue.

La formation initiale actualisée, l'investissement dans la formation continue et l'orientation vers la recherche conduisent à développer la communication orale et écrite des ergothérapeutes. C'est la visibilité et la reconnaissance par les autres professionnels qui sont ici mises en avant puisque c'est en formalisant et en donnant à voir dans la littérature que l'ergothérapie y aura aussi une place reconnue.

CONCLUSION

Cette recherche avait pour objectif de montrer en quoi la structuration interne et l'évolution des pratiques professionnelles en ergothérapie peuvent induire sa visibilité et sa reconnaissance auprès du grand public et des autres professionnels de la santé. Alors que la question de départ n'abordait que la dimension opérationnelle, les entretiens de recherche ont confirmé cet aspect et ont permis de mettre en lumière aussi le rôle structurant du groupe professionnel et ses multiples interactions avec les autres professions, médicales et paramédicales.

L'ergothérapie en tant que profession paramédicale, exerce le plus souvent son activité au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Celle-ci se concentre sur un acteur, le patient, au cœur du dispositif, autour duquel gravitent tous les professionnels intervenant dans la prise en charge. Au regard des compétences, chaque profession tente alors de délimiter son territoire d'exercice professionnel. En ce qui concerne l'ergothérapie aujourd'hui, il s'agit de l'autonomie, de la réadaptation, de l'intervention lors de situations de handicap. Cette dernière notion, qui semble faire actuellement l'objet d'une prise de conscience sociale, ne participe pas à la reconnaissance de l'ergothérapie.

Aussi, les territoires sont mobiles, dans un contexte d'évolution sanitaire, économique, politique. Les frontières même si elles sont clairement définies, sont sous l'influence de ces nouveaux enjeux. Il incombe donc à chaque profession de démontrer ces compétences pour telle ou telle activité. La concurrence est d'autant plus rude lorsqu'il s'agit de nouveaux territoires avec au final un enjeu de reconnaissance professionnelle. Il ne faut pas oublier que la visibilité et la reconnaissance passent aussi par une légitimité d'exercice à travers le Diplôme d'Etat, le décret d'actes entre autres. Ces actions de promotion de l'ergothérapie sont dépendantes de la structuration du groupe professionnel et des travaux menés. Mais la représentativité de l'ergothérapie au regard de ses déterminants sociodémographiques est bien moindre que pour d'autres professions paramédicales. Cela joue souvent en sa défaveur.

L'ergothérapie s'attache désormais à conceptualiser ses pratiques, à mettre en avant le penser dans l'agir. Il ne s'agit plus uniquement de proposer des activités au patient, il est important de savoir pourquoi elles sont proposées et de le faire savoir dans la littérature. Dans ce domaine une véritable démarche de pensée scientifique est en cours d'édification, ce qui structurera l'ergothérapie et lui permettra de sortir d'un champ exclusivement opérationnel.

Un parallèle peut être réalisé avec la formation cadre de santé (IFCS AP-HP et Université Paris-Dauphine) et la réalisation du mémoire de recherche. Nous nous sommes confrontés à la conceptualisation, à la réflexivité et au développement de compétences. En accédant à des niveaux de responsabilités supérieurs, ici cadre de santé, l'ergothérapie pourra être mise en avant au regard de son opérationnalité mais surtout au regard de nouvelles perspectives. Le cadre de santé encadre une équipe pluriprofessionnelle. Avoir conscience entre autre des enjeux de territoire, de division du travail, est une véritable force pour manager. En menant des projets transversaux institutionnels ou d'expertise ; en contribuant à la formation, le cadre de santé véhicule les valeurs et promeut l'ergothérapie. Sa représentativité ne vise pas à se restreindre au seul champ de la pratique de terrain, en proximité. Elle aspire également à se développer au niveau hiérarchique dans les institutions et les organismes décisionnaires, ce qui, à terme, lui permettra peut-être d'être mieux représentée et entendue.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

ANFE. *Ergothérapie : guide de pratique*. Paris: Solal, 2000. 229p.

ARBORIO, Anne-Marie. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos-Economica. Coll. Sociologies, 2001. 334p.

BARRUS- MICHEL, Jacqueline ; ENRIQUEZ, Eugène ; LEVY, André et al dont MENDEL, Gérard ; LHUILIER, Dominique. *Vocabulaire de psychosociologie. Positions et références*. Ramonville Saint-Agne: Erès, 2006. 590p.

CAIRE, Jean Michel. *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Paris : Solal édition. Collection Ergothérapies, 2008. 358p.

CHAMPY, Florent. *La sociologie des professions*. Paris: PUF, 2012. 258p.

CHAMPY, Florent. *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Paris : PUF. Le lien social, 2011. 293p.

DUBAR, Claude ; TRIPIER, Pierre et BOUSSARD, Valérie. *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin, Collection U, 3^{ème} édition, 2011. 376p .

JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. Paris : PUF, 1994. 447p.

PIERQUIN, Louis et al. *L'ergothérapie*. Paris : Editions Masson, 1980. 215p.

POLLARD, Nick ; KRONENBERG, Franck et SAKELLARIOU, Dikaios. *A political practice of occupational therapy*. London : Ed. Churchill Livingston, 2008, 255p.

PRUD'HOMME, Julien. *Professions à part entière. Histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*. Montréal : Les presses de l'université de Montréal, 2011. 223p.

RAITIERE, Elodie. *Les carrières paramédicales*. Paris : L'Etudiant, Métiers et formations, 2012. 158p.

SAINSAULIEU, Renaud. *L'identité au travail*. Paris : Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 3^{ème} édition, 1996. 480p.

SENNETT, Richard. *Ce que sait la main. La culture de l'artisanat*. Traduit de l'américain par Pierre-Emmanuel Dauzat. Paris : Albin Michel, 2010. 403p.

VAN CAMPENHOUDT, Luc ; QUIVY, Raymond. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 4^{ème} édition. Paris : Dunod, collection Psycho sup , 2011,. 272p.

WAGNER, Claude. *Profession ergothérapeute*. Paris: L'harmattan, 2005. 317p.

CHAPITRES D'OUVRAGES

BOURDIEU, Pierre. Comprendre. In *La misère du monde*. Paris : Seuil, collection Libre examen, 1993, 1ère édition. p 903-939.

DETRAZ, Marie Christine et al. Ergothérapie. In *Encyclopédie médico-chirurgicale, kinésithérapie – rééducation fonctionnelle*. Paris : Editions Techniques.26150 A10. 1992. 20p.

HOULE Gilles. L'analyse clinique en sciences humaines : pour une épistémologie pratique. In *L'analyse clinique dans les sciences humaines*. Paris : éditions Saint-Martin, 1992. p39-53.

RICHARD C. ; COLVEZ A. ; BLANCHARD N.. Des représentations aux référentiels de pratique en ergothérapie. In *Recherche en ergothérapie : pour une dynamique des pratiques*. Marseille: Solal éditeur, 2011. p 13-28.

SEVE-FERRIEU, Nicole et TROUVE, Eric. L'ergothérapie en France à partir des années 60. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Paris : Solal édition. Collection Ergothérapies, 2008. p 90-93.

ARTICLES :

BOTOKRO, Rozen. A travers ses lieux d'exercices et modèles de pratiques, une histoire de l'ergothérapie pour poser les bases de son épistémologie. In *Journal d'Ergothérapie*. 2006, Numéro 21. p 5-13.

FOUGEYROLLAS P. ; MAJEAU P.. Le processus de production des handicaps, comment utiliser le modèle conceptuel – exemples. In le *Réseau international CIDIH*, août 1991, vol. 4, n° 3, Québec

GUIHARD, Jean-Philippe. Et si l'ergothérapie était une thérapie politique ? In *ErgOTHérapies*. 2001, vol.1, p11-16.

ROMEY Serge. L'ANFE bouge...et vous ? In *Le monde de l'ergothérapie*. Décembre 2012. N° 19. p4.

THERRIAULT, Pierre Yves; COLLARD, Florence. Ergothérapie : « je me souviens ». In *Journal d'ergothérapie*. 1987.9.2. p41-48.

WEBOGRAPHIE législation

Arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/> Consulté le 5 mars 2013

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/> Consulté le 5 mars 2013

Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
NOR : SANH0730182C. [en ligne] <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>. Consulté le 5 janvier 2013.

Décret n°70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Version consolidée au 08 août 2004. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>. Consulté le 3 décembre 2012.

Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/> Consulté le 12 janvier 2013.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et entre autre qui affirme et promeut les droits des bénéficiaires et de leur entourage. Version consolidée au 03 janvier 2002. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/> Consulté le 5 décembre 2012.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/>. Consulté le 5 décembre 2012.

WEBOGRAPHIE documents

Collectif SYNERGO. *Le livre blanc de l'ergothérapie. 10 propositions des ergothérapeutes pour une réponse adaptée aux besoins de santé de la population française.* [en ligne] Paris. 2008. [consulté le 20 octobre 2012]. Disponible sur internet : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/384483/>.

KIRALY, A.. *L'égalité à l'origine du terme « handicap ».* [en ligne] Paris. Lundi 8 avril 2013. [consulté le 8 avril 2013]. Disponible sur internet : <http://www.metrofrance.com>

Ministère du travail, de l'emploi et de la solidarité. *Campagne nationale de valorisation des métiers de la santé.* Dossier de presse. [En ligne] Paris. Mars 2012. [consulté le 20 octobre 2012] Disponible sur internet: <http://www.sante.gouv.fr/campagne-nationale-de-valorisation-des-metiers-de-la-sante.html>.

Ministère de la Santé. *Monographie d'ergothérapeute. Etude prospective des métiers sensibles de la Fonction Publique Hospitalière*. [en ligne]. Paris. [consulté le 10 novembre 2012]. Disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/monographie_ergotherapeute.pdf.

Ministère de la Santé. *Plan national Bien vieillir 2007-2009*. [en ligne]. Paris. 2007. [consulté le 12 avril 2013]. Disponible sur internet : http://www.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf.

OMS. *De nouvelles directives pour mesurer la santé* [en ligne]. Communiqué OMS/48 du 15 novembre 2001. [Consulté le 1 mars 2013]. Disponible sur internet : <http://www.who.int/inf-pr-2001/fr/cp2001-48.html>.

Sécurité sociale. *Nombre de séjour dans les établissements de santé*. [en ligne]. Paris. [consulté le 12 avril 2013]. Disponible sur internet : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur12-pqemaladie.pdf>.

SICART, Daniel. *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012*. Document de travail de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) [en ligne]. Paris. Mars 2012. N°168. [consulté le 15 mars 2013] Disponible sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/article10930.html>.

Conforme aux normes :

ISO 690-1 (AFNOR Z 44-005) de décembre 1987 et ISO 690-2 de février 1998.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Campagne de publicité initiée par l'association Perce Neige dans le métro parisien et la presse écrite en novembre 2012.

ANNEXE 2 : Guide d'entretien exploratoire.

ANNEXE 3 : Guide d'entretien de recherche pour les ergothérapeutes.

ANNEXE 4 : Guide d'entretien de recherche pour les professionnels paramédicaux.

ANNEXE 5 : Guide d'entretien de recherche pour les bénéficiaires d'ergothérapie.

ANNEXE 6 : Guide d'entretien de recherche pour les professionnels médicaux.

ANNEXE 1

Campagne de publicité initiée par l'association Perce Neige dans le métro parisien et la presse écrite en novembre 2012.



Notre sœur ne parle pas.
Est-ce une raison pour taire
son handicap ?

PERCE
NEIGE

Aidez-nous à réaliser
des Maisons Perce-Neige
pour assurer l'avenir
des personnes handicapées.

Faites un don :
www.perce-neige.org
Tél. : 01 47 17 19 30

Caroline et ses frères

046 - Crédit photo : Marc Guéret

The advertisement features a photograph of three children sitting on a blue surface. A young girl is being held by two boys. In the top right corner, there is a small black and white portrait of a man with the text 'PERCE NEIGE' below it. At the bottom left, there is a small vertical text '046 - Crédit photo : Marc Guéret'. At the bottom right, the name 'Caroline et ses frères' is written.

ANNEXE2

Guide d'entretien exploratoire

Protocole du guide d'entretien:

Je suis étudiante en master à l'Université Paris Dauphine. Dans le cadre de ma recherche je souhaite vous interviewer sur l'ergothérapie.

Comme nous l'avons évoqué lors de notre contact téléphonique, je souhaiterais que cet entretien soit enregistré. L'objectif principal est de pouvoir retranscrire le plus fidèlement possible vos propos. Au cours de l'entretien je vais prendre quelques notes.

La retranscription respectera aussi scrupuleusement l'anonymat des individus et des lieux que nous serons amenés à évoquer ensemble, vous compris.

Cet entretien durera approximativement une heure.

Thème1 : présentation de la personne interviewée

Q1 : Pouvez-vous vous présenter : quel est votre parcours professionnel ?

QR1.1 Quels sont les éléments qui ont déterminé ce choix professionnel de l'ergothérapie ?

QR1.2. Depuis quand êtes-vous diplômé ?

QR1.3. Quels ont été vos lieux d'exercice ?

QR1.4. Quels diplômes avez-vous obtenu en lien avec des formations complémentaires ?

Thème2 : sociologie professionnelle :

Q2 : Est-ce que vous pouvez me parler du groupe professionnel des ergothérapeutes?

QR2.1. Comment selon vous est-il organisé?

QR2.2. Comment se structure la formation?

QR2.3 Pouvez-vous me décrire leurs domaines d'interventions?

QR2.4. Pouvez-vous me décrire les environnements dans lesquels le groupe professionnel intervient?

QR2.5. Pouvez-vous me présenter les acteurs avec qui le groupe professionnel intervient?

Q3 : Qu'aimeriez-vous nous dire sur la place de l'ergothérapie parmi les autres professions paramédicales?

QR3.1. Est-ce que vous pourriez me parler des activités professionnelles convergentes entre le groupe professionnel des ergothérapeutes et d'autres groupes professionnels paramédicaux ?

Thème3 : l'exercice professionnel en mutation

Q4: Pouvez-vous me parler de l'ergothérapie lorsque vous avez débuté votre exercice professionnel?

QR4.1. Quelles activités thérapeutiques utilisait-on en ergothérapie ?

QR4.2. Quelle place occupait la « technicité » dans le travail de l'ergothérapeute ?

QR4.3. Quelle était la place des savoirs scientifiques et expérientiels ?

Q5 : Pouvez-vous me décrire l'ergothérapie aujourd'hui ?

QR5.1. Quelles activités thérapeutiques utilise-t-on en ergothérapie ?

QR5.2. Quelle place occupe la « technicité » dans le travail de l'ergothérapeute ?

QR5.3. Quelle est la place des savoirs scientifiques et expérientiels dans le travail de l'ergothérapeute ?

Q6: Quels regards portez-vous aujourd'hui sur ces deux dimensions en ergothérapie: technicité et intellectualisation ?

Q7 : Qu'est-ce que la signature de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) « artisans de votre liberté » vous évoque?

Thème 4 : facteurs identitaires de l'ergothérapie

Q8 : Que vous évoquent les propos et les discours actuels sur le fondement de l'ergothérapie comme science de l'activité humaine (selon l'ANFE: l'individu est considéré comme un être en activité, avec des rapports à l'environnement et en relation avec la santé, la maladie ou le handicap)?

QR8.1: Quelle place a le patient ?

QR8.2.: Pouvez-vous me parler du concept d'activité en tant que moyen thérapeutique ?

QR8.3.: Que pouvez-vous me dire de la reconnaissance de l'ergothérapie en France?

QR8.4.: Selon vous qu'est ce qui pourrait faciliter la reconnaissance de l'ergothérapie?

QR8.5. Que pouvez-vous me dire des influences sociétales et politiques en ergothérapie?

Q9 : Pouvez-vous me parler de l'aspect éthique qui régit l'ergothérapie?

Q10 : L'ergothérapeute intervient dans le domaine du handicap. Que vous évoque ce terme?

Q11 : Souhaitez-vous revenir sur un aspect de l'entretien ou aborder une notion que nous n'avons pas évoquée ?

ANNEXE 3 :

Guide d'entretien de recherche pour les ergothérapeutes

Protocole du guide d'entretien:

Je suis étudiante en master à l'Université Paris Dauphine. Dans le cadre de ma recherche je souhaite vous interviewer sur l'ergothérapie.

Comme nous l'avons évoqué lors de notre contact téléphonique, je souhaiterais que cet entretien soit enregistré. L'objectif principal est de pouvoir retranscrire le plus fidèlement possible vos propos. Au cours de l'entretien je vais prendre quelques notes.

La retranscription respectera aussi scrupuleusement l'anonymat des individus et des lieux que nous serons amenés à évoquer ensemble, vous compris.

Cet entretien durera approximativement une heure.

Thème1 : présentation de la personne interviewée

Q1 : Pouvez-vous vous présenter: quel est votre parcours professionnel ?

QR1.1 Quels sont les éléments qui ont déterminé ce choix professionnel de l'ergothérapie ?

QR1.2. Depuis quand êtes-vous diplômé ?

QR1.3. Quels ont été vos lieux d'exercice ?

QR1.4. Quels diplômes avez-vous obtenu en lien avec des formations complémentaires ?

QR1.5 Que vous apportent les compétences acquises par ces diplômes complémentaires ?

Thème2 : sociologie professionnelle :

Q2 : Est-ce que vous pouvez me parler du groupe professionnel des ergothérapeutes?

QR2.1. Comment selon vous est-il organisé?

QR2.2. Comment se structure la formation?

QR2.3 Pouvez-vous me décrire leurs champs d'actions?

QR2.4. Pouvez-vous me décrire les environnements dans lesquels le groupe professionnel intervient?

QR2.5. Pouvez-vous me présenter les acteurs avec qui le groupe professionnel intervient?

Q3 : Que souhaitez-vous nous dire sur la place de l'ergothérapie parmi les autres professions paramédicales?

QR3.1. Est-ce que vous pourriez me parler de la convergence des activités professionnelles entre les ergothérapeutes et d'autres professionnels paramédicaux?

Thème3 : l'exercice professionnel en mutation

Q4: Pouvez-vous me parler de l'ergothérapie lorsque vous avez débuté votre exercice professionnel?

QR4.1. Quelles activités thérapeutiques utilisait-on en ergothérapie ?

QR4.2.Quelle place occupait la « technicité » dans le travail de l'ergothérapeute ?

QR4.3.Quelle était la place de la réflexion dans le travail de l'ergothérapeute ?

Q5 : Pouvez-vous me décrire l'ergothérapie aujourd'hui ?

QR5.1. Quelles activités thérapeutiques utilise-t-on en ergothérapie ?

QR5.2. Quelle place occupe la « technicité » dans le travail de l'ergothérapeute ?

QR5.3. Quelle est la place de la réflexion dans le travail de l'ergothérapeute ?

Q6: Quels regards portez-vous aujourd'hui sur ces deux dimensions en ergothérapie: technicité et conceptualisation?

Q7 : Pouvez-vous me décrire la place de la réadaptation actuellement en France ?

QR7.1. Pouvez-vous me parler de la visibilité de l'ergothérapie au regard de ce domaine d'intervention?

Thème 4 : facteurs identitaires de l'ergothérapie

Q8 : Que vous évoquent les discours contemporains sur le fondement de l'ergothérapie comme science de l'activité humaine (définition de l'ANFE¹⁰⁷ : l'individu est considéré comme un être en activité, avec des rapports à l'environnement et en relation avec la santé, la maladie ou le handicap) ?

QR8.1. : Comment percevez-vous le patient au cours des suivis thérapeutiques ?

QR8.2. : Pouvez-vous me parler du concept d'activité en tant que moyen thérapeutique ?

¹⁰⁷ ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

QR9: Que pouvez-vous me dire de la reconnaissance de l'ergothérapie en France?

QR9.1.: Que pouvez-vous me dire des influences sociétales et politiques en ergothérapie?

QR9.2.: Selon vous, qu'est ce qui pourrait faciliter la reconnaissance de l'ergothérapie?

QR9.3.: Que pensez-vous de la valorisation par la cotation des actes d'ergothérapie en libéral par l'assurance maladie ?

Q10: Qu'est-ce que la signature de l'ANFE « artisan de votre liberté » vous évoque ?

QR10.1. Que pouvez-vous me dire de la médiatisation de l'ergothérapie ?

Q11 : Pouvez-vous me parler de l'aspect éthique qui régit l'ergothérapie?

QR11.1. Que pouvez-vous me dire des fondements propres à l'ergothérapie ?

Q12 : L'ergothérapeute intervient dans le domaine du handicap. Que vous évoque cette phrase ?

Q13 : Souhaitez-vous revenir sur un aspect de l'entretien ou aborder une notion que nous n'avons pas évoquée ?

ANNEXE4

Guide d'entretien pour les autres professionnels paramédicaux

Protocole du guide d'entretien:

Je suis étudiante en master à l'Université Paris Dauphine. Dans le cadre de ma recherche je souhaite vous interviewer sur l'ergothérapie.

Comme nous l'avons évoqué lors de notre contact téléphonique, je souhaiterais que cet entretien soit enregistré. L'objectif principal est de pouvoir retranscrire le plus fidèlement possible vos propos. Au cours de l'entretien je vais prendre quelques notes.

La retranscription respectera aussi scrupuleusement l'anonymat des individus et des lieux que nous serons amenés à évoquer ensemble, vous compris.

Cet entretien durera approximativement une heure.

Thème1 : présentation de la personne interviewée

Q1 : Pouvez-vous vous présenter, quel est votre parcours professionnel ?

QR1.1. : Quel est votre diplôme et depuis quand êtes-vous diplômé ?

QR1.2. : Quels ont été vos lieux d'exercice ?

QR1.3. : Dans quelles circonstances avez-vous été amené à rencontrer et à travailler avec des ergothérapeutes?

Thème2 : sociologie professionnelle :

Q2 : Est-ce que vous pouvez me parler de l'ergothérapie?

QR2.1 Pouvez-vous me décrire ses domaines d'interventions?

QR2.2. Pouvez-vous me décrire dans quels lieux elle intervient?

QR2.3. Pouvez-vous me présenter les acteurs avec qui elle travaille?

Q3 : Que souhaitez-vous nous dire sur la place de l'ergothérapie parmi les autres professions paramédicales?

QR3.1. A travers votre expérience, quels regards avez-vous sur le travail des ergothérapeutes avec les autres professionnels ?

Thème3 : l'exercice professionnel en mutation

Q4 : Pouvez-vous me parler de ce que vous connaissez des prises en charge en ergothérapie dans votre établissement ?

QR4.1. : Pouvez-vous me décrire les lieux d'intervention de l'ergothérapeute?

QR4.2. : Pouvez-vous me parler des durées d'intervention en ergothérapie ?

QR4.3. : Pouvez-vous me décrire ce que font les ergothérapeutes dans leur salle d'ergothérapie ou dans votre service?

Thème 4 : facteurs identitaires de l'ergothérapie

Q5: Pouvez-vous me parler de l'image que vous avez de l'ergothérapie ?

QR5.1. : Pouvez-vous me parler des techniques utilisées par les ergothérapeutes?

QR5.2 : avant de rencontrer un ergothérapeute connaissiez-vous cette profession ?

QR.5.3. : Pouvez-vous me parler de la reconnaissance de l'ergothérapie ?

QR5.4. : Selon vous qu'est ce qui pourrait favoriser sa reconnaissance?

Q6 : Qu'est-ce que la signature de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes « artisans de votre liberté » vous évoque ?

QR6.1. Que pouvez-vous me dire de la médiatisation de l'ergothérapie ?

Q7 : L'ergothérapie intervient dans le domaine du handicap. Que vous évoque cette phrase?

Q8 : Souhaitez-vous revenir sur un aspect de l'entretien ou aborder une notion que nous n'avons pas évoquée ?

ANNEXE 5

Guide d'entretien pour les usagers ayant bénéficié de l'ergothérapie

Protocole du guide d'entretien:

Je suis étudiante en master à l'Université Paris Dauphine. Dans le cadre de ma recherche je souhaite vous interviewer sur l'ergothérapie.

Comme nous l'avons évoqué lors de notre contact téléphonique, je souhaiterais que cet entretien soit enregistré. L'objectif principal est de pouvoir retranscrire le plus fidèlement possible vos propos. Au cours de l'entretien je vais prendre quelques notes.

La retranscription respectera aussi scrupuleusement l'anonymat des individus et des lieux que nous serons amenés à évoquer ensemble, vous compris.

Cet entretien durera approximativement une heure.

Thème1 : présentation de la personne interviewée

Q1. : Pouvez-vous vous présenter ?

QR1.4. : Pourriez-vous nous parler de votre expérience de soin avec un ergothérapeute ?

Thème2 : sociologie professionnelle :

Q2. : Est-ce que vous pouvez me parler de l'ergothérapie?

QR2.1. : Pouvez-vous me décrire ses domaines d'interventions?

QR2.2. : Pouvez-vous me décrire dans quels lieux elle intervient?

QR2.3. : Pouvez-vous me présenter les acteurs avec qui elle intervient?

Q3. : Que souhaitez-vous nous dire sur la place de l'ergothérapie parmi les autres professions paramédicales?

Thème3 : l'exercice professionnel en mutation

Q4. : Pouvez-vous me parler de la prise en charge que vous avez eue en ergothérapie ?

QR4.1. : Dans quels lieux est intervenu l'ergothérapeute?

QR4.2. : Combien de temps cela a duré et à quelle fréquence ?

QR4.3. : Que vous faisait-on faire en ergothérapie ?

QR4.4. : Comment l'ergothérapeute et les autres professionnels de santé vous prenant en charge travaillaient-ils ensemble ?

Thème 4 : facteurs identitaires de l'ergothérapie

Q5.: Pouvez-vous me parler de l'image que vous avez de l'ergothérapie ?

QR5.1. : Pouvez-vous me parler des techniques utilisées par les ergothérapeutes?

QR5.2 : Avant de rencontrer un ergothérapeute connaissiez-vous cette profession ?

QR.5.3. : Pouvez-vous me parler de la reconnaissance de l'ergothérapie ?

QR5.4.: Selon vous, qu'est ce qui pourrait favoriser la reconnaissance de l'ergothérapie ?

Q6. : Qu'est-ce que la signature de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes « artisans de votre liberté » vous évoque ?

QR6.1. Que pouvez-vous me dire de la médiatisation de l'ergothérapie ?

Q7. : L'ergothérapie intervient dans le domaine du handicap. Que vous évoque cette phrase?

Q8. : Souhaitez-vous revenir sur un aspect de l'entretien ou aborder une notion que nous n'avons pas évoquée ?

ANNEXE 6

Guide d'entretien pour les professionnels médicaux

Protocole du guide d'entretien:

Je suis étudiante en master à l'Université Paris Dauphine. Dans le cadre de ma recherche je souhaite vous interviewer sur l'ergothérapie.

Comme nous l'avons évoqué lors de notre contact téléphonique, je souhaiterais que cet entretien soit enregistré. L'objectif principal est de pouvoir retranscrire le plus fidèlement possible vos propos. Au cours de l'entretien je vais prendre quelques notes.

La retranscription respectera aussi scrupuleusement l'anonymat des individus et des lieux que nous serons amenés à évoquer ensemble, vous compris.

Cet entretien durera approximativement une heure.

Thème1 : présentation de la personne interviewée

Q1. : Pouvez-vous vous présenter, quel est votre parcours professionnel?

QR1.1. Quel est votre diplôme et depuis quand êtes-vous diplômé ?

QR1.2. : Quels ont été vos lieux d'exercice ?

QR1.3 : Dans quelles circonstances avez-vous été amené à rencontrer et à travailler avec des ergothérapeutes ?

Thème2 : sociologie professionnelle :

Q2. : Est-ce que vous pouvez me parler de l'ergothérapie?

QR2.1. : Pouvez-vous me décrire ses domaines d'interventions?

QR2.2. : Pouvez-vous me décrire dans quels lieux elle intervient?

QR2.3. : Pouvez-vous me présenter les acteurs avec qui elle intervient?

Q3. : Que souhaitez-vous nous dire sur la place de l'ergothérapie parmi les autres professions paramédicales?

Q4. : Que pouvez-vous nous dire de l'organisation structurelle de l'ergothérapie?

Q4.1. : Que pensez-vous d'un fonctionnement de type associatif ?

Q4.2. : Que pensez-vous d'une organisation avec un Ordre professionnel?

QR4.3. : Que pensez-vous d'un Ordre pour les ergothérapeutes ?

Thème3 : l'exercice professionnel en mutation

Q5. : Que pensez-vous de l'exercice de l'ergothérapie sur prescription médicale ?

QR5.1. : Quels sont les effets induits par l'exercice sur prescription médicale ?

QR5.2. : Pouvez-vous envisager un autre mode d'exercice?

Q6. : Que pouvez-vous nous dire sur la formation initiale des ergothérapeutes ?

Q7. : Depuis que vous connaissez l'ergothérapie quels regards portez-vous sur son exercice professionnel ?

QR7.1. : Que pensez-vous des pratiques ?

QR7.2. : Que pensez-vous de l'exercice libéral en ergothérapie ?

Thème 4 : facteurs identitaires de l'ergothérapie

Q8.: Pouvez-vous me parler de l'image que vous avez de l'ergothérapie ?

QR8.1. : Pouvez-vous me parler des techniques utilisées par les ergothérapeutes?

QR8.2. : Avant de rencontrer un ergothérapeute connaissiez-vous cette profession ?

QR.8.3. : Pouvez-vous me parler de la reconnaissance de la profession ?

QR8.4. : Selon vous qu'est-ce qui pourrait favoriser la reconnaissance de l'ergothérapie ?

QR.8.5. : Que diriez-vous de la place de l'ergothérapie sur un plan sociétal et politique ?

Q9. : Qu'est-ce que la signature de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes « artisans de votre liberté » vous évoque ?

QR9.1. Que pouvez-vous me dire de la médiatisation de l'ergothérapie ?

Q10. : L'ergothérapeute intervient dans le domaine du handicap. Que vous évoque cette phrase?

Q11. : Souhaitez-vous revenir sur un aspect de l'entretien ou aborder une notion que nous n'avons pas évoquée ?

TITRE DU MEMOIRE	ET SI L'ERGOTHERAPIE SE FAISAIT SAVOIR.
Sous titre (éventuel)	PROMOTION DE L'ERGOTHERAPIE CONTEMPORAINE EN FRANCE.

RESUME

Le contexte sociétal, économique et politique en France engendre une évolution des pratiques et de la formation en ergothérapie. Il convient alors d'analyser la relation entre les éléments externes influençant la redéfinition d'une ergothérapie, plus moderne et scientifique, et son application opérationnelle in vivo.

Malgré tout l'acteur principal reste le patient, à la recherche d'une qualité de vie, que l'ergothérapeute considère tour à tour comme usager, contribuable et citoyen.

En reconsidérant ce triptyque et les évolutions induites par la société, nous cherchons à comprendre le positionnement de l'ergothérapie dans les secteurs médico-social et sanitaire.

La visibilité et la reconnaissance par la population et par les autres professionnels de la santé en constituent des indicateurs de la mutation et de la promotion de l'ergothérapie. Une étude menée auprès d'ergothérapeutes, de professionnels médicaux et paramédicaux et de bénéficiaires d'ergothérapie l'explique et en donne les enjeux.

Mots clés :	Ergothérapie – reconnaissance – activité - réadaptation – identité professionnelle
Nombre de pages :	71 pages